



Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE DE  
L'IFPVPS – LA GARDE

# L'apprentissage expérientiel en ergothérapie, un moyen d'encourager le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique

Présenté par :

Mathilde FLATOT

---

*Promotion 2015-2018*

**Juin 2018**

*Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'État en Ergothérapie :  
unités d'enseignements de recherche*

Référent professionnel : Mme DIAS GARSON Marie-Thérèse

Référent pédagogique : Mme CATEL Laurence

---

## Remerciements

*Je souhaite adresser mes remerciements à tous ceux qui ont contribué de près comme de loin à l'élaboration de ce travail de recherche.*

*Je tiens tout particulièrement à remercier Mme Marie-Thérèse Dias Garson, ma référente professionnelle pour son accompagnement et son suivi tout au long de ce projet.*

*Je remercie Mme Laurence Catel, référente pédagogique, pour ses conseils méthodologiques et sa bienveillance durant ces années.*

*Je souhaite également remercier les personnes (ergothérapeutes et patients) interrogées qui ont contribué à la réalisation de ce travail.*

*Merci à mes amis, en particulier Élise et Lisa pour leur soutien.*

*Enfin, je souhaite remercier ma famille et Alexis, qui m'ont toujours soutenu et encouragé durant les trois ans.*

## Sommaire :

Introduction :	1
1. Problématique pratique :	2
1.1. La douleur chronique :	3
1.1.1. Définition :	3
1.1.2. La douleur chronique, un enjeu de santé publique :	4
1.1.3. Le cadre législatif en lien avec la douleur chronique :	4
1.1.4. Les étiologies de la douleur chronique :	5
1.1.5. Les répercussions engendrées par la douleur chronique :	5
1.1.6. L'ergothérapie et la douleur chronique :	7
1.2. La lombalgie chronique :	7
1.2.1. Définition :	7
1.2.2. La lombalgie chronique, un enjeu de santé publique :	7
1.2.3. L'étiologie de la lombalgie chronique :	8
1.2.4. Les répercussions de la lombalgie chronique :	8
1.2.5. L'ergothérapie pour les personnes souffrant de lombalgie chronique :	8
1.3. L'éducation thérapeutique du patient :	9
1.3.1. Définition :	9
1.3.2. L'historique :	9
1.3.3. La législation en lien avec l'ETP :	10
1.3.4. Les compétences de l'ETP :	10
1.3.5. Les objectifs de l'ETP :	10
1.3.6. Les étapes de l'éducation thérapeutique du patient :	11
1.3.7. La finalité de l'éducation thérapeutique du patient :	12
1.3.8. L'ETP, l'ergothérapie et les personnes souffrant de lombalgie chronique :	12
1.4. Synthèse de la problématique pratique à la question de recherche :	12
2. Problématique théorique :	13

2.1.	De la question de recherche aux théories : .....	13
2.2.	L'apprentissage : .....	13
2.2.1.	Définition : .....	14
2.2.2.	L'andragogie : .....	14
2.3.	Les théories de l'apprentissage : .....	14
2.3.1.	Le béhaviorisme .....	15
2.3.2.	L'humanisme : .....	15
2.3.3.	Le constructivisme : .....	15
2.3.4.	Le socioconstructivisme : .....	16
2.3.5.	Le traitement de l'information : .....	18
2.3.6.	Le sociocognitivism : .....	18
2.3.7.	Choix de la théorie de l'apprentissage : .....	19
2.4.	Le sentiment d'efficacité personnelle : .....	20
2.4.1.	Définition : .....	21
2.4.2.	L'agentivité humaine : .....	21
2.4.3.	Les sources du sentiment d'efficacité personnelle : .....	21
2.4.4.	L'évolution du sentiment d'efficacité personnelle : .....	22
2.4.5.	Intérêt de la théorie du sentiment d'efficacité personnelle : .....	23
2.5.	Synthèse des théories et reformulation de la question de recherche : .....	23
2.6.	Hypothèse : .....	24
3.	L'expérimentation : .....	24
3.1.	Objectifs de l'expérimentation : .....	24
3.2.	Prévision du dispositif de recherche : .....	25
3.2.1.	Les participants : .....	25
3.2.2.	La méthode et l'outil de mesure utilisés : .....	27
3.2.3.	Création de l'outil de mesure : .....	28
3.2.4.	La passation : .....	29

3.3.	À la différence de la prévision : .....	30
3.4.	Le traitement des données : .....	31
4.	Résultats et analyse des données : .....	31
4.1.	La pré-analyse : .....	31
4.2.	L'identification des thèmes et le traitement des résultats : .....	32
4.2.1.	L'identification des thèmes : .....	32
4.2.2.	Le traitement des résultats : .....	32
4.3.	L'inférence et l'interprétation : .....	35
5.	Discussion : .....	35
5.1.	Analyse du travail de recherche : .....	35
5.1.1.	Vérification de l'hypothèse : .....	35
5.1.2.	Réponse à la question centrale : .....	35
5.1.3.	Identification et analyse des biais méthodologiques : .....	36
5.2.	Les perspectives et les débouchés : .....	37
5.3.	Transférabilité dans le métier d'ergothérapeute : .....	39
5.4.	Point de vue éthique sur le travail de recherche : .....	40
	Conclusion : .....	40
	Référence : .....	42
	Annexes : .....	48
	Abstract en français	
	Abstract en anglais	

## **Introduction :**

Durant notre formation, nous avons réalisé plusieurs stages. À chacun de ces derniers, nous avons rencontré des personnes souffrant physiquement de douleur chronique. Ne sachant parfois pas quoi faire en séance, nous avons décidé d'axer nos recherches sur ce thème. Et en particulier, identifier notre place, nos missions et savoir comment en tant que futur professionnel du paramédical, on peut accompagner ces personnes.

Parti initialement sur la prise en charge en ergothérapie des personnes atteintes de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) par la thérapie miroir, l'entretien avec un ergothérapeute a permis de découvrir le programme progressif d'imagerie motrice. Cependant, nous avons eu des difficultés à trouver des articles relatant de la place de ce professionnel dans ce programme. Il a alors fallu remonter dans le cheminement et repartir du thème initial, soit : l'accompagnement des personnes souffrant de douleur chronique.

Afin d'affiner et d'orienter notre cheminement, nous avons réalisé une phase exploratoire comprenant un questionnaire et un entretien. Ceux-ci sont adressés aux ergothérapeutes. En ce qui concerne le questionnaire, nous avons 21 ergothérapeutes travaillant, selon les réponses essentiellement en établissements hospitaliers et secteur médico-social (76.2%). Pour traiter les informations recueillies, nous avons analysé leurs réponses (cf. annexe 1). En ce qui concerne l'entretien, nous avons réalisé le verbatim (cf. annexe 2). L'échange a été réalisé avec une ergothérapeute travaillant depuis deux ans auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique dans un programme d'éducation thérapeutique.

Les résultats mettent en exergue que la lombalgie chronique est la pathologie principalement associée à la douleur chronique. Pour cela, l'ergothérapeute accompagne la personne, au travers de l'éducation et notamment de l'éducation thérapeutique. Ce programme est réalisé dans des structures recensées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et repose sur des recommandations de bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette éducation est une notion de plus en plus croissante dans le système de santé, car de nombreuses pathologies sont des véritables enjeux sociaux. Cela est notamment le cas pour les personnes souffrant de lombalgies chroniques.

La prévalence et les coûts financiers de cette pathologie accroissent le cadre législatif. Cela donne alors une place importante à la prise en charge des professionnels soignants. L'ergothérapeute, s'inscrivant dans l'équipe pluridisciplinaire est un professionnel de santé qui a pour objectif « de maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et ainsi, prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement » (Hernandez, 2010). La lombalgie chronique étant considérée comme un handicap, place l'ergothérapeute comme un acteur important auprès de ces personnes.

C'est pourquoi la question de départ relevant de la pratique professionnelle est la suivante : en quoi l'éducation thérapeutique en ergothérapie favorise-t-elle l'accompagnement d'une personne souffrant de lombalgie chronique ?

Les répercussions sont diverses dans cette pathologie et entraînent la personne dans un véritable cercle vicieux. S'affaiblissant au fur et à mesure, les personnes perdent leur croyance en leur efficacité. Dans cette initiation à la recherche, il convient d'identifier l'intérêt de l'apprentissage expérientiel sur le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique. Cela dans le but de retrouver une autonomie et une indépendance dans les activités de la vie quotidienne.

Pour cela, nous allons utiliser la démarche hypothético-déductive. Dans un premier temps, nous réalisons la problématique pratique. En lien avec les références scientifiques et l'enquête exploratoire, nous élaborons l'objet de recherche qui s'en dégage. Après avoir centré la question de recherche, nous étayons dans un second temps, les théories scientifiques dans la problématique théorique. Ces apports permettent alors d'affiner la question de recherche. Pour tenter d'y répondre, nous émettons une hypothèse que nous allons affirmer ou infirmer grâce à l'expérimentation et l'analyse des résultats. Après avoir discuté de notre travail d'initiation à la recherche, nous terminons par une conclusion de notre travail.

### **1. Problématique pratique :**

À partir d'un questionnement, nous cherchons à identifier auprès de la littérature et des praticiens tous les éléments permettant d'orienter l'objet de recherche. Cela permet d'élaborer un cheminement structuré aboutissant à la question de recherche.

## **1.1. La douleur chronique :**

### **1.1.1. Définition :**

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes » (Haute Autorité de Santé, 2008 cite International Association for the Study of Pain, 1994). Elle est considérée de chronique lorsque celle-ci « persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée » (Acapo, Seyrès, & Savignat, 2017), trois mois. La douleur chronique est considérée comme une « entité complexe » (Acapo, Seyrès, & Savignat, 2017) puisqu'elle est difficile à décrire pour la personne (Wirocius, 2004).

#### *1.1.1.1. Un syndrome :*

Elle est aussi appelée « syndrome douloureux chronique », car elle prend en compte plusieurs dimensions difficiles à différencier : signes objectifs biologiques de la maladie-douleur et l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014).

#### *1.1.1.2. Une maladie :*

Constamment présente et étant une donnée subjective, c'est une véritable maladie à part entière (Acapo, Seyrès, & Savignat, 2017). La douleur chronique entraîne « une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient » (Haute Autorité de Santé, 2008).

Pour cela, selon Vittaz, Clément-Favre et Letourneau (2014), l'ergothérapeute doit prendre la personne dans sa globalité et accompagner la personne à élaborer des stratégies thérapeutiques. Cela dans le but de rendre cette douleur moins envahissante dans les habitudes de vie (Vittaz, Clément-Favre, & Letourneau, 2014).

#### *1.1.1.3. Un handicap :*

« La douleur chronique peut-être aussi analysée comme un handicap, en parcourant les modifications fonctionnelles induites par la douleur et en aidant le sujet à y faire face » (Wirocius, 2016).

L'ergothérapeute ayant pour objectif de « prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement » (Hernandez, 2010) a toute sa place auprès de ces personnes.



### 1.1.2. La douleur chronique, un enjeu de santé publique :

La prise en charge de la douleur chronique par une équipe pluridisciplinaire est essentielle puisque c'est un véritable enjeu de santé publique (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014). D'une part, la prévalence est importante, d'autre part, elle engendre de nombreux coûts financiers.

#### 1.1.2.1. *La prévalence :*

L'enquête Study of the Prevalence of Neuropathic Pain réalisée en 2004 par la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) montre que la douleur chronique touche une grande partie de la population puisqu'elle affecte environ 32% des adultes en France (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, 2015). Cela s'explique par le principal symptôme d'une maladie : la douleur. (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014).

#### 1.1.2.2. *Les coûts financiers :*

Ils sont dus notamment à l'importance et la répétitivité des soins, mais aussi, au nombre important d'arrêts de travail (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, 2015). C'est pourquoi un cadre législatif est établi pour favoriser et orienter l'accompagnement de personnes souffrant de douleur chronique.

### 1.1.3. Le cadre législatif en lien avec la douleur chronique :

Le cadre législatif du système de santé place la douleur chronique au centre du fonctionnement pour les professionnels soignants, quelle que soit leur spécificité (Laurent, 2017). C'est pour cela que de nombreux plans nationaux et lois ont été établis (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014).

#### 1.1.3.1. *Les plans nationaux :*

Les plans gouvernementaux d'amélioration luttent contre la douleur et montrent qu'il y a une grande importance de prendre en charge les personnes douloureuses.

Le premier plan gouvernemental (1998 – 2000) reconnaît la douleur « au centre des préoccupations de tout professionnel de santé » (Société française d'étude et de traitement de la douleur, 2015). Le deuxième plan (2002 – 2005) met l'accent sur l'information aux patients et crée des structures spécialisées (Société française d'étude et de traitement de la douleur, 2015). Le troisième plan (2006 – 2010) améliore la prise en charge des personnes vulnérables en renforçant la formation des professionnels (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016).

### 1.1.3.2. *Les lois :*

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé admet le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne (République Française, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, 2018). En effet, selon l'application du code de la santé publique et en particulier l'article L1110-5 : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » (République Française, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, 2018).

### 1.1.4. Les étiologies de la douleur chronique :

La douleur chronique possède des étiologies multiples (Fisher, et al., 2007) que l'ergothérapeute doit être en mesure d'identifier afin d'orienter son accompagnement. Selon la SFETD (2015), elle se catégorise en trois types, selon l'origine du mécanisme : la douleur dysfonctionnelle, la douleur neuropathique et la douleur nociceptive.

La première correspond à une douleur « liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée » (SFETD, s.d.). La seconde, encore appelée, syndrome douloureux neuropathique, correspond à une lésion d'origine traumatique, compressive, métabolique, infectieuse ou psychosomatique. Dans la majorité des cas, la lésion initiale entraîne des douleurs impactant le quotidien de la personne (Vittaz, Clément-Favre, & Letourneau, 2014). Enfin, la douleur nociceptive est due à « stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs » (SFETD, s.d.).

Après avoir analysé les réponses de 21 ergothérapeutes du questionnaire, on peut dire que : la douleur nociceptive est l'étiologie la plus représentée avec 62% des pathologies de la douleur chronique rencontrées.

### 1.1.5. Les répercussions engendrées par la douleur chronique :

Cette maladie entraînant de nombreuses répercussions. Il est alors important, pour l'ergothérapeute, de connaître les différentes répercussions pour réaliser un accompagnement holistique et adapter au mieux le processus d'intervention (Jacquot, 2016). Toutes les répercussions sont liées et s'accroissent mutuellement ; on parle du véritable « cercle vicieux » (Favre, 2016) de la douleur chronique. Les répercussions sont diverses et notamment d'ordres physiques, cognitives, sociales et psychologiques.

#### 1.1.5.1. *Les répercussions physiques :*

La personne souffrante associe involontairement la douleur et le mouvement lors de l'action (Wirocius, 2004). Ce phénomène est appelé la kinésiophobie (Vlaeyen, 1999 cite Kori

et al. 1990) : « peur excessive, irrationnelle et handicapante du mouvement et d'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à l'apparition ou la réapparition du mal » (Vlaeyen, 1999 cite Kori et al., 1990). Ce phénomène engendre un évitement des activités, nommé « peur-évitement » (Vlaeyen, 1999). En effet, les personnes souffrant de douleur chronique vont limiter, voire suspendre leur activité pour éviter la douleur et la souffrance (Vlaeyen & Crombez, 2009). Cependant, l'inactivité prolongée restreint la sollicitation musculaire à long terme entraînant un déconditionnement physique (Vlaeyen & Crombez, 2009 ; Favre, 2016).

#### 1.1.5.2. *Les répercussions cognitives :*

Selon Laurent (2017), la douleur chronique altère aussi les fonctions cognitives et notamment, les fonctions exécutives. La présence constante de la douleur génère une focalisation complète des fonctions cognitives influençant leur intensité pendant les activités (Baudic, 2016). Les incapacités attentionnelles et de concentration vont alors biaiser la mémorisation et l'apprentissage (Baudic, 2016).

#### 1.1.5.3. *Les répercussions sociales :*

La douleur chronique entraîne également des répercussions sociales (Vlaeyen J. W., 1999). En effet, la personne va progressivement rompre les liens sociaux afin d'éviter le jugement (Vlaeyen, 1999). Cet isolement va s'accompagner d'une baisse d'estime de soi et avoir des répercussions psychologiques.

#### 1.1.5.4. *Les répercussions psychologiques :*

Elles correspondent à la fatigue, l'anxiété et la dépression qui vont progressivement altérer la qualité de vie (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014 ; Vlaeyen, 1999). En effet, l'incapacité fonctionnelle croissante développe chez les personnes, une vision inefficace et impuissante d'eux-mêmes face à la douleur (Dumont & Acquaviva, 2007 cite Turck et Rudy, 1992).

Cela correspond à une absence de sentiment d'efficacité personnelle (Dumont & Acquaviva, 2007). Introduit par Bandura (1997), ce sentiment est « un phénomène correspondant aux croyances d'un individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter des conduites requises pour produire des résultats souhaités et s'adapter aux exigences de l'environnement » (Dumont & Acquaviva, 2007). En lien avec l'estime de soi, ce sentiment n'est pas « synonyme de valeur, mais d'aptitude personnelle » (Dumont & Acquaviva, 2007).

### 1.1.6. L'ergothérapie et la douleur chronique :

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé » (Ministère de la santé et des sports, 2010) s'inscrivant dans l'équipe pluridisciplinaire et reposant sur une prise en charge holistique (Gobeil, 2013), aspect essentiel au vu des diverses répercussions. L'évaluation formative lors de l'intervention en ergothérapie est primordiale, d'une part, pour les patients douloureux chroniques afin d'identifier leur douleur complexe et subjective (Acapo, Seyrès, & Savignat, 2017 ; Baudic, 2016 ; Tosta Berlinck, 2005) et d'autre part, selon le questionnaire, « la douleur influence toute notre pratique ».

C'est pourquoi, au vu de la littérature et de la phase exploratoire, l'ergothérapeute est indispensable auprès des personnes souffrant de douleur chronique. L'étiologie la plus représentée est la douleur nociceptive, comprenant la lombalgie chronique. C'est alors sur cette pathologie que notre cheminement se poursuit.

## **1.2. La lombalgie chronique :**

### 1.2.1. Définition :

La lombalgie chronique est définie comme « une douleur inhabituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois, pouvant s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse » (De Thoré, 2016 cite HAS, 2000 ; Marty, 2010). Elle n'est pas assimilée à une lésion, mais a un dysfonctionnement (Kupper, et al., 2010). En effet, ce « n'est pas une entité clinique ou un diagnostic en soi, mais plutôt un symptôme que les patients présentent avec différents stades de déficience, d'incapacité ou de chronicité » (De Thoré, 2016 cite Airaksinen & al., 2004).

### 1.2.2. La lombalgie chronique, un enjeu de santé publique :

La lombalgie chronique est un véritable enjeu de santé publique au vu de sa prévalence et des coûts financiers engendrés (Poiraudéau, Rannou, & Revel, 2007).

Dans un premier temps, la lombalgie chronique correspond à la pathologie principale de la douleur chronique (20%) (Signorino, Demelis, Euran, & Verbaeys, 2011) et à la première cause de handicap dans la population française et mondiale de plus de 40 ans (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014). Cela explique la prévalence de cette population en ergothérapie où, ils ont une population adulte (71.4%) souffrant de lombalgie chronique (34%).

Dans un second temps, ces personnes se voient, pour la majorité, dans l'incapacité de travailler. En effet, après six mois consécutifs d'arrêt de travail, la probabilité que les personnes

y retournent est de 40% contre, 15% après 12 mois (Poiraudeau, Rannou, & Revel, 2007). Cela engendre de nombreux coûts financiers (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014).

### 1.2.3. L'étiologie de la lombalgie chronique :

La lombalgie chronique correspond à la douleur par excès de nociception, explicitée précédemment (Marty, 2010). De plus, cette étiologie est celle majoritairement représentée en séances d'ergothérapie, au vu des réponses au questionnaire (62%).

### 1.2.4. Les répercussions de la lombalgie chronique :

Les répercussions, identiques aux précédentes, correspondent essentiellement aux répercussions physiques (Favre, 2016 ; Signorino, Demelis, Euran, & Verbaeys, 2011 ; Vlaeyen, 1999 ; Marty, 2010 ; Baudic, 2016) et à l'absence du sentiment d'efficacité personnelle (Dumont & Acquaviva, 2007) : c'est véritable situation de handicap (Favre, 2016).

#### 1.2.4.1. *Les répercussions physiques :*

Selon l'ergothérapeute interviewé, les personnes se voient affectées sur toutes les dimensions de la vie et la douleur chronique contraint la personne à réduire la production de mouvement donc à limiter ses activités, voire, à devenir dépendant.

#### 1.2.4.2. *L'absence du sentiment d'efficacité personnelle :*

Les personnes souffrant de lombalgie chronique ont « tendance à catastropher la sensation douloureuse et l'incapacité personnelle qui contribuent à une mauvaise gestion de la douleur » (Dumont & Acquaviva, 2007).

#### 1.2.4.3. *Une situation de handicap :*

Le « cercle vicieux » (Favre, 2016) de la douleur entraîne un ralentissement psychomoteur et rend la personne en situation de handicap (Favre, 2016). L'ergothérapeute ayant pour objectif de prévenir ou réduire les situations de handicap (Hernandez, 2010) a toute sa place auprès de ces personnes.

C'est pourquoi l'accompagnement de la personne dans sa globalité par l'ergothérapeute est essentiel (Devillers, 2010).

### 1.2.5. L'ergothérapie pour les personnes souffrant de lombalgie chronique :

La nature multidimensionnelle de la lombalgie chronique recommande un travail pluridisciplinaire axé sur diverses pratiques (Signorino, Demelis, Euran, & Verbaeys, 2011) et notamment l'activité en ergothérapie. En effet, selon l'ergothérapeute interviewé, il faut

« repérer l'activité ou l'inactivité de la personne et soulager la douleur ». Pour cela, selon 52.4% des ergothérapeutes, notre intervention se base sur la réadaptation et la rééducation.

La réadaptation, selon l'analyse des réponses au questionnaire, prévoit la préconisation d'aides techniques et l'aménagement du logement. La rééducation, selon les ergothérapeutes, concerne notamment l'éducation du patient. Cette dernière, pour les personnes douloureuses, les ergothérapeutes et la littérature, est l'objectif principal (Signorino, Demelis, Euran, & Verbaeys, 2011) afin de modifier les habitudes via l'acquisition de compétences (Hernandez, 2010 ; Kupper, et al., 2010 ; Vittaz, Clément-Favre, & Letourneau, 2014 ; Jacquot, 2016). Cependant, l'éducation correspond plus précisément à l'éducation thérapeutique du patient (Serrie, Mourman, Treillet, Maire, & Maillard, 2014).

### **1.3. L'éducation thérapeutique du patient :**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'axe sur l'individu, prenant en compte, l'ensemble des répercussions : psychologique, sociales et physiques (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Lagger, & Golay, 2013).

L'ergothérapie, au vu de son décret et du référentiel de compétences (Ministère de la santé et des sports, 2010), à toute sa place dans l'éducation thérapeutique selon l'ergothérapeute interviewé. Comme ce dernier, Arnholz & Sureau (2008) précisent que la méthodologie de l'éducation thérapeutique « s'applique assez facilement à notre profession ».

#### **1.3.1. Définition :**

L'Organisation Mondiale de la Santé définit, en 1998, l'éducation thérapeutique comme un processus continu favorisant, l'apprentissage de stratégies afin de trouver « un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie » (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Lagger, & Golay, 2013). Établie en équipe, l'ETP correspond à une démarche active, personnalisée prenant en compte les besoins spécifiques de la personne (Heddebaut, 2014 ; Arnholz & Sureau, 2008 ; Donjon & Piperno, 2011 ; Devillers, 2010). Selon Cury (2010), c'est un processus éducatif qui favorise l'autodétermination du patient en le plaçant, acteur.

#### **1.3.2. L'historique :**

L'ETP est née dans les années 70, mais n'est reconnue officiellement par l'OMS qu'en 1998 et par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 avec des recommandations de bonnes pratiques (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Lagger, & Golay, 2013).

### 1.3.3. La législation en lien avec l'ETP :

Selon Heddebaut (2014) et le rapport Saout-Bachelot (Bacheot-Narquin, et al., 2008), la politique tend à aller vers des actions de dépistage, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique depuis 2002. Depuis 2004, la loi de Santé publique donne une priorité à la prévention par des actions éducatives et selon l'article 84, de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) paru en 2009, l'ETP est au cœur du parcours de soins du patient (Code de Santé Publique : article L.1161-1. ; Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Lagger, & Golay, 2013).

### 1.3.4. Les compétences de l'ETP :

L'ETP inscrit la personne dans une démarche active afin d'acquérir des compétences pour la gestion de sa maladie (Cury, 2010). Par le biais de cette éducation, l'ergothérapeute va mettre en action les personnes pour qu'elles puissent elles-mêmes modifier leurs habitudes (Hernandez, 2010 ; Kupper, et al., 2010 ; Vittaz, Clément-Favre, & Letourneau, 2014 ; Jacquot, 2016). Selon l'ergothérapeute interviewé, il y a des compétences d'auto-soins et d'adaptation.

#### 1.3.4.1. *Les compétences d'auto-soins :*

Les compétences d'auto-soins permettent à la personne de soulager ses symptômes afin de prévenir, assurer une meilleure qualité de vie. Celles-ci comprennent également l'association de l'entourage de la personne (Aubry, Gaudon, & Magnier, 2015).

#### 1.3.4.2. *Les compétences d'adaptation :*

Également nommées psychosociales, elles correspondent à « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci » (Haute Autorité de Santé, 2007 cite OMS, 2003).

Pour l'ergothérapeute interviewé, cette compétence prime puisqu'on accompagne le « patient pour qu'il puisse transférer ses compétences dans son milieu de vie et dans sa vie quotidienne » afin de retrouver une autonomie et une indépendance. Pour cela, la personne va mettre en place des stratégies, reproductibles dans son environnement.

### 1.3.5. Les objectifs de l'ETP :

Les objectifs de ce programme auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique sont nombreux : retrouver une condition physique (réentraînement à l'effort), reprendre des activités socioprofessionnelles, gérer au mieux sa maladie en acquérant les compétences (auto-soins et adaptation) (Foltz, Laroche, & Dupeyron, 2013 ; Haute Autorité de Santé, 2007).

### 1.3.6. Les étapes de l'éducation thérapeutique du patient :

Pour réaliser l'ETP, les professionnels de santé doivent s'appuyer sur quatre étapes (Haute Autorité de Santé, 2007).

#### 1.3.6.1. *Élaborer un diagnostic éducatif :*

Ce diagnostic est élaboré à l'issue d'un entretien individuel entre le patient et le professionnel de santé (Foltz, Laroche, & Dupeyron, 2013). Cet entretien semi-directif permet de réaliser un recueil de données de la personne, de voir les connaissances, les ressentis, concernant certaines situations et la capacité de la personne pour demander de l'aide (Donjon & Piperno, 2011).

Lors de cette phase, l'ergothérapeute ne doit pas oublier qu'il est « éducateur thérapeutique » et que ce rôle ne doit pas intervenir dans les résultats de l'entretien (Donjon & Piperno, 2011).

#### 1.3.6.2. *Définir un programme personnalisé d'ETP :*

Après l'entretien, les objectifs réalistes et adaptés à la personne sont fixés en fonction des compétences à acquérir (Haute Autorité de Santé, 2007). Cela est défini par la personne avec l'équipe et formalisé sous la forme d'un « contrat éducatif » (Donjon & Piperno, 2011). Grâce à cela, la planification d'un programme individuel est possible (Haute Autorité de Santé, 2007). Là, l'ergothérapeute partage avec l'équipe sa synthèse des résultats (Donjon & Piperno, 2011).

#### 1.3.6.3. *Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP :*

Lors de cette étape, les méthodes sont appliquées afin de favoriser les apprentissages (Haute Autorité de Santé, 2007). Là, les compétences de l'ergothérapeute propre à son identité professionnelle sont apportées. L'ergothérapeute réalise des séances ou ateliers, de manières collectives essentiellement, par des activités (Arnholz & Sureau, 2008). Ces dernières permettent de « conserver ou de développer le potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie » (Hernandez, 2010) de la personne. Au vu des répercussions citées précédemment, la mise en activité des personnes souffrant de lombalgie chronique est essentielle. Cela confirme, également, la place majeure de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrant de lombalgie chronique (Donjon & Piperno, 2011). C'est pourquoi, grâce aux activités, il procure de la satisfaction et favorise un équilibre dans les activités de la vie quotidienne (Morel-Bracq, 2011) en agissant sur les performances individuelles (Clavreul, 2015).



#### 1.3.6.4. *Réaliser une évaluation des compétences acquises :*

Cette étape comprend d'une part, une évaluation des apprentissages réalisés en séance et d'autre part, un suivi ultérieur (Haute Autorité de Santé, 2007) pour apprécier l'éventuelle évolution du savoir, du savoir-faire et du savoir-être (Donjon & Piperno, 2011).

L'ergothérapeute a également un rôle d'évaluateur lors des séances (Donjon & Piperno, 2011).

#### 1.3.7. La finalité de l'éducation thérapeutique du patient :

La finalité est de « viser le développement d'une plus grande capacité de la personne à prendre soin de lui et de sa santé, de se centrer sur la personne en l'aidant à élaborer au quotidien un projet de vie qui tient compte de la réalité de la maladie, mais aussi de ses aspirations profondes, lui permettant ainsi de se retrouver un sentiment de contrôle sur sa propre vie » (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Lagger, & Golay, 2013).

« Considéré comme un ensemble d'information, de conseil, d'apprentissage » (Heddebaut, 2014) l'ergothérapeute favorise l'acquisition de nouvelles stratégies adaptatives (Devillers, 2010) pour une autonomie et une indépendance dans les activités de la vie quotidienne.

#### 1.3.8. L'ETP, l'ergothérapie et les personnes souffrant de lombalgie chronique :

Comme le processus d'exécution, l'éducation thérapeutique est axée sur l'activité, pilier de l'ergothérapie (Morel-Bracq, 2010). Selon l'entretien et le questionnaire, l'ergothérapeute doit favoriser, par la participation active des personnes, l'acquisition de stratégies pour transférer leurs acquis à domicile. En effet, certaines personnes réalisent parfois leurs activités significatives grâce à la mise en place de stratégies adaptatives, temporelles ou environnementales (Fisher, et al, 2007).

L'activité proposée en ergothérapie évite le déconditionnement physique et agit sur les sphères de la vie impactées par les personnes souffrant de cette pathologie (Wirocius, 2004 ; Vlaeyen J. W., 1999 ; Hernandez, 2010 ; Favre, 2016 ; Morel-Bracq, 2011).

### **1.4. Synthèse de la problématique pratique à la question de recherche :**

La littérature et la phase exploratoire, réalisée par un entretien et un questionnaire auprès d'ergothérapeutes, ont permis de faire cheminer la réflexion pour élaborer la question de recherche en lien avec le sujet.

La douleur chronique est un véritable problème de santé publique régi par un cadre législatif et des plans nationaux. Un accompagnement pluridisciplinaire et notamment, holistique par l'ergothérapeute est essentiel au vu des nombreuses répercussions. L'étiologie principale de la douleur chronique est celle par excès de nociception. Elle comprend la lombalgie chronique,

première cause de handicap française et mondiale. Relatant des mêmes répercussions, le déconditionnement physique et la dépendance dans les activités de la vie quotidienne sont à éviter. Pour cela, la mise en action des personnes par l'ergothérapeute au travers d'activités est essentielle. Cette rééducation est permise grâce à l'éducation thérapeutique du patient. En effet, au travers d'informations, de conseils et de situations d'apprentissages, l'ergothérapeute permet aux personnes de modifier leurs habitudes de vie en trouvant de nouvelles stratégies. Cela promeut l'indépendance et l'autonomie des personnes souffrant de lombalgie chronique dans les activités de la vie quotidienne en favorisant leur sentiment d'efficacité personnelle.

C'est pourquoi, au vu du cheminement de la problématique pratique, la question de recherche est : en quoi l'ergothérapeute lors de l'éducation thérapeutique, favorise-t-il le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ?

## **2. Problématique théorique :**

### **2.1. De la question de recherche aux théories :**

Après avoir abordé la phase exploratoire, en lien avec la littérature et à la réalité du terrain, la question de recherche énoncée ci-dessus permet d'orienter plus spécifiquement notre objet de recherche. Cependant, il convient d'affiner cette question grâce à la corrélation des données obtenues et des théories scientifiques. Cela va permettre d'étayer, d'approfondir et d'apporter des données plus probantes concernant notre question de recherche. L'étayage théorique correspond à la deuxième étape de la démarche hypothético-déductive.

La question de recherche, « en quoi l'ergothérapeute lors de l'éducation thérapeutique favorise-t-il le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ? » aborde principalement deux aspects. Le premier concerne, l'éducation thérapeutique et le second, le sentiment d'efficacité personnelle. Nous allons alors dans un premier temps, évoqué, la théorie essentielle à l'éducation thérapeutique du patient qui est, l'apprentissage. Puis, dans un second temps, la théorie en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle. Ces théories sont développées et affinées afin de choisir les concepts les plus adaptés.

### **2.2. L'apprentissage :**

L'éducation thérapeutique repose sur les notions de pédagogie, car il est question de favoriser les apprentissages des patients (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Lager, & Golay, 2013).

### 2.2.1. Définition :

L'apprentissage correspond à une « transformation d'habitude d'activité faisant l'objet d'une attribution de valeur par le sujet concerné et/ou par son environnement social » (Barbier, 2011). Mais, selon Barbier (2011), il est également dû à des interactions cognitives. En effet, l'attention, l'engagement actif, le retour d'information et la consolidation sont les piliers permettant l'apprentissage (Dehaene, 2013). Ce dernier est alors un point essentiel pour les personnes afin de leur permettre d'élaborer des stratégies pour pallier à leurs déficiences (Trembley & Chevrier, 1993). De fait, les méthodes d'apprentissage favorisent l'autonomie et l'indépendance des personnes en situation de handicap (Trembley & Chevrier, 1993), soit, auprès des personnes souffrant de lombalgie chronique. Cependant, l'apprentissage est reproductible aussi bien pour le cursus scolaire, nommé pédagogie, que pour les adultes, appelé andragogie (Barbier, 2011).

### 2.2.2. L'andragogie :

Le terme d'andragogie a été introduit dans les années 60 par Knowles, centré sur les besoins de l'individu (Balleux, 2000). Ce terme correspond à « l'art et la science d'aider les adultes à apprendre » contrairement à la pédagogie, relative à l'apprentissage des enfants (Carré, 2015). Selon Knowles, l'andragogie est essentielle, car elle agit sur différents domaines de la sphère adulte : « l'autonomie, l'expérience, les rôles sociaux, les perspectives temporelles et les motivations » (Carré, 2015). En effet, selon Carré (2015), la formation des adultes est essentielle et est définie comme des « actions de formation dont le public se caractérise par le fait qu'il se reconnaît une expérience professionnelle et/ou sociale et qu'il est déjà engagé sur cette base dans la production de représentations relatives à ses activités présentes ou futures, lesquelles finalisent directement ses engagements de formation » (Barbier, 2011).

La lombalgie chronique, comme nous avons pu le voir précédemment, affecte essentiellement les adultes. Afin de clarifier les termes, nous ne parlons pas de pédagogie relative aux apprentissages, mais d'andragogie. Cependant, pour comprendre le processus nécessaire à l'apprentissage de l'adulte, il convient d'identifier les différentes théories de l'apprentissage.

## **2.3. Les théories de l'apprentissage :**

La littérature démontre plusieurs méthodes d'apprentissages que les professionnels doivent connaître pour être en mesure de les adapter au mieux aux situations. Pour cela, selon Carré (2015) il existe différentes théories de l'apprentissage qui sont : le béhaviorisme,

l'humanisme, le constructivisme, le socioconstructivisme, le traitement de l'information et le sociocognitivism.

### 2.3.1. Le béhaviorisme

Selon Carré (2015), le béhaviorisme est, chronologiquement, la théorie initiale de l'apprentissage, reposant sur les travaux de Pavlov, puis de Thorndike et Watson. Débutant au XXe siècle, le béhaviorisme, aussi appelé, la théorie du conditionnement de Pavlov correspond à une réponse comportementale suite à un stimulus. Le béhaviorisme vise les automatismes des personnes, par des réflexes innés, qui peuvent être conditionnés (Bélanger, Goudreau, & Ducharme, 2014) avec un renforcement positif ou négatif (Carré, 2015). Ce renforcement est essentiel dans cette théorie (Carré, 2015).

Le béhaviorisme vise les automatismes et ne laisse aucune place à la réflexion personnelle et aux connaissances personnelles. C'est pourquoi les principes de cette théorie sont très vite remis en cause, pour tendre à la psychologie « humaniste » (Carré, 2015).

### 2.3.2. L'humanisme :

Cette théorie a émergé au milieu du XXe, grâce à Rogers, fondé sur les relations humaines (Carré, 2015). Selon Tardif (1993), l'exploration et la découverte favorisent l'apprentissage dans cette théorie humaniste. Pour cela, l'enseignant doit assurer un environnement propice et la personne doit être motivée. L'humanisme favorise des apprentissages plus « centrés sur le patient » (Carré, 2015) en prenant compte plusieurs dimensions (relationnelles, affectives et émotionnelles).

Cette théorie s'axe sur des ateliers de groupe pour favoriser les échanges et partager les vécus entre les personnes (Bélanger, Goudreau, & Ducharme, 2014). La notion de relation d'aide est alors une priorité.

Cette théorie est une approche très rapidement critiquée (Carré, 2015). C'est pourquoi, des théories cognitivistes, opposées aux précédentes (béhaviorisme, humanisme), ont succédé : constructivisme, socioconstructivisme, théorie du traitement de l'information et le sociocognitivism. Ces théories s'intéressent essentiellement aux « opérations mentales et aux fonctionnements psychologiques » (Carré, 2015).

### 2.3.3. Le constructivisme :

Le constructivisme de Piaget est apparu à la seconde moitié du XXe siècle et s'annonce comme reposant sur le développement humain, l'intelligence et le contexte social. En effet, contrairement à l'humanisme, le constructivisme favorise l'apprentissage significatif,

reproductible et transférable (Tardif, 1993). Dans cette théorie, l'apprentissage correspond à un traitement de l'information, unique selon la personne, et a une réorganisation constante des connaissances (Tardif, 1993). Pour cela, selon Tardif (1993), le constructivisme repose sur différents principes. Le premier concerne le processus actif et constructif de l'apprentissage. En effet, dans cette théorie, la personne sélectionne les éléments les plus importants « pour en extraire la connaissance, construire le savoir » (Tardif, 1993). Cela permet une corrélation entre les connaissances antérieures et les nouvelles informations et correspond au second principe. Le troisième principe concerne une réorganisation perpétuelle des connaissances, antérieures et nouvelles. Cela permet d'encoder les apprentissages dans la mémoire à long terme pour permettre ensuite d'intégrer de nouvelles informations (Tardif, 1993). Puis, le quatrième principe montre que ces apprentissages sont utilisés à juste titre grâce aux stratégies cognitives et métacognitives. Les premières permettent une utilisation efficace des connaissances et les secondes, d'utiliser ces dernières activement (Tardif, 1993). Enfin, le cinquième principe s'appuie les variétés de connaissances relatives au système cognitif : déclaratives (ou théoriques), conditionnelles (concernant le contexte de l'action) et procédurales (correspondant aux séquences des actions) (Tardif, 1993).

Pour que cette théorie soit appliquée, il convient d'acquérir des connaissances par des « tâches complètes, complexes et signifiantes » (Tardif, 1993). Cependant, le constructivisme a été largement critiqué comme ayant des principes peu développés. Cette théorie a alors laissé place à la théorie socioconstructiviste (Carré, 2015).

#### 2.3.4. Le socioconstructivisme :

Le socioconstructivisme fondé par Vygotsky s'est notamment développé grâce aux travaux de Bruner à la fin du XXe siècle (Carré, 2015). Cette théorie est basée sur le « développement cognitif par construction progressive des connaissances » (Carré, 2015). Pour cela, « toutes les fonctions supérieures trouvent leur origine dans les relations entre les êtres humains » (Demerval & White, 1993 cite Vygotsky, 1978). Dans cette théorie, les apprentissages reposent alors sur deux dimensions : sociohistorique et culturelle (Carré, 2015). Ces notions amènent le nouveau concept de zone proximale de développement (Demerval & White, 1993). Ce dernier permet de différencier « le niveau de développement présent ou actuel, et le niveau de développement potentiel ou proximal » (Demerval & White, 1993). La progression dans cette zone requiert des connaissances nouvelles d'une tierce personne. Cela permet de réaliser un « transfert progressif de l'expert vers le novice » (Demerval & White, 1993 cite Wertsch, 1979). La résolution de problème se fait via les interactions sociales

(Bélanger, Goudreau, & Ducharme, 2014 ; Carré, 2015 ; Cottraux, 2017) : c'est l'étayage. Cette notion repose sur six fonctions : l'enrôlement (éveiller l'intérêt de la personne), la réduction des degrés de liberté (simplification de la tâche par l'expert pour le novice), le maintien de l'orientation (atteinte des objectifs), la signalisation des caractéristiques dominantes (orienter sur les éléments pertinents), le contrôle de la frustration (éviter le sentiment d'échec), la démonstration ou présentation de modèles de solution (démonstration) (Demerval & White, 1993 cite Bruner, 1983).

Le socioconstructivisme repose sur différents concepts (Bélanger & al., 2014). Le premier correspond à l'apprentissage par projets. Là, les apprentissages sont rendus possibles par une interaction avec les pairs et son environnement. Le questionnement continu des apprenants facilite la construction de savoirs, et supprime l'enseignement traditionnel : l'enseignant, n'est plus le seul détenteur du savoir, mais devient un médiateur (Bélanger & al., 2014 cite Arpin et Capra, 2001). Le second correspond à l'apprentissage par problème et axe sa théorie sur un rapport entre la difficulté et l'échec. Là, le succès de l'apprentissage dépend de facteurs socioéconomiques tout autant que pédagogiques. La formule pédagogique de ce concept implique et engage l'apprenant dans les études pour favoriser les apprentissages, le développement de compétences et la corrélation entre la théorie et la pratique (Cody & Gagnon, 2011). L'apprentissage coopératif correspond au troisième concept. Cette méthode de travail forme des groupes hétérogènes ayant des responsabilités individuelles pour atteindre le but commun. Ce concept met l'accent sur les dimensions interactives dues aux interactions sociales et environnementales. En effet, l'esprit d'équipe, l'échange entre les individus et les stratégies cognitives mobilisées permettent d'appréhender des tâches initialement complexes (Bélanger & al., 2014 cite Gamble, 2002). Enfin, l'ultime concept correspond à l'apprentissage par l'expérience (Bélanger & al., 2014 cite Kolb, 1984), élément déterminant de l'identité de l'adulte et reposant sur l'andragogie (Balleux, 2000 cite Knowles 1990). Cette méthode est un « modèle éducatif qui semble approprié à la pratique de l'ergothérapie » (Trembley et Chevrier, 1993 cite Étienne, 1991) puisqu'il s'intéresse à la personne dans sa globalité. De plus, selon Balleux, 2000, l'apprentissage expérientiel a questionné plusieurs auteurs qui ont au fur et à mesure des années évolué dans les concepts, ou se sont contredits. Partant initialement de l'expérience, source principale pour l'apprentissage (Balleux, 2000 cite Dewey, 1938), Lindeman ajoute que la vision sociale pour les adultes permet un apprentissage global (Balleux, 2000). Puis, Knowles (1970) détermine l'expérience comme l'élément primordial de l'identité de l'adulte. Ces 3 auteurs sont les fondateurs de la notion d' « apprentissage expérientiel » nommé par Rogers (1969) (Balleux, 2000).

#### 2.3.4.1. *L'apprentissage expérientiel :*

Selon Legendre (2007), l'apprentissage expérientiel est un modèle d'apprentissage préconisant la participation active à des activités. Celles-ci se situent dans un contexte propice à, acquérir des connaissances, développer des habiletés et changer les attitudes. Essentiellement basée sur les connaissances et la réflexion, la méthode expérientielle, est selon Kolb, un processus par lequel un apprenant transforme son expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être (Chevrier & Charbonneau, 2000). Si cette transformation est significative pour la personne, alors cette dernière prend l'initiative de s'engager (Balleux, 2000 cite Rogers, 1969). Après avoir observé son comportement, la personne comprend et met en place des stratégies lors de mise en situation. Cette dernière facilite la prise de conscience des personnes et permet une transposition des acquis dans la vie quotidienne (Trembley et Chevrier, 1993). Pour expliquer ce phénomène, Kolb (1984), identifie un cycle comprenant quatre phases. La première correspond à l'expérience concrète, étape consistant à vivre soi-même une situation problématique authentique dans laquelle se pose un problème réel, stimulant la pensée. La deuxième étape, nommée l'observation réfléchi correspond à des observations faites sur l'expérience vécue et à réfléchir à leurs significations en considérant différents points de vue. La conceptualisation abstraite, troisième étape fait suite aux observations. Pour cela, la personne crée des concepts et formule des généralisations sur les réflexions pouvant améliorer la situation. Enfin, l'expérimentation active correspond à la mise en place des principes élaborés pendant l'observation réfléchi.

#### 2.3.5. Le traitement de l'information :

Cette théorie, peu développée étudie le fonctionnement du système cognitif, soit, « les séquençages et modes d'exécution des événements cognitifs en particulier, en situation de laboratoire » (Carré, 2015). Ces recherches s'inscrivent « dans le champ vaste des sciences cognitives » (Carré, 2015) basées sur « la psychologie, l'intelligence artificielle et la biologie » (Carré, 2015).

#### 2.3.6. Le sociocognitivism :

Suite aux concepts du béhaviorisme et du cognitivisme, au début du XXIe siècle, Bandura (2003) développe la théorie sociocognitive (Carré, 2015). Cette théorie repose d'une part, sur une psychologie sociale et d'autre part, sur une psychologie cognitive, rôle majeur du sociocognitivism (Guerrin, 2012). Dans cette théorie, Bandura considère le fonctionnement de l'homme reposant sur différentes interactions : personnelles, environnementales et comportementales (Carré, 2015 ; Guerrin, 2012).

Il accorde un rôle important aux « processus cognitifs, vicariants, autorégulateurs et autoréflexifs dans l'adaptation et le changement humain » (Guerrin, 2012) qu'il nomme « perspective agentive » (Carré, 2004). Cela correspond au « rôle du sujet social, sous ses différentes facettes, dans l'action (Carré, 2004). En effet, la mise en action du sujet favorise l'apprentissage, que Bandura définit comme un « processus proactif » et « agentique » (Carré, 2015). Cela signifie, dans un premier temps que l'apprentissage est un processus qui mélange l'observation et le modelage dans le but de se construire (Carré, 2015). Dans un deuxième temps, « l'apprentissage est porté par le pouvoir d'agir du sujet » (Carré, 2015).

Pour analyser le comportement et le fonctionnement psychologique, Bandura définit « la causalité triadique réciproque » (Carré, 2015 ; Carré, 2004 ; Guerrin, 2012). Là, les personnes sont actrices et spectatrices de leur environnement (Carré, 2004). Cette causalité repose sur trois facteurs étant en interaction deux à deux : les facteurs internes à la personne, les déterminants du comportement et le déterminant environnemental (Guerrin, 2012).

En d'autres termes, « les sujets sont disposés à s'auto-organiser, à se comporter de façon proactive, à activer des mécanismes d'autoréflexion et d'autorégulation (Guerrin, 2012 cite Carré, 2007). La compétence d'autoréflexion concernant nos actions et notre efficacité personnelle est un angle majeur dans la théorie sociocognitive (Carré, 2004 ; Guerrin 2012). Le sentiment d'efficacité personnelle, évident et essentiel (Carré, 2015), est développé comme seconde théorie.

### 2.3.7. Choix de la théorie de l'apprentissage :

Après avoir étayé la première théorie concernant l'apprentissage, il convient pour la suite, d'identifier, celle étant la plus adéquate pour investiguer, expliquer, comprendre et approfondir l'objet d'étude. Dans la démarche hypothético-déductive, la théorie s'appuie sur des faits empiriques incontestables. Pour cela, il convient de l'identifier parmi celles citées ci-dessus.

Les personnes souffrant de lombalgie chronique se voient, comme vu précédemment, réduire progressivement leur participation à des activités, jusqu'à se déconditionner physiquement. Pour éviter cela, la mise en action est essentielle et correspond à une participation active lors des séances d'ergothérapie, en éducation thérapeutique. Cette participation leur permet de trouver leurs propres stratégies, reproductibles à domicile, dans les activités de la vie quotidienne. Cependant, en ergothérapie, la prise en compte des différentes dimensions et la réflexion à entreprendre est un véritable atout pour les personnes souffrant de lombalgie chronique.



Ces critères nous orientent alors sur l'apprentissage expérientiel fondé par Kolb, Dewey et Schön (Legendre, 2007). En effet, basée sur les connaissances, la réflexion et les quatre phases de Kolb (1984), la méthode expérientielle, est un processus par lequel un apprenant transforme son expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être. Après avoir observé son comportement, le patient comprend et met en place des stratégies lors de mise en situation. Cette dernière facilite la prise de conscience des personnes et permettent une transposition des acquis dans la vie quotidienne (Bélanger & al., 2014 cite Kolb, 1984). En d'autres termes, la méthode expérientielle repose sur les notions d'apprentissages, de participation active des participants, de cheminement dans « un processus d'expérimentations, d'observations et d'analyses pour apprendre » (Guitard, 1996) reposant sur les quatre phases de Kolb (Guitard, 1996 cite Kolb, 1984).

De plus, cette méthode est un « modèle éducatif qui semble approprié à la pratique ergothérapique » (Tremblay & Chevrier, 1993 cite Étienne, 1991) puisqu'il s'intéresse à la personne dans sa globalité. Selon Legendre (2007), l'apprentissage expérientiel est un modèle d'apprentissage préconisant la participation à des activités se situant dans des contextes les plus rapprochés possible des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à changer. La notion d'activité évoquée facilite l'apprentissage quand celles-ci sont analysées par les personnes (Guitard, 1996). Cela met en évidence la place de l'ergothérapeute dans l'apprentissage expérientiel auprès des patients et favorise la reprise d'activités des personnes souffrant de lombalgie chronique. Cette théorie, et les notions évoquées sont alors en corrélation avec la pratique ergothérapique. C'est pourquoi nous décidons d'orienter la suite sur cette théorie.

Après avoir identifié la première théorie concernant l'apprentissage, il convient de s'axer sur la seconde. Pour cela, nous rappelons la question de recherche qui est : En quoi l'ergothérapeute lors de l'éducation thérapeutique favorise-t-il le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ? De là, nous étayons la suite sur ce sentiment.

#### **2.4. Le sentiment d'efficacité personnelle :**

Le sentiment d'efficacité personnelle est un concept clé de la théorie sociocognitive (Dumont & Acquaviva, 2007), étayée dans les théories de l'apprentissage, puisqu'elle vise à accroître ce sentiment (De Almeida Carapato & Petot, 2004).

#### 2.4.1. Définition :

Le sentiment d'efficacité, ou auto-efficacité, correspond selon Bandura à « l'efficacité personnelle perçue concernant la croyance des gens dans leurs capacités à agir de façon à maîtriser les événements qui affectent leurs existences » (Carré, 2004) et, en s'adaptant à l'environnement (Dumont & Acquaviva, 2007). De plus, il permet un « jugement [...] sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter (Galand & Vanlede, 2004 cite Bouffard-Bouchard & Pinard, 1988). Ainsi, ce sentiment est « une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir de nombreux buts » (Lecomte, 2004). Il donne aux personnes, l'envie et la motivation de changer leurs habitudes, de persévérer pour réussir et de continuer en cas d'échec » (Guerrin, 2012).

Le sentiment d'efficacité personnelle commande « les actions, les affects et les motivations humaines » (Carré, 2004). C'est alors un sentiment puissant qui « a une influence directe sur l'ensemble des efforts qu'un individu peut fournir pour s'adapter » (Dumont & Acquaviva, 2007). Même si, cela correspond à une notion subjective (De Almeida Carapato & Petot, 2004), ces « croyances d'efficacité forment le fondement de l'agentivité humaine. » (Guerrin, 2012 cite Carré, 2004), facteur essentiel de l'action humaine. (Lecomte, 2004)

#### 2.4.2. L'agentivité humaine :

Dans le domaine de la santé, l'agentivité humaine est essentielle (Guerrin, 2012). Pour Bandura, elle correspond au rôle qu'à la sujet, « sous ses différentes facettes, dans l'action » (Carré, 2004). En d'autres termes, l'agentivité correspond « au pouvoir d'agir du sujet, caractère essentiel de l'efficacité » (Carré, 2015) pour influencer volontairement sa vie, et ses actions (Carré, 2004). C'est pourquoi l'agentivité est un facteur clé d'apprentissage (Carré, 2015).

#### 2.4.3. Les sources du sentiment d'efficacité personnelle :

Bandura (1997) énonce que le sentiment d'efficacité personnelle se développe grâce à quatre sources (Galand & Vanlede, 2004). La première, source principale (Lecomte, 2004), nommée, les expériences actives de la maîtrise reposent sur la réussite et/ou l'échec antérieur, lors de la réalisation d'une activité (Galand & Vanlede, 2004). Ce résultat détermine et influence positivement ou négativement les croyances d'efficacité, soit, le sentiment d'efficacité personnelle de la personne (Guerrin, 2012). La deuxième correspond aux expériences vicariantes (Galand & Vanlede, 2004) : l'observation d'une activité réussie ou

échouée par une tierce personne influence la croyance d'efficacité d'une personne dans cette même activité (Galand & Vanlede, 2004). L'observation et limitation d'une tierce personne réalisant des activités permet à la personne de se convaincre de son efficacité. Pour cela, plusieurs étapes sont nécessaires : observation, modifications des comportements, essai de ses comportements à adopter. La réussite aux expériences permet une maîtrise guidée qui augmente le sentiment d'efficacité personnelle (De Almeida Carapato & Petot, 2004). Ce phénomène est exacerbé si, les sujets ont des caractéristiques similaires (Lecomte, 2004). La troisième source se nomme la persuasion verbale (Galand & Vanlede, 2004) ou par autrui (Lecomte, 2004). Cette source repose sur soutien verbal et non verbal d'une tierce personne (Galand & Vanlede, 2004). Enfin, la quatrième source repose sur les états physiologiques et émotionnels de la personne (Galand & Vanlede, 2004).

#### 2.4.4. L'évolution du sentiment d'efficacité personnelle :

Les croyances d'une personne en ses capacités sont essentielles pour favoriser l'engagement et les performances. De nombreuses études indiquent que, pour entreprendre une activité, les perceptions d'auto-efficacité, développant le sentiment d'efficacité personnelle sont nécessaires (Carré, 2004). Pour cela, il convient de croire en son efficacité, et à ses capacités de résolution (Galand & Vanlede, 2004 ; De Almeida Carapato & Petot, 2004). En effet, cela influence « ses comportements, la qualité d'énergie qu'il investit dans l'effort, ses niveaux de persévérance devant les difficultés et les échecs, sa résilience face à l'adversité, le caractère positif ou négatif du fonctionnement cognitif, le niveau des émotions négatives consécutif aux contraintes environnementales et les degrés de réussite ou d'échec » (Dumont & Acquaviva, 2007). Cependant, « un haut sentiment d'efficacité personnelle permet de pallier la douleur » (Dumont & Acquaviva, 2007) alors qu'un « faible sentiment d'auto-efficacité est délétère dans la diminution et la gestion de la douleur chronique, mais également pour la qualité de vie des douloureux chroniques » (Dumont & Acquaviva, 2007).

Il convient alors de mesurer ce sentiment. Selon De Almeida Carapato & Petot (2004), celui-ci repose sur trois qualités. D'une part, la spécificité selon des activités précises car « la symbolisation de l'expérience nous permet de donner à nos vies une forme, un sens et une continuité » (Carré, 2004). D'autre part, la sensibilité perçue concernant l'intensité des croyances. Elle porte « sur les aptitudes personnelles à produire des niveaux précis de performance » (De Almeida Carapato & Petot, 2004), pour acquérir des compétences d'autoréflexion. Ces dernières facilitent la capacité de symbolisation humaine d'une activité (Carré, 2004). Enfin, la mesure du sentiment d'efficacité personnelle repose sur la validité

prédictive. Cela signifie qu'elle ne repose pas sur un instrument unique (De Almeida Carapato & Petot, 2004).

#### 2.4.5. Intérêt de la théorie du sentiment d'efficacité personnelle :

Selon Bandura, « si les gens ne sont pas convaincus qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés » (Carré, 2004). Pour cela, Bandura évoque un principe essentiel à la motivation, au bien-être et, aux performances de l'homme : le sentiment d'efficacité personnelle (Carré, 2004). En effet, ce sentiment permet, via les apprentissages, d'interagir avec les dimensions dans une activité précise (Carré, 2004).

Comme on a pu le voir précédemment, les personnes souffrant de douleurs chroniques se voient prises dans la spirale du cercle vicieux. Ils accroissent, progressivement une vision pessimiste de leurs capacités (Dumont & Acquaviva, 2007 cite Turck et Rudy, 1992), impactant l'ensemble des activités (Lecomte, 2004). En d'autres termes, les personnes se voient « inefficaces et impuissances face à la douleur » (Dumont & Acquaviva, 2007). Les personnes souffrant de lombalgie chronique ont un sentiment d'efficacité personnelle faible ce qui restreint leur participation aux activités de la vie quotidiennes (Dumont & Acquaviva, 2007). Le cercle vicieux observé chez ces personnes affaiblit leur efficacité personnelle et provoque, selon Schmidt (1985), « l'anticipation de l'intensité douloureuse » (Dumont & Acquaviva, 2007). Ainsi, cette « anticipation anxieuse, indépendamment de l'intensité réelle de la douleur, hypothèque la réussite de la performance des lombalgiques, ce qui renforce ainsi leur sentiment d'incapacité et d'impuissance face à la douleur » (Dumont & Acquaviva, 2007). Il est alors important de développer ce sentiment d'efficacité personnelle, car « les personnes qui croient fortement en leurs possibilités abordent les tâches difficiles comme des défis à relever plutôt que comme des menaces à éviter » (Lecomte, 2004). De plus, « ce n'est pas tant les attentes de résultat, qui améliore la qualité de vie des douloureux chroniques, mais leur sentiment d'efficacité personnelle à gérer la douleur influençant l'adoption de stratégie » (Dumont & Acquaviva, 2007).

### **2.5. Synthèse des théories et reformulation de la question de recherche :**

« Chez les personnes souffrant de lombalgie chronique, c'est principalement la tendance à catastropher la sensation douloureuse et l'incapacité personnelle qui contribuent à une mauvaise gestion de la douleur » (Dumont & Acquaviva, 2007). Pour cela, il convient dans un premier temps de favoriser les situations d'apprentissage et dans un second temps, d'accroître leur sentiment d'efficacité personnelle.

En effet, l'éducation thérapeutique comprend de nombreuses théories de l'apprentissage comme l'apprentissage expérientiel. Reposant sur le concept du socioconstructivisme cet apprentissage met en exergue la participation active du patient, comme le veut l'éducation thérapeutique. De plus, les personnes souffrant de lombalgie chronique, associant à tort le mouvement et la douleur, doivent développer leur sentiment d'efficacité personnelle pour réaliser de nouveau des activités. Ce sentiment, ayant différentes sources, est alors un point essentiel. Il repose sur les croyances qu'à une personne en ses capacités d'agir.

Après avoir étayé la problématique théorique, nous pouvons reformuler la question centrale qui était : En quoi l'ergothérapeute lors de l'éducation thérapeutique favorise-t-il le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ? Comme nous avons pu le voir précédemment, la théorie relative à l'éducation thérapeutique est l'apprentissage expérientiel. Nous décidons alors de changer les termes « d'éducation thérapeutique » en « apprentissage expérientiel ». C'est pourquoi, à l'issue de notre étayage théorique et des modifications, la question centrale devient : En quoi l'apprentissage expérientiel des personnes souffrant de lombalgie chronique, en ergothérapie, favorise-t-il le sentiment d'efficacité personnelle ?

## **2.6. Hypothèse :**

Toujours dans la démarche hypothético-déductive, après avoir construit l'objet de recherche, via une phase pratique et une phase théorique, une question centrale, citée ci-dessus ressort. Pour continuer, il convient d'orienter la suite sur une proposition de réponse provisoire : l'hypothèse. Cette affirmation théorique établit une relation causale entre au moins deux variables. La variable indépendante est la cause et la variable dépendante correspond à l'effet. Cette dernière varie donc sous l'effet de la variable indépendante. De plus, cette réponse provisoire s'appuie sur les théories scientifiques précédentes.

De ce fait, l'hypothèse soulevée est : « En ergothérapie, l'apprentissage expérientiel favorise le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ».

## **3. L'expérimentation :**

### **3.1. Objectifs de l'expérimentation :**

Pour affirmer ou infirmer l'hypothèse suivant la démarche hypothético-déductive, il convient de réaliser différentes étapes. Une interprétation des informations recueillies auprès des personnes concernées sera réalisée après avoir initialement collectées les données. Cependant, pour recueillir ces dernières, une expérimentation rigoureuse, basée sur un

dispositif de recherche construit, est fondamentale. Ce dispositif est alors justifié dans les différentes parties suivantes.

### **3.2. Prévision du dispositif de recherche :**

#### 3.2.1. Les participants :

##### *3.2.1.1. Population cible :*

Pour réaliser le recueil relatif à notre objet de recherche, il convient d'identifier l'échantillonnage des personnes à interroger. Cependant, ce dernier nécessite au préalable de déterminer une population cible. Celle-ci correspond, au vu de la recherche développée ci-dessus, à des adultes souffrant de lombalgie chronique. Ceux-ci sont inscrits dans un programme d'éducation thérapeutique du patient et réalisent de l'ergothérapie. En effet, la corrélation entre la littérature et la pratique montre que la pathologie associée à la douleur chronique est la lombalgie chronique. Pour limiter les répercussions de cette douleur, les ergothérapeutes s'orientent sur l'éducation et notamment l'éducation thérapeutique du patient. De plus, nous choisissons d'interroger les personnes souffrantes, car la douleur, comme citée précédemment est une douleur personnelle, subjective et complexe à déterminer. La population cible étant ciblée, l'échantillonnage peut être identifié.

##### *3.2.1.2. L'échantillon :*

L'échantillonnage est un processus qui permet de sélectionner un segment de la population à interroger. Pour déterminer cet échantillon, nous utilisons la technique d'échantillonnage non probabiliste, soit non aléatoire, car nous recherchons des données qualitatives en fonction de critères. Dans le choix de cette technique, il convient de déterminer la procédure la plus adaptée. Pour cela, nous optons pour l'échantillon par choix raisonné, car, les participants doivent répondre à certaines caractéristiques. La première correspond à la proximité des personnes à interroger au vue, des contraintes temporelles et financières. C'est pourquoi ces caractéristiques éliminent l'utilisation de l'échantillon accidentel. La seconde se base sur des critères de participation pour les sujets (décrits ci-dessous) ce qui ne permet pas d'utiliser l'échantillon par quotas. En effet, même si, celui-ci réduit les biais, il ne peut être utilisé, au vu des contraintes temporelles et de la difficulté à rassembler les proportions de la population.

Pour affiner notre sélection et constituer, comme évoqué précédemment, notre échantillon, nous avons déterminé des critères. D'abord, cela repose sur des critères d'inclusion qui sont des adultes de plus de 18 ans, soit, en âge de travailler. Ces personnes, souffrant de

lombalgie chronique depuis au moins 3 mois et réalisent ou ont réalisées, avec un ergothérapeute l'éducation thérapeutique. Cela signifie qu'ils ont fait au moins une séance d'ergothérapie. De plus, pour participer à cette recherche, le volontariat et le consentement d'enregistrement sont nécessaires. Puis, des critères d'exclusion affinent l'échantillon : personnes présentant des troubles cognitifs, de la compréhension et/ou de la communication. Après avoir identifié les critères de participation des sujets, il convient de définir le nombre de participants souhaités. En règle général, plus il y a de participants, plus les données recueillies permettent de préciser et généraliser les résultats. Cependant, au vu des contraintes temporelles, il convient de chiffrer le nombre souhaité de participants. Pour affirmer ou infirmer l'hypothèse, nous nous axons sur un chiffre impair. Puis, pour analyser les résultats, nous choisissons une taille d'échantillon restreinte. C'est pourquoi nous optons pour nous entretenir avec sept personnes. De plus, nous faisons le choix que ces personnes proviennent de trois structures différentes réalisant l'éducation thérapeutique. D'une part, pour des contraintes temporelles et financières, et, d'autre part, pour comparer les résultats, limiter les biais et généraliser les résultats. Cela toujours dans le but d'affirmer ou infirmer l'hypothèse.

### 3.2.1.3. *La recherche des participants :*

Pour interroger les participants, il convient initialement de rechercher les structures susceptibles de trouver l'échantillon. D'après l'objet de recherche, l'éducation thérapeutique du patient est un programme validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'ARS recense sur son site internet officiel, les différentes structures réalisant l'ETP. Cela pour, dans un premier temps, repérer notre échantillon. En effet, l'éducation thérapeutique du patient s'applique à différentes pathologies, il convient alors de trouver celle réalisant l'ETP pour les personnes souffrant de lombalgie chronique. Puis, cela permet dans un deuxième temps d'avoir les coordonnées de la personne à contacter. Celles-ci correspondent à la personne référente du programme pouvant être, un médecin ou un cadre de santé. Enfin, dans un troisième temps, les sites permettent d'identifier les zones géographiques souhaitées. C'est pourquoi, pour des raisons économiques et temporelles, nous décidons de faire nos recherches sur deux sites de l'ARS différents pour avoir, deux régions frontalières. De là, nous identifions onze structures, à qui nous décidons d'envoyer des courriers électroniques. Ce premier contact permet dans un premier temps de confirmer la réalisation de l'éducation thérapeutique du patient auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique. Puis, dans un deuxième temps, d'identifier la présence d'ergothérapeute au sein de ce programme, avec qui, nous pouvons nous entretenir pour expliquer plus précisément notre démarche et affirmer les critères de sélection des

personnes. De plus, il est précisé aux ergothérapeutes que les questions ne concernent pas directement leur pratique et qu'aucun jugement n'est fait concernant leur intervention. Lors des différents échanges avec l'ergothérapeute aucune information précise concernant le sujet n'est évoquée. En effet, cela évite toutes recherches éventuelles, de la part des professionnels ou des personnes interviewées, pour limiter les biais. Après confirmation, nous demandons à l'ergothérapeute d'identifier les personnes volontaires, s'inscrivant dans l'échantillon, pour participer à un entretien et nous convenons d'un rendez-vous. Même si, un premier déplacement de notre part, aurait permis, de se présenter, de confirmer leur volontariat, de leur préciser les modalités de passation. Pour des raisons financières, cela ne peut être réalisé.

### 3.2.2. La méthode et l'outil de mesure utilisés :

#### 3.2.2.1. *Justification et choix de la méthode :*

Après avoir identifié les participants, il convient de choisir la méthode appropriée, en lien avec la démarche qualitative. Nous optons pour cette démarche, car elle permet de rassembler et d'analyser des phénomènes difficilement observables et mesurables. Comme nous avons pu le voir précédemment, le sentiment d'efficacité personnelle est une donnée subjective, relative à la personne. Celle-ci est alors difficile à quantifier ou à mesurer, d'où le choix de cette démarche. De plus, nous cherchons à approfondir l'objet de recherche, en ayant le ressenti des personnes souffrant de lombalgie chronique. Pour cela, nous choisissons la méthode clinique. Cette méthode s'appuie sur l'importance du contact avec la personne souffrante pour recueillir des informations en laissant toute la place nécessaire pour que le participant puisse s'exprimer.

#### 3.2.2.2. *Justification et choix de l'outil de mesure :*

Pour collecter les données auprès des personnes, nous avons besoin d'un outil de mesure appartenant à la méthode initialement choisie. Cette dernière comprend notamment comme outil, le questionnaire et l'entretien. Le premier permet de récolter des données qualitatives et quantitatives, car, il présente des questions ouvertes et/ou fermées. Cependant, la passation d'un questionnaire nécessite d'avoir les coordonnées des personnes pour leur envoyer ce qui pose un problème éthique. De plus, même si le questionnaire propose des questions ouvertes, la neutralité de cet outil n'approfondit pas les ressentis de la personne. Le deuxième correspond à l'entretien. Ce dernier est un processus direct, réalisé entre deux personnes (le chercheur et l'interlocuteur) utilisant la communication verbale afin de recueillir des informations qualitatives sur l'objet d'étude. En effet, l'entretien permet une recherche d'information et place le chercheur en position d'écoute. Cependant, l'utilisation de l'entretien peut être un choix



fragile. En effet, il permet aussi bien, aux personnes d'expliquer davantage leurs ressentis et d'enrichir les données, que, d'être embarrassées par les questions. Au vu des raisons énoncées ci-dessus, nous ne choisissons pas le questionnaire comme outil de mesure, mais l'entretien.

Le choix cet outil de mesure permet de cibler, d'analyser et d'approfondir sur l'objet de recherche à travers le discours d'une personne. Les personnes interviewées nous permettront de comprendre plus en profondeur les attitudes et/ou comportements adoptés. En effet, l'entretien est privilégié pour « explorer es expériences humaines, découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire » (Tétreault & Guillez, 2014). Cependant, les modalités d'entretien sont diverses. Au vu des différents impacts de la lombalgie chronique, nous choisissons de le réaliser en face à face pour éventuellement l'ajuster. De plus, tout comme le questionnaire, pour des raisons éthiques, nous ne pouvons pas le réaliser par téléphone ou par vidéoconférence. Après avoir identifié l'outil nécessaire, il faut le créer.

### 3.2.3. Création de l'outil de mesure :

Avant de s'entretenir avec les personnes, il convient de choisir parmi les trois types, l'entretien le plus adapté. L'entretien non directif repose sur une expression libre de l'interviewé à partir d'un sujet évoqué par le chercheur. Ce dernier n'intervient pas durant le recueil d'informations de la personne. L'entretien directif s'apparente, hormis pour le mode de transmission, au questionnaire, car, le chercheur pose les questions établies au préalable. Enfin, l'entretien semi-directif repose sur un guide d'entretien permettant de récolter des informations qualitatives, sans pour autant restreindre l'interviewé avec des questions fermées. En effet, ce type d'entretien repose sur un sujet que le chercheur veut vérifier et approfondir. C'est alors sur ce type d'entretien que nous avons décidé de nous axer.

#### 3.2.3.1. *Guide de l'entretien :*

Pour cela, nous avons élaboré un guide d'entretien (cf. annexe 3) composé de quatre parties. La première correspond à l'introduction afin de présenter le sujet. La seconde explique les considérations éthiques et de passation aux personnes de cet entretien. La troisième concerne les questions en lien avec la thématique. En effet, l'entretien semi-directif permet, au sujet, par des questions ouvertes, d'être libre de répondre avec ses propres termes. De plus, il comporte des questions secondaires pour approfondir les propos. La formulation des différentes questions permet de préétablir l'organisation de l'entretien et doit être compréhensible pour les personnes afin d'échanger facilement. Enfin, la dernière partie comprend la conclusion de l'entretien ainsi que les remerciements.

### 3.2.3.2. *Création des questions sur la thématique :*

Pour cibler le sujet sur lequel la personne doit s'exprimer dans la troisième partie de l'entretien, il convient d'élaborer des questions ouvertes. Celles-ci, en lien avec les théories décrites au préalable, reposent sur l'hypothèse retenue : « En ergothérapie, l'apprentissage expérientiel favorise le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ». De là, nous cherchons à identifier l'impact de l'apprentissage expérientiel, variable indépendante, sur le sentiment d'efficacité personnelle, variable dépendante. C'est pourquoi, pour affirmer ou infirmer cette hypothèse, il convient de réaliser la matrice de chacune des théories. Concernant la variable indépendante, l'apprentissage expérientiel repose sur quatre critères qui sont : la participation active, les 4 étapes de Kolb (1984), l'apprentissage et la transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être. Afin d'identifier la présence de ces critères, et de faciliter le codage, nous avons défini des indicateurs de l'apprentissage expérientiel dans une matrice théorique (cf. annexe 4) pour la formulation des questions.

Puis, pour identifier le sentiment d'efficacité personnelle, variable dépendante, nous avons également créé fait une matrice théorique (cf. annexe 5) reposant sur quatre critères. Le premier correspond à une expérience analysée comme une réussite c'est-à-dire que la personne croit en la capacité d'apprendre. Le second repose sur des efforts fournis pouvant éventuellement être augmentés afin de réaliser l'activité. Le troisième critère démontre que la personne associe l'échec à un manque d'investissement ou de connaissances pouvant être acquis. Enfin, le dernier critère repose sur l'assurance qu'ont les personnes lors de la réalisation de situations difficiles. Une fois le guide d'entretien élaboré, la passation peut être réalisée.

### 3.2.4. La passation :

Après avoir rédigé les questions de l'entretien, celles-ci nécessitent d'être au préalable testé pour éliminer toutes incompréhensions.

#### 3.2.4.1. *Qualités psychométriques :*

Les qualités psychométriques correspondent notamment à la fidélité et à la validité de l'outil de mesure. Dans un premier temps, afin de s'assurer de la validité de l'entretien, et de nous familiariser avec celui-ci, nous le testons auprès de deux personnes sur les sept de l'échantillon. Cela permet de cibler les réponses obtenues, de s'assurer de la compréhension des questions et de les corrélérer ou non aux indicateurs. Si, le test montre une nécessité de changer les questions, alors, les réponses ne seront pas prises en compte dans l'analyse des résultats. En effet, les questions entre les interviewés doivent être approximativement identiques pour juger de la fidélité de l'outil de mesure. De plus, cette fidélité repose sur les

conditions de passation identiques entre les personnes de l'échantillon pour éviter tous biais dans les résultats.

#### 3.2.4.2. *Conditions de passation :*

Pour réaliser les entretiens, nous commençons par demander à l'ergothérapeute une salle calme afin de limiter les distracteurs potentiels et favoriser la concentration des personnes. Puis, nous évoquons les différentes conditions de passation aux personnes. D'abord, l'interviewé est informé sur la raison pour laquelle il est sollicité, en précisant, très largement l'objet de recherche. Ensuite, nous lui expliquons que l'entretien va durer une vingtaine de minutes suivant, une trame préalablement définie. Afin d'analyser les informations, nous lui expliquons que l'entretien sera enregistré tout en respectant l'anonymat et détruit après la publication. Après lui avoir exposé les différentes conditions de passation, nous lui transmettons le formulaire de consentement en deux exemplaires, à lire, dater et signer (cf. annexe 6 et annexe7).

#### 3.2.4.3. *Matériel utilisé :*

Pour réaliser la passation, il est nécessaire d'utiliser du matériel. En ce qui concerne l'installation, nous utilisons deux chaises et une table. Sur cette dernière se trouve le guide de l'entretien, le formulaire de consentement, un papier et un stylo afin de noter les informations essentielles. Il y a également, pour l'enregistrement de l'échange, et par mesure de sécurité, deux outils : l'ordinateur et le téléphone portable ayant chacun la fonction dictaphone. Cela permet d'une part de se concentrer sur l'échange avec la personne et d'autre part, de réaliser le verbatim.

### **3.3. À la différence de la prévision :**

La prévision du dispositif a été rigoureusement décrite avec les parties précédentes. Cependant, la réalité nécessite de l'ajuster. Après avoir identifié les structures potentielles réalisant l'ETP auprès des personnes souffrant de lombalgie chronique, nous avons envoyé onze courriers électroniques. Cependant, trois établissements nous ont répondu et une accepte de nous recevoir. En effet, même si, les deux autres sont intéressés, ils estiment trop de contraintes éthiques et temporelles pour trouver disponibilités réciproques et interroger directement les personnes. De plus, en ce qui concerne la taille de l'échantillon, et selon l'ergothérapeute, seulement trois personnes sont susceptibles de réaliser l'entretien. Cependant, lors de notre déplacement, une personne était absente. C'est pourquoi nous n'avons pu alors réaliser que deux entretiens, dont nous avons réalisé le verbatim (cf. annexe 8 et annexe 9). Ces deux

personnes sont ensemble lors du programme et des séances d'ergothérapie. La présence du premier est plus ancienne, que la deuxième personne.

De plus, concernant la validité de notre outil de mesure, n'ayant qu'une seule structure susceptible de nous recevoir, nous n'avons pas pu tester l'entretien sur deux personnes rentrant dans l'échantillon. Mais, sans préciser nos indicateurs, nous l'avons au préalable, fait passer à des personnes connaissant succinctement l'ergothérapie. Cela permet d'identifier la compréhension des questions et de cibler les potentielles réponses. Cependant, ce pré-contrôle ne permet pas de confirmer la validité des questions.

### **3.4. Le traitement des données :**

Pour poursuivre la démarche hypothético-déductive, un traitement des entretiens est nécessaire. Après avoir analysé les informations, nous réaliserons l'interprétation des données dans le but d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse : « En ergothérapie, l'apprentissage expérientiel favorise le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ».

Avant d'analyser les données, il convient de coder les critères d'affirmation ou d'infirmer de l'hypothèse. Le codage correspond à une transformation des données brutes du texte. Au vu des théories précédemment étayées, nous considérons qu'elle est affirmée grâce à la présence des quatre indicateurs de la variable indépendante, et des quatre indicateurs de la variable dépendante. Dans le cas contraire, si un indicateur est absent, l'hypothèse est infirmée. Cela correspond à notre codage.

## **4. Résultats et analyse des données :**

L'interprétation des données comprend une analyse des entretiens. Celle-ci repose sur « la rigueur de l'objectivité » (Gatto & Ravestein, 2008) et sur « la fécondité de la subjectivité » (Gatto & Ravestein, 2008). Après avoir analysé les entretiens un par un, puis par croisement, une corrélation est faite avec les théories développées précédemment.

Pour réaliser cette analyse, nous devons nous baser sur phases : la pré-analyse, l'identification des thèmes et le traitement des résultats et l'inférence et l'interprétation (Gatto & Ravestein, 2008).

### **4.1. La pré-analyse :**

La pré-analyse correspond à l'étape initiale. Elle a pour objectif l'opérationnalisation et la systématisation des idées de départ afin d'avoir, par la suite, le plan de l'analyse. Cette étape

est réalisée par une « lecture flottante » afin de donner des orientations et faire connaissance avec les informations recueillies lors des entretiens (Gatto & Ravestein, 2008).

À la première lecture du verbatim de A, on constate que les séances d'ergothérapie lui ont permis d'accroître ses connaissances aussi bien sur sa pathologie que sur les gestes et postures à adopter. Cela est permis par les différents apprentissages qu'il a pu réaliser avec l'ergothérapeute. Sa participation et les mises en situation, par le biais d'activités, lui ont permis de retrouver une autonomie et une indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Au vu des termes employés par A, nous supposons, dans cette pré-analyse que le sentiment d'efficacité personnelle semble être développé.

À la première lecture du verbatim de B, les séances d'ergothérapie, aussi bien en individuelles, qu'en groupe, lui ont également permis de réaliser de nouveau des activités. Sa participation, lui permet d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, la notion de deuil évoquée laisse supposer que B a encore beaucoup à apprendre pour être autonome et indépendante dans ses activités.

## **4.2. L'identification des thèmes et le traitement des résultats :**

### 4.2.1. L'identification des thèmes :

Pour traiter les données recueillies, nous utilisons le système de catégorisation. Les catégories correspondent au cadre théorique où les indicateurs sont identifiés par un code de couleurs (cf. annexe 10).

Puis, nous créons un tableau à quatre colonnes, pour distinguer les indicateurs. La première correspond aux numéros de lignes, la seconde à l'interlocuteur, la troisième au verbatim et la dernière à une synthèse de l'indicateur exprimé grâce à un code couleur. Ce tableau a été réalisé pour la variable indépendante, l'apprentissage expérientiel concernant le premier entretien (cf. annexe 11) et le deuxième entretien (cf. annexe 12). Cela a également été fait pour la variable dépendante, concernant le premier entretien (cf. annexe 13) et le second (cf. annexe 14). Cela permet de rassembler et de classer les informations recueillies pour ensuite les traiter.

### 4.2.2. Le traitement des résultats :

Pour traiter les résultats, nous corrélons la catégorisation avec les indicateurs et les indices des variables. Pour cela, nous reprenons le verbatim et classifions les informations. Nous réalisons cela dans un premier temps pour la variable indépendante, puis, dans un second temps, pour la variable dépendante.

#### 4.2.2.1. *Le traitement de la variable indépendante :*

L'apprentissage expérientiel comme nous l'avons vu précédemment, repose sur quatre indicateurs : la participation active, les étapes définies par Kolb (1984), l'apprentissage et la transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire et savoir-être.

Premièrement, en ce qui concerne la participation active, nous avons identifié les citations des deux entretiens, relevant de cet indicateur pour synthétiser le recueil d'informations (cf. annexe 15). La volonté et l'assiduité de A en ergothérapie lui permettent d'être acteur de sa rééducation et de réaliser de nouveau ses activités de la vie quotidienne. En ce qui concerne B, l'ergothérapeute a adapté progressivement ses activités. La difficulté croissante de ses dernières, permettent à B de se mettre en situation pour se questionner et d'appliquer scrupuleusement les apprentissages faits en séance. Cependant, au vu du verbatim B n'est pas actrice.

Deuxièmement, nous avons fait de même pour les étapes définies par Kolb (1984) (cf. annexe 16). Initialement, A éprouvait de nombreuses difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne. Suite aux séances d'ergothérapie, les situations problématiques ont pu être appréhendées par un questionnement personnel. Même si, certaines activités restent problématiques, il tente, en réfléchissant d'y faire face. Pour B, les difficultés rencontrées avant les séances d'ergothérapie semblent atténuées, mais restent néanmoins présentes. Les mises en situation et les transferts d'apprentissage sont présents, mais restent néanmoins précaires. La réflexion menée pour réaliser une activité l'a contraint à agir doucement et à être craintive pour réaliser de nouvelles activités.

Troisièmement, de manière identique nous avons identifié les citations relevant de l'indicateur : apprentissage (cf. annexe 17). A a beaucoup appris durant la rééducation, notamment sur l'éducation gestuelle. Cette dernière lui a permis d'acquérir des compétences et des automatismes lui permettant d'appréhender les activités de la vie quotidienne. Pour B, les séances lui ont permis d'acquérir progressivement des compétences transférables dans son environnement. Cependant, celles-ci restent précaires et demandent à être approfondies.

Enfin, nous avons corrélé les citations en lien avec l'indicateur : transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être (cf. annexe 18). Pour A, les séances d'ergothérapie lui ont permis d'accroître ses connaissances et de les transférer pour ses activités de la vie quotidienne. Pour B, l'échange avec l'ergothérapeute permet orienter le processus d'intervention. Les conseils prodigués lors des séances, les mises en situation et les apprentissages permettent à B de les appliquer scrupuleusement dans les activités de la vie

quotidienne. En plus de l'ergothérapeute, les échanges avec le groupe sont bénéfiques pour la transformation de savoirs.

#### 4.2.2.2. *Le traitement de la variable dépendante :*

Puis, nous réalisons dans un deuxième temps, la corrélation des catégories avec les indicateurs et des indices de la variable dépendante, le sentiment d'efficacité personnelle.

Premièrement, en ce qui concerne l'expérience analysée comme une réussite, nous avons identifié les citations relevant de cet indicateur (cf. annexe 19). Pour le premier entretien, alors qu'il n'avait initialement aucune connaissance, sa persévération permet d'augmenter la croyance en ses capacités. Pour cela, l'accompagnement doit être long afin d'identifier au préalable, ses capacités. Après, A les analyse en fonction de l'activité à réaliser. Si cette dernière semble difficile, A s'adapte. Pour B, les mises en situation réalisées en ergothérapie lui ont permis de retrouver confiance en elle et en ses capacités de réussite. Pour réaliser les activités, B procède à une analyse de ses expériences, et réfléchit sur sa façon d'agir afin de les reproduire dans son environnement.

Deuxièmement, nous avons identifié les citations en lien avec l'indicateur concernant les efforts fournis éventuellement augmentés pour la réalisation d'activité (cf. annexe 20). Les séances d'ergothérapie permettent à A d'accroître ses capacités et de prendre conscience des efforts à fournir. En reproduisant les éléments acquis en séances, A appréhende les activités difficiles. Cependant, même si, une anxiété est encore présente, A identifie les bénéfices apportés par la réalisation d'activités de la vie quotidienne. En ce qui concerne B, elle réalise progressivement les activités de la vie quotidienne et envisage même de reprendre une activité professionnelle. Sa confiance en elle et en ses capacités a augmenté. Désormais, B est en capacité d'identifier les efforts à fournir en fonction du niveau de complexité de l'activité.

Troisièmement, nous avons identifié les citations des entretiens relevant de l'indicateur où, l'échec est associé à un manque d'investissement ou de connaissances pouvant être acquis (cf. annexe 21). A a conscience de l'importance de réaliser des activités, si celles-ci semblent problématiques, il envisage alors des solutions alternatives. Pour B, les séances d'ergothérapie lui permettent d'accroître sa capacité de jugement concernant ses aptitudes. De plus, B assimile la notion d'échec à un manque de connaissances, d'effort, d'automatismes qui vont s'acquérir avec le temps.

Enfin, nous avons corrélé les citations en lien avec les situations difficiles abordées avec assurance (cf. annexe 22). Les apprentissages permettent à A d'appréhender les activités de la vie quotidienne, en croyant en ses capacités d'agir, quel que soit le niveau de difficulté. Si

certaines restent problématiques, A tente de les aborder autrement. Grâce aux séances d'ergothérapie, B réfléchit aux différentes étapes pour réussir l'activité. Même si, B semble craintive, elle aborde progressivement les situations initialement problématiques avec assurance.

#### **4.3. L'inférence et l'interprétation :**

Après avoir analysé les résultats, il convient de les interpréter. Pour cela, nous utilisons le codage fermé. Il repose sur la présence ou l'absence des indicateurs (cf. annexe 23). Si A réalise l'apprentissage expérientiel et voit son sentiment d'efficacité personnelle se développer, cela n'est pas le cas pour B. Cette dernière ne présente pas la totalité des indicateurs en ce qui concerne l'apprentissage expérientiel.

Si l'apprentissage expérientiel n'est pas utilisé à l'unanimité, d'autres théories d'apprentissages le sont. En effet, la lecture des verbatims et l'analyse de ces derniers mettent en exergue un apprentissage important pour les deux personnes.

### **5. Discussion :**

#### **5.1. Analyse du travail de recherche :**

##### 5.1.1. Vérification de l'hypothèse :

Cette étape consiste à identifier l'ensemble des opérations permettant de vérifier l'hypothèse suivante : en ergothérapie, l'apprentissage expérientiel favorise le sentiment d'efficacité des personnes souffrant de lombalgie chronique. Cette étape permet le caractère concluant de la relation étudiée. En d'autres termes, cela permet de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse. La corrélation entre l'analyse des résultats et le codage décrit précédemment montre l'absence d'un indicateur. Même si, le sentiment d'efficacité personnelle est favorisé pour les deux personnes, la seconde n'est pas actrice. L'apprentissage expérientiel n'est alors pas appliqué par B. L'absence d'un indicateur, pour la variable indépendante, infirme l'hypothèse de cette étude.

##### 5.1.2. Réponse à la question centrale :

Après avoir analysé les résultats, énoncé les idées émergentes de l'expérimentation et infirmé l'hypothèse, nous tentons de répondre à la question centrale qui est : en quoi l'apprentissage expérientiel des personnes souffrant de lombalgie chronique, en ergothérapie, favorise-t-il le sentiment d'efficacité personnelle ?

Comme nous avons pu le voir avec l'infirmité de l'hypothèse, l'apprentissage expérientiel ne favorise pas le sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, d'autres facteurs peuvent



l'accroître. Tous les groupes sont hétérogènes et les personnes présentes peuvent interagir différemment entre elles, afin de progresser ou non, plus aisément. Au sein de ce groupe, l'avancement dans les étapes du deuil varie et peut avoir un impact sur la participation de la personne dans les activités proposées. De plus, les styles d'apprenants, l'identité occupationnelle, la douleur et la condition physique initiales sont uniques. Tous ces facteurs sont des composantes potentielles à appréhender lors d'un accompagnement en ergothérapie pour promouvoir le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique.

### 5.1.3. Identification et analyse des biais méthodologiques :

Pour ce travail de recherche, nous avons suivi la démarche hypothético-déductive pour en arriver à une hypothèse induite par la question centrale. Comme nous avons vu précédemment, l'hypothèse est infirmée. Les entretiens n'ont pas permis d'identifier l'utilisation de l'apprentissage expérientiel, pourtant, en corrélation avec l'éducation thérapeutique du patient. Pour cela, nous identifions les biais méthodologiques et les failles rencontrées pour essayer d'en expliquer la cause. Nous avons relevé différents types de biais.

Les biais de sélection se rapportent aux conditions et aux critères qui ont permis de sélectionner les participants à l'étude.

Dans un premier temps, l'explication peut porter sur l'échantillonnage. Or, celui-ci au vu de l'enjeu de santé publique et de la prévalence de cette maladie ne paraît pas restreint. L'impact sociétal de cette pathologie laisse supposer qu'un échantillon plus important, 7 personnes, semble être accessible. Cependant, nous avons eu un échantillon faible : deux personnes.

Deuxièmement, la recherche de structure est faite via un site officiel de l'Agence Régionale de Santé. Cependant, les réticences de la direction des établissements pour entretenir les personnes directement sont des obstacles à la récolte d'informations.

Troisièmement, la méthodologie de recherche s'appuie sur deux variables : indépendante et dépendante. Pour appliquer l'expérimentation et vérifier l'hypothèse, il convient d'identifier au préalable les structures réalisant l'apprentissage expérientiel : variable indépendante. Cette dernière étant fixe, nous pouvons déterminer son impact sur la variable dépendante : le sentiment d'efficacité personnelle. Or, la seconde personne interviewée ne pratique pas l'apprentissage expérientiel.

Le biais d'attrition correspond à la perte des participants à partir du début de la recherche qu'à sa fin. Lors de l'échange avec la structure voulant nous recevoir, il est prévu que trois entretiens soient réalisés. Or, certaines contraintes ont empêché une personne volontaire d'être interviewée. Cela a alors restreint notre expérimentation à deux personnes.

Enfin, nous avons identifié d'autres biais ne pouvant rentrer dans les catégories précédentes.

Premièrement, concernant le choix de l'outil, nous avons opté pour un entretien, mais, après avoir analysé les résultats, il semble que l'observation est judicieuse. En effet, la subjectivité des résultats est un biais à la vérification de l'hypothèse. Cependant, comme nous l'avons vu dans l'entretien, A est présent depuis six mois dans le programme d'éducation thérapeute. Le temps nécessaire pour réaliser cette étude longitudinale, semble difficilement accessible pour cette initiation à la recherche.

Deuxièmement, concernant l'utilisation de l'outil, l'entretien semi-structuré peut restreindre le sujet, ce qui engendre une perte d'informations. Nous pouvons envisager l'entretien non-structuré pour permettre d'étudier plus en profondeur le sujet et atteindre : la motivation, le sentiment, les valeurs et les croyances des personnes en leur capacité.

Troisièmement, concernant la création de l'outil, nous n'avons pas choisi d'échelle validée existante concernant le sentiment d'efficacité personnelle. Nous avons créé l'outil, ce qui ne le rend pas valide. Cependant, en utilisant l'observation longitudinale, cette échelle peut être utilisée en évaluation initiale et en évaluation finale en ergothérapie, puis être comparée.

Quatrièmement, même si l'entretien a été enregistré et retranscrit, certaines informations sont manquantes, car celles-ci ont été données en dehors du temps imparti. Le recueil de données manquant concerne le nombre de personnes formant le groupe (5 personnes) et le temps de présence de la deuxième personne (3 mois)

## **5.2. Les perspectives et les débouchés :**

Après avoir analysé le travail de recherche, il convient de discuter des données inattendues, obtenues lors de l'étude. Ces informations peuvent être source d'un nouveau questionnaire pouvant être discuté ultérieurement.

La première donnée concerne l'importance du groupe. Si la première personne vient depuis 6 mois, nous savons, officieusement, que la deuxième a rejoint ce groupe depuis 3 mois. Ce groupe ouvert est composé de 5 personnes. On peut alors se poser la question de l'influence du groupe. Par des interactions, le groupe restreint se fixe des objectifs et un but commun afin d'adopter des stratégies et un comportement adaptés et reproductibles (Anzieu & Martin, 2013)

: c'est la dynamique de groupe (Anzieu & Martin, 2013 cite Lewin, 1944). Là, les personnes souffrant de douleur chronique prenant également conscience que les pairs vivent la même chose (Dourlens & Régnier Denois, 2015). L'influence du groupe sur la reprise d'activités pour les personnes souffrant de lombalgie chronique est alors à envisager.

La seconde donnée concerne le deuil évoqué. Introduit au XXe siècle par Freud le deuil est défini comme un ensemble de processus physiques, psychologiques, affectifs et comportementales mis en place par la personne lors d'une perte significative (Philippin, 2006). Différentes théories existent sur ce que Freud nomme, le « travail du deuil » : la théorie de Hanus (Philippin, 2006), celle de Bowlby (Sauteraud, 2018) et celle de Kübler Ross (Sauteraud, 2018). Même si, selon Sauteraud (2018), les stades de deuil sont remis en question, tous ces auteurs parlent d'une étape de colère nécessaire pour tendre à une phase de reconstruction. Cependant, cela nécessite plusieurs processus intermédiaires, avec un temps d'adaptation. On peut alors se poser la question des étapes à franchir pour la personne lorsqu'elle souffre de lombalgie chronique afin de reprendre ses activités de la vie quotidienne.

Enfin, ce deuil abordé par le second entretien : « pour moi c'est quand même un deuil de notre personne » et la théorie ci-dessus questionnent les sciences de l'occupation, car les activités proposées par l'ergothérapeute semblent changer sa façon d'agir. Le deuil occupationnel se définit comme l'état d'une personne qui ne peut réaliser une occupation malgré sa volonté en raison d'une circonstance qui perdure dans le temps (Townsend & Polatajko, 2007). La perte de son rôle occupationnel influe sur l'identité occupationnelle de la personne. Cette identité correspond à la perception qu'une personne a d'elle-même en relation avec les rôles occupationnels qu'elle occupe (Townsend & Polatajko, 2007). Soit, la connaissance qu'elle a de ses propres capacités, intérêts, efficacités, satisfactions ainsi que de ses expériences passées. Elle se réfère au sens que nous donnons à ce que nous faisons (Townsend & Polatajko, 2007). Au vu des éléments énoncés ci-dessus, le deuil occupation influe sur l'identité occupationnelle, qui justifie les activités significatives d'une personne. C'est pourquoi l'identité occupationnelle influence le sentiment d'efficacité personnelle est à envisager.

La troisième donnée concerne la théorie de l'apprentissage, indicateur principalement relevé lors des entretiens. « Il n'existe pas une bonne façon d'apprendre ou de résoudre un problème » et chaque personne a un style d'apprentissage unique (Cachay, Honorez, Monfort, Remy, & Therer). Comme d'autres auteurs, Kolb décrit quatre modes d'apprentissage. Le premier nommé convergent s'appuie sur la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active. Le deuxième intitulé divergent repose sur l'expérience concrète et l'observation

réfléchi. L'assimilateur correspond au troisième mode d'apprentissage, avec la conceptualisation abstraite et l'observation réflexive comme capacités d'apprentissage dominantes. Enfin, l'accommodateur, opposé à l'assimilateur repose sur l'expérience concrète et l'expérimentation active (Kolb, 1985). Le style d'apprentissage peut alors faire l'objet d'une étude plus approfondie.

Au vu des données émergentes et de l'infirmité de l'hypothèse, on peut se poser des questions concernant l'application du programme d'ETP auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique. En quoi le groupe est-il facilitateur ? En quoi est-il important de prendre en compte les étapes de deuil ? En quoi l'ergothérapeute peut-il s'adapter lorsqu'une personne n'adhère pas à ce programme ? Quel est l'intérêt de celui-ci auprès de ces personnes ? En quoi les sciences de l'occupation permettent-elles de favoriser le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique ? En quoi le style d'apprentissage influence le sentiment d'efficacité personnelle des patients souffrant de lombalgie chronique ?

### **5.3. Transférabilité dans le métier d'ergothérapeute :**

L'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant de lombalgie chronique est essentiel pour différentes raisons.

Premièrement, la prévalence de cette pathologie et l'enjeu public qu'elle représente peuvent nous amener dans notre future pratique, à accompagner ces personnes en ergothérapie. L'initiation à la recherche nous permet alors d'appréhender des points essentiels dans cette prise en charge.

Deuxièmement, la douleur chronique étant une donnée subjective, il est important d'échanger avec la personne pour que la personne comme le professionnel puisse la décrire le plus précisément possible. En se sentant écoutée et entendue, la relation thérapeutique est créée. Cela permet alors d'accompagner plus aisément la personne.

Troisièmement, nous avons pu identifier les différentes répercussions de cette douleur chronique et de cette pathologie. Associant la douleur et le mouvement, les personnes sont contraintes de réduire leurs activités de la vie quotidienne. Progressivement, celles-ci perdent en autonomie et en indépendance. Pour empêcher ce phénomène, un accompagnement holistique devient primordial. De plus, ayant un sentiment d'efficacité personnelle faible, notre prise en charge a pour but de l'accroître.

Pour augmenter ce sentiment, nous avons identifié dans les parties précédentes, des axes de recherches ultérieurs. Après avoir réalisé l'analyse des résultats, trois notions ressortent : le

style d'apprentissage, unique à la personne, l'identité occupationnelle et le groupe peuvent être des supports utiles à notre accompagnement.

#### **5.4. Point de vue éthique sur le travail de recherche :**

Premièrement, ce travail de recherche repose sur des considérations éthiques. Les personnes ont été sélectionnées sur la base du volontariat. Ensuite, les participants ont signé un formulaire de consentement présentant les différentes modalités de l'entretien.

Deuxièmement, suite à l'élaboration de notre travail de recherche, un questionnaire éthique ressort. « L'éthique est un moment où ni la morale ni la déontologie ne peuvent donner de réponse, ni même le judiciaire » (Masquelier-Savatier & Blaize, 2012). Notre sujet traite de l'éducation thérapeutique pour les personnes souffrant de lombalgie chronique. Or, d'autres pathologies sont associées à la douleur chronique. Au vu de la prévalence de cette dernière, nous sommes amenés à rencontrer des personnes souffrant de douleur chronique. Même si, il convient de réaliser un accompagnement holistique en ergothérapie, la subjectivité de la douleur peut rendre complexe la relation thérapeutique et la prise en charge. La douleur, constamment présente peut réduire la participation des personnes dans les activités de la vie quotidienne. C'est pourquoi on peut se demander : En quoi, l'accompagnement en ergothérapie peut avoir des limites pour favoriser la participation aux activités de la vie quotidienne des personnes souffrant de douleur chronique ?

#### **Conclusion :**

La douleur chronique, très complexe et subjective, nécessite un accompagnement pluridisciplinaire. Les nombreuses répercussions impactant la personne souffrante placent l'ergothérapeute au cœur de sa prise en charge. Le nombre de réponses au questionnaire exploratoire (21) nous confirme, l'importance de ce thème en ergothérapie (« Merci en tout cas de vous y intéresser nous sommes loin d'être assez nombreux ! »). De plus, l'accompagnement holistique de l'ergothérapeute, notamment dans l'éducation thérapeutique, est primordial. Ces répercussions entraînent la personne souffrant de lombalgie chronique, dans un véritable cercle vicieux. Assimilant la douleur aux mouvements, les personnes réduisent progressivement leur activité jusqu'à l'inactivité. Or, les études récentes montrent une importance de remettre rapidement les personnes en mouvement : c'est le reconditionnement à l'effort. Cette spirale contraint la personne souffrant de lombalgie à ne plus croire en ses capacités et à réduire son sentiment d'efficacité personnelle.

Pour permettre aux personnes d'augmenter ce sentiment, il convient, d'identifier les théories en lien avec l'éducation thérapeutique. Après avoir étayé sur les théories d'apprentissages, concepts clés de cette éducation, nous corrélons, l'apprentissage expérientiel et la pratique de l'ergothérapie dans l'éducation thérapeutique.

L'élaboration des problématiques pratiques et théoriques, selon la démarche hypothético-déductive, permet d'affiner la question centrale : en quoi l'apprentissage expérientiel des personnes souffrant de lombalgie chronique, en ergothérapie, favorise-t-il le sentiment d'efficacité personnelle ? Pour répondre à celle-ci, nous émettons l'hypothèse suivante : en ergothérapie, l'apprentissage expérientiel favorise le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie. Pour cela, nous élaborons la méthodologie expérimentale. Après avoir ciblé l'échantillon, nous axons cette expérimentation sur une recherche qualitative directement auprès des personnes souffrantes. La recherche de structures réalisant l'éducation thérapeutique, les matrices théoriques et les considérations éthiques, nous permettent de réaliser deux entretiens. L'analyse et l'interprétation des résultats ne permettent pas d'affirmer cette hypothèse.

Cependant, d'autres perspectives sont envisageables pour encourager le sentiment d'efficacité personnelle des personnes souffrant de lombalgie chronique.

Premièrement, l'éducation thérapeutique repose sur les théories de l'apprentissage et notamment l'apprentissage expérientiel. Or, comme nous avons pu le voir précédemment chacun d'entre nous possède un style d'apprentissage unique qu'il est nécessaire d'évaluer au préalable.

Deuxièmement, l'éducation thérapeutique du patient est réalisée en groupe. Ce dernier favorise les interactions pour trouver des stratégies adaptatives. Le groupe peut alors avoir également une influence sur l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle.

Enfin, la notion de deuil évoqué pose la question de l'identité occupationnelle de la personne relevant des sciences de l'occupation humaine. La personne s'investit dans ce qu'elle juge utile, et dans les activités qu'elles considèrent significatives.

La lombalgie chronique est une pathologie associée à la douleur chronique. Or, cette dernière est très présente en séances d'ergothérapie. La douleur, constamment présente peut impacter sur l'accompagnement des personnes en ergothérapie et sur la relation thérapeutique. Cette douleur diminue donc la participation dans les activités de la vie quotidienne. On peut

alors se demander : En quoi, l'accompagnement en ergothérapie peut avoir des limites pour favoriser la participation aux activités de la vie quotidienne des personnes souffrant de douleur chronique ?

Ce travail de recherche permet d'approfondir des aspects du champ professionnel. Cela est permis grâce à l'enrichissement de connaissances pratique et théorique réalisé au travers d'un questionnaire, d'entretiens, mais aussi, de recherches scientifiques. Cette confrontation permet d'élaborer progressivement ce travail de recherche et d'analyser sa pratique professionnelle. De plus, cette unité d'enseignement est essentielle pour notre future pratique professionnelle. Elle permet de se tenir continuellement informer sur l'évolution de notre profession et des pratiques réalisables.

### **Référence :**

- Acapo, S., Seyrès, P., & Savignat, E. (2017). Définition et évaluation de la douleur. *Kinésithérapie, la Revue*, 17, pp. 44-55.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints* (éd. 2). Paris: Presses Universitaires de France.
- Arnholz, I., & Sureau, P. (2008). L'éducation thérapeutique du patient en ergothérapie. Dans J.-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie entre concepts et réalités* (pp. 180-183). Marseille: Solal.
- Aubry, M., Gaudon, P., & Magnier, G. (2015). *L'éducation thérapeutique appliquée aux personnes polyhandicapées et à leurs aidants*. Consulté le 24/ 09/, 2017, sur Groupe polyhandicap France: <http://gpf.asso.fr/2015/10/leducation-therapeutique-appliquee-aux-personnes-polyhandicapees-et-a-leurs-aidants-2/>
- Bacheot-Narquin, R., Saout, C., Charbonnel, B., Bertrand, D., Cecchi-Tenerini, R., & Mallet, J.-C. (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Ministère des Solidarités et de la Santé. Récupéré sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf)
- Balleux, A. (2000). Evolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 26, 263-285.
- Barbier, J.-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse d'activités*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Baudic, S. (2016). Douleur chronique, plaintes subjective et atteintes cognitives. *Douleurs : évaluation, diagnostic et traitement*, 17, 183-191.
- Bélanger, L., Goudreau, J., & Ducharme, F. (2014). Une approche éducative socioconstructiviste et humaniste pour la formation continue des infirmières soignant des personnes ayant des besoins complexes. *Recherche en soins infirmiers*, 17-25.
- Cachay, R., Honorez, M., Monfort, B., Remy, F., & Therer, J. (s.d.). *Les styles d'apprentissage : une recherche du LEM*. Consulté le 05 13, 2018, sur Laboratoire d'Enseignement Multimédia de l'Université de Liège: [http://www.lem.ulg.ac.be/StyleApprent/StyleApprent\\_CG/media/StyleApprent.pdf](http://www.lem.ulg.ac.be/StyleApprent/StyleApprent_CG/media/StyleApprent.pdf)
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ? *Savoirs*, 9-50.
- Carré, P. (2015). De l'apprentissage à la formation. Pour une nouvelle psychopédagogie des adultes. *Revue française de pédagogie*, 29-40.
- Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Lagger, G., & Golay, A. (2013). L'éducation thérapeutique du patient, quelle histoire ! *Médecine des maladies métaboliques*, 7, 543-547.
- Chevrier, J., & Charbonneau, B. (2000). Le savoir-apprendre expérientiel dans le contexte du modèle de David Kolb. *Revue des sciences de l'éducation*, 287-324.
- Clavreul, H. (2015). Vers une ergothérapie citoyenne et populaire. *Ergothérapies*(59), 69-79.
- Code de la Santé publique - Article L.1161-1., L.1161-1 Code de la Santé publique. Consulté à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892069&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- Cody, N., & Gagnon, R. (2011). *Apprendre autrement - L'apprentissage par problèmes*. Montréal: Nouvelles ASMS.
- Cottraux, J. (2017). Théories de l'apprentissage. Dans J. Cottraux, *Les psychothérapies cognitives et comportementales* (pp. 38-63). Paris: Elsevier Masson.
- Cury, M. (2010). Modèle Kawa et éducation thérapeutique : élaboration et mise en pratique d'une méthodologie d'entretien avec des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde. Dans M.-H. Izard, & R. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (pp. 54-62). Montpellier: Sauramps Medical.
- De Almeida Carapato, E., & Petot, J.-M. (2004). L'intérêt clinique du concept d'efficacité personnelle. *Savoirs*, 135-145.
- De Thoré, C. (2016). Lombalgie chronique : de l'absence à l'omniprésence du rachis lombaire dans le quotidien du patient. *Ergothérapies*(60), pp. 5-9.



- Dehaene, S. (2013). *Les quatre piliers de l'apprentissage, ou ce que nous disent les neurosciences*. Consulté le 05 01, 2018, sur Paris Innovation Review: <http://parisinnovationreview.com/article/les-quatre-piliers-de-lapprentissage-stanislas-dehaene>
- Demerval, R., & White, F. (1993). La psychologie de Vygotsky et la pédagogie de la situation-problème. *Revue de recherches en éducation*, 37-48.
- Devillers, F. (2010). Ergothérapie, éducation thérapeutique et maladie chronique : "apprendre ensemble pour mieux vivre maladie et traitement... Apprendre ensemble pour mieux les accompagner". Dans M.-C. Izard, & R. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (Vol. 23, pp. 149-154). Montpellier: Sauramps Medical.
- Donjon, A., & Piperno, M. (2011). Éducation thérapeutique et polyarthrite rhumatoïde : la place de l'ergothérapeute. Dans M.-H. Izard, & R. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (Vol. 24, pp. 179-186). Montpellier: Sauramps Medical.
- Dourlens, C., & Régnier Denois, V. (2015). Les groupes thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs : évaluation - diagnostic - traitement*(16), 298-305.
- Dumont, A., & Acquaviva, C. (2007). Le sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la douleur chronique : approche sociocognitive. *Thérapie comportementale et cognitive*, 130-134.
- Favre, C. (2016). "J'ai mal, je ne peux plus faire" : quels sont les obstacles face aux activités quotidiennes et comment les dépasser ? *Douleurs : évaluation, diagnostic, traitement*, 17, pp. 72-76.
- Fisher, G. S., Emerson, L., Firpo, C., Ptak, J., Wonn, J., & Bartolacci, G. (2007). Chronic Pain and Occupation : An Exploration of the Lived Experience. *American Journal of Occupational Therapy*(61), 290-302.
- Foltz, V., Laroche, F., & Dupeyron, A. (2013). Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Revue du rhumatisme monographies*, 174-178.
- Galand, B., & Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Savoirs*, 91-116.
- Gatto, F., & Ravestein, J. (2008). *Le mémoire : penser, écrire, soutenir, réussir*. Paris: Sauramps médical.
- Gobeil, M.-J. (2013). Rôle de l'ergothérapeute. *La douleur en mouvement*, pp. 53-58.
- Guerrin, B. (2012). Albert Bandura et son oeuvre. *Recherches en soins infirmiers*(108), 106 - 116.

- Guitard, P. (1996). L'apprentissage expérientiel et l'ergothérapie : compatibilité théorique et pratique. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 252-259.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Recommandations. *Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation*.
- Haute Autorité de Santé. (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Saint Denis La Plaine.
- Heddebaut, S. (2014). État des lieux de la formation à l'ETP dans le cursus étudiant français. Dans M.-H. Izard, & S. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (Vol. 27, pp. 42-52). Montpellier: Sauramps Medical.
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30, 194-197.
- Jacquot, L. (2016). L'ergothérapie et le douleur chronique. *World Federation of Occupational Therapist Bulletin*, 32-35.
- Kolb, D. (1985). *The learning-style inventory : self-scoring inventory and interpretation booklet*. Boston: McBer and Company.
- Kupper, D., Gallice, J.-P., Rentsh, D., Barthassat, V., Cedrashl, C., & Genevay, S. (2010). Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques : concepts et aspects pratiques. *La revue de kinésithérapie*, 35-39.
- Laurent, B. (2017). Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif. (E. Masson, Éd.) *In Analysis, 1*, pp. 55-60. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.009
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*, 59-90.
- Legendre, R. (2007). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (éd. 3e). Québec: Guérin.
- Marty, M. (2010). Prise en charge de la lombalgie chronique. *Traité de médecine Akos*, pp. 790-797.
- Masquelier-Savatier, C., & Blaize, J. (2012). Entre déontologie et éthique. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 145-159.
- Ministère de la santé et des sports. (2010, 07 08). *Diplôme d'État d'ergothérapeute : référentiel d'activités*. Consulté le 03 30, 2018, sur Sifef : syndicat des instituts de formation en ergothérapie français: <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016, 07 11). *Douleur : l'action des pouvoirs publics*. Consulté le 09 25, 2017, sur Ministère des Solidarités et de la Santé: <http://solidarites->

sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/l-action-des-pouvoirs-publics

- Morel-Bracq, M.-C. (2010). La science de l'activité humaine dans le référentiel de formation des ergothérapeutes. Dans M. Izard, & R. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (Vol. 23, pp. 105-112). Montpellier: Sauramps Medical.
- Morel-Bracq, M.-C. (2011). Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité. Dans M. Izard, & R. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (Vol. 24, pp. 22-30). Montpellier: Sauramps Medical.
- Philippin, Y. (2006). Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *Médecine et Hygiène*, 163-166.
- Poiraudeau, S., Rannou, F., & Revel, M. (2007). Intérêts du réentraînement à l'effort dans la lombalgie : le concept de restauration fonctionnelle. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 419-424.
- République Française. (2018). *Legifrance - Le service public de la diffusion du droit*. Consulté le 01 10, 2018, sur Constitution du 4 octobre 1958 - Article 66: <https://www.legifrance.gouv.fr>
- République Française. (2018). *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002*. Récupéré sur Légifrance : le service public de la diffusion du droit: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- Sauteraud, A. (2018). Les stades de deuil n'existent pas. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.02.001>
- Serrie, A., Mourman, V., Treillet, E., Maire, A., & Maillard, G. (2014). La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleur : évaluation, diagnostic, traitement*(15), pp. 106-114.
- SFETD. (s.d.). *La douleur chronique*. Consulté le 03 07, 2018, sur Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur: <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique>
- Signorino, P., Demelis, P., Euran, F., & Verbaeys, M. (2011). Résultats de prise en charge multidisciplinaire pour des patients lombalgiques : actualisation des interventions au sein d'une école du dos. Dans M.-H. Izard, & R. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (Vol. 24, pp. 187-196). Montpellier: Sauramps Medical.

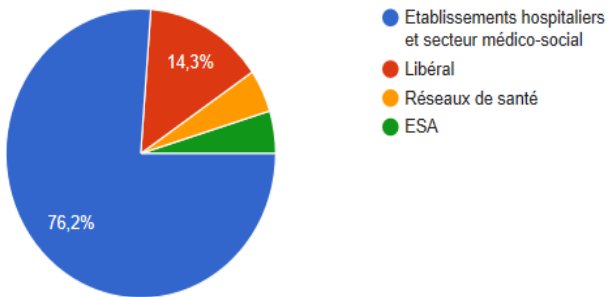
- Société française d'étude et de traitement de la douleur. (2015). Prise en charge de la douleur chronique en France en 2014-2015. *Livre blanc - structures douleur en France*, (pp. 1-60). Nice.
- Tardif, J. (1993). L'évaluation dans le paradigme constructiviste. Dans L.-K. Allal, & R. Hivon, *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation* (pp. 27-56). Sherbrooke: Centre de Ressources Pédagogique, faculté d'éducation.
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck solal.
- Tosta Berlinck, M. (2005). La douleur. *Champ psychosomatique*(39), pp. 81-96. doi:10.3917/cpsy.039.0081
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: CAOt Publications ACE.
- Tremblay, M., & Chevrier, J. (1993). L'apprentissage expérientiel : un modèle éducatif à intégrer au processus ergothérapique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60, 262-270.
- Vittaz, M., Clément-Favre, S., & Letourneau, E. (2014). Comment repérer, évaluer et traiter le phénomène de la douleur neuropathique ? Dans M.-H. Izard, & R. Nespoulous, *Rencontres en réadaptation : expériences en ergothérapie* (Vol. 27, pp. 370-376). Montpellier: Sauramps Medical.
- Vlaeyen, J. W. (1999). Place du concept de "peur de bouger/(ré)apparition du mal" dans l'analyse et la réhabilitation comportementale des lombalgies chroniques. *Douleur et Analagésie*(4), 281-288.
- Vlaeyen, J., & Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme*, 511-516.
- Wirocius, J.-M. (2004). Le discours douloureux en réadaptation : quel langage pour les patients ? Quel vécu pour les équipes ? . *Journal de Réadaptation Médicale : pratique et formation en médecine physique et de réadaptation*, 24, 90-100.
- Wirocius, J.-M. (2016). Le handicap douloureux. Présentation du modèle du handicap et de la réadaptation dans la douleur chronique. *Douleurs : évaluation, diagnostic, traitement*, 17, pp. 47-52.

**Annexes :**

Annexe 1 : Analyse des réponses au questionnaire de la phase exploratoire : .....	I
Annexe 2 : Verbatim de l'entretien exploratoire : .....	XV
Annexe 3 : Guide d'entretien : .....	XXII
Annexe 4 : Matrice théorique de la variable indépendante : .....	XXIV
Annexe 5 : Matrice théorique de la variable dépendante : .....	XXV
Annexe 6 : Formulaire de consentement pour l'entretien 1 : .....	XXVI
Annexe 7 : Formulaire de consentement pour l'entretien 2 .....	XXVII
Annexe 8 : Verbatim de l'entretien 1 : .....	XXVIII
Annexe 9 : Verbatim de l'entretien 2 : .....	XXXI
Annexe 10 : Catégorisation des indicateurs pour les variables : .....	XXXV
Annexe 11 : Catégorisation de la variable indépendante pour l'entretien 1 : .....	XXXVI
Annexe 12 : Catégorisation de la variable indépendante pour l'entretien 2 : .....	XLII
Annexe 13 : Catégorisation de la variable dépendante pour l'entretien 1 : .....	XLVIII
Annexe 14 : Catégorisation de la variable dépendante pour l'entretien 2 .....	LIII
Annexe 15 : Analyse des résultats des deux entretiens pour la participation active : .....	LIX
Annexe 16 : Analyse des résultats des deux entretiens pour les étapes définis par Kolb :..	LXII
Annexe 17 : Analyse des résultats des deux entretiens pour l'apprentissage : .....	LXV
Annexe 18 : Analyse des résultats des deux entretiens pour la transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être : .....	LXVIII
Annexe 19 : Analyse des résultats des deux entretiens pour l'expérience analysée : .....	LXXI
Annexe 20 : Analyse des résultats des deux entretiens pour les efforts fournis : .....	LXXIV
Annexe 21 : Analyse des résultats des deux entretiens pour l'échec : .....	LXXVI
Annexe 22 : Analyse des résultats des deux entretiens pour les situations difficiles : ....	LXXIX
Annexe 23 : Codage des indicateurs pour les deux entretiens : .....	LXXXII

## Annexe 1 : Analyse des réponses au questionnaire de la phase exploratoire :

### 1. Dans quelle structure exercez-vous ?



Les propositions faites dans cette question relèvent des lieux d'exercice de l'ergothérapeute selon ANFE (établissements hospitaliers et secteur médico-social), libéral, réseaux de santé.

La réponse ESA dans la case autre a été rajoutée par un répondant.

#### 21 réponses :

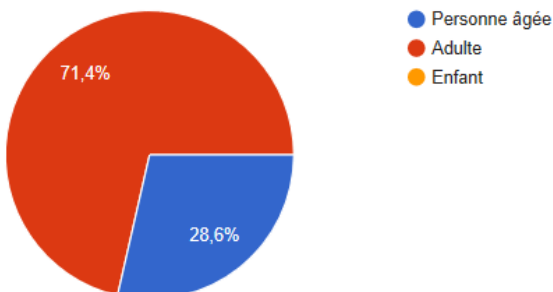
- Établissements hospitaliers et secteur médico-social : 76.2% soit 16 réponses
- Libéral : 14.3% soit 3 réponses
- Réseaux de santé : 4.8% soit 1 réponse
- ESA : 4.8% soit 1 réponse

#### Analyse des réponses :

C'est pourquoi, en grande majorité, les ergothérapeutes travaillent en établissements hospitaliers et secteur-médico-social (76.2%).

### 2. Dans le cadre de votre pratique, quelle est la population concernée par la douleur chronique ? (Plusieurs réponses possibles)

La liste des propositions de réponses relèvent des trois types de population présents dans la société.

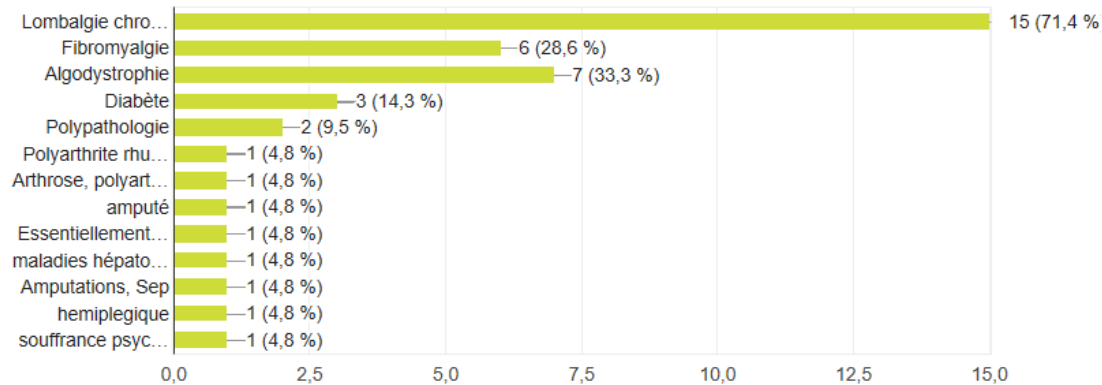


#### 21 réponses :

- Adulte : 71.4% soit 15 réponses
- Personne âgée : 26.6% soit 6 réponses
- Enfant : 0%

## II

### 3. Quelles pathologies rencontrez-vous associées à la douleur chronique ? (Plusieurs réponses possibles)



La liste de pathologies associées correspond à : la lombalgie chronique, la fibromyalgie, l'algodystrophie, le diabète et autre. En effet, au vu de la revue de littérature effectuée, il en ressort essentiellement ces pathologies pour les douleurs chroniques.

#### 21 réponses :

- Lombalgie chronique : 71.4% soit 15 réponses
- Fibromyalgie : 28.6% soit 6 réponses
- Algodystrophie : 33.3% soit 7 réponses
- Diabète : 14.3% soit 3 réponses
- Autre : 10 réponses

Dans la case autre, les ergothérapeutes ont écrit :

- « Polypathologie » : 9.5% soit 2 réponses
- « Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante » : 4.8% soit 1 réponse
- « Arthrose, polyarthrite... très nombreuse » : 4.8% soit 1 réponse
- « amputée » : 4.8% soit 1 réponse
- « essentiellement douleur neuropathiques, allodynies mécaniques, CRPS (on ne parle plus d'algoneurodystrophie, en théorie) » : 4.8% soit 1 réponse
- « Maladie hépato-gastro » : 4.8% soit 1 réponse
- « Amputation, SEP » : 4.8% soit 1 réponse.
- « Hémiplegique » : 4.8% soit 1 réponse
- « Souffrance psychique entraînant des sensations de douleur chronique » : 4.8% soit 1 réponse

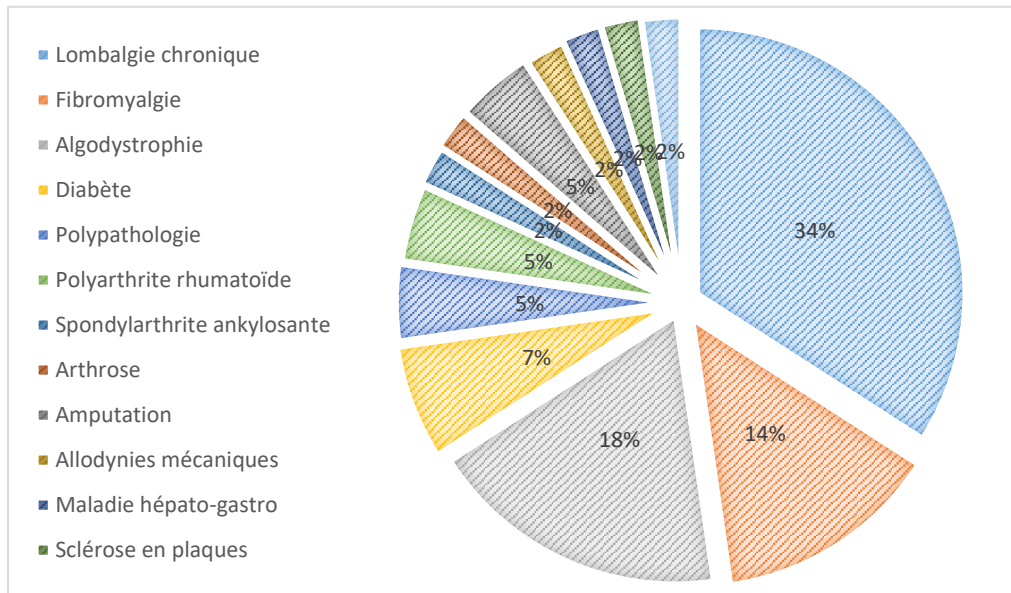
**Analyse des résultats :** C'est pourquoi, au vu des réponses effectuées par les ergothérapeutes, certaines peuvent ou non se regrouper. D'où les différentes catégories (pourcentage approximatif) :

- Lombalgie chronique : 15 réponses soit 34%

### III

- Fibromyalgie : 6 réponses soit 14%
- Algodystrophie : (7+1) 8 réponses soit 18%
- Diabète : 3 réponses soit 7%
- Polyopathie : 2 réponses soit 5%
- Polyarthrite rhumatoïde : (1+1) 2 réponses soit 5%
- Spondylarthrite ankylosante : 1 réponse soit 2%
- Arthrose : 1 réponse soit 2%
- Amputation : (1+1) 2 réponses soit 5%
- Allodynies mécaniques : 1 réponse soit 2%
- Maladie hépato-gastro : 1 réponse soit 2%
- SEP : 1 réponse soit 2%
- Hémiplégie : 1 réponse soit 2%
- Souffrance psychique entraînant des douleurs chroniques : 1 réponse soit 2%

**Soit au niveau d'un diagramme :**



**Suite l'analyse suivante :**

Selon les 3 catégories de douleur mécanique, on peut alors classer ses pathologies selon :  
(pourcentage approximatif)

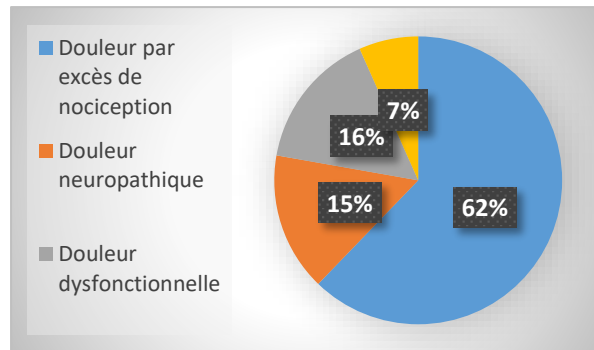
<i>Douleur par excès de nociception</i> : 28 réponses soit 62%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lombalgie chronique : 15 réponses</li> <li>○ Arthrose : 1 réponse</li> <li>○ Polyarthrite rhumatoïde : 2 réponses</li> <li>○ Spondylarthrite ankylosante : 1 réponse</li> <li>○ Algodystrophie : 8 réponses</li> <li>○ Allodynies mécaniques : 1 réponse</li> </ul>
<i>Autre</i> : 3 réponses soit 7%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Polyopathie : 2 réponses</li> <li>○ Souffrance psychique : 1 réponse</li> </ul>



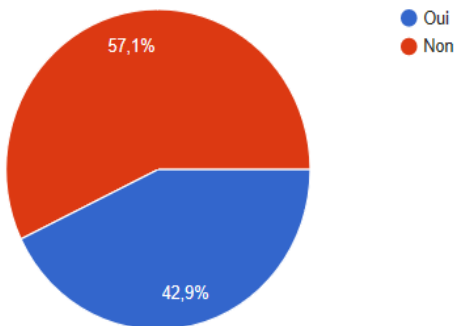
#### IV

<i>Douleur neuropathique</i> : 7 réponses soit 15%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SEP : 1 réponse</li> <li>○ Diabète : 3 réponses</li> <li>○ Amputation : 2 réponses</li> <li>○ Hémiplégie : 1 réponse</li> </ul>
<i>Douleur dysfonctionnelle</i> : 7 réponses soit 16%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fibromyalgie : 6 réponses</li> <li>○ Maladie hépato-gastro : 1 réponse</li> </ul>

Soit, selon un diagramme :



4. Vous appuyez-vous sur un modèle conceptuel en ergothérapie pour conduire le processus d'intervention ? (Une seule réponse possible)



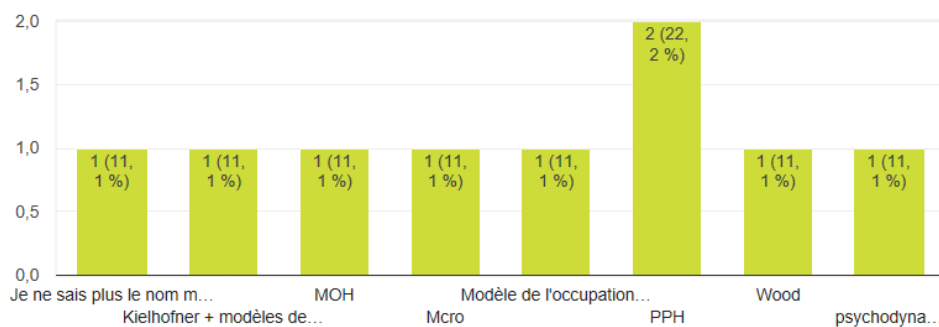
**21 réponses :**

- Oui : 9 réponses soit 42,9%
- Non : 12 réponses 57,1%

**Analyse des réponses :** l'utilisation ou non d'un modèle conceptuel en ergothérapie est peu représentative puisque seulement, 57,1% contre 42,9% n'en utilisent pas.

pas.

5. Si oui, veuillez nommer le modèle conceptuel utilisé? (réponse courte)

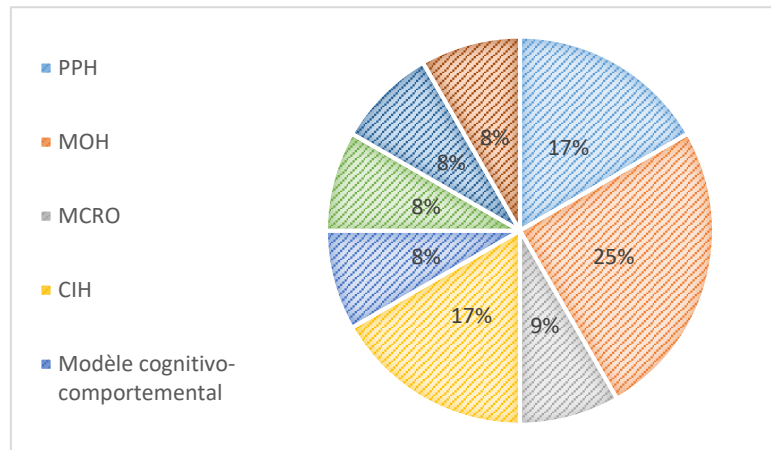


**9 réponses :**

- « PPH » : 2 réponses soit 22,2%
- « Modèle de l'occupation + TCC » : 1 réponse soit 11.1%
- « MCRO » : 1 réponse soit 11.1%
- « MOH » : 1 réponse soit 11.1%
- « Kielhofner + modèle de qualité de vie » : 1 réponse soit 11.1%
- « Je ne sais plus le nom, mais avec déficience/incapacité/handicap » : 1 réponse soit 11.1%
- « Wood » : 1 réponse soit 11.1%
- « psychodynamique et interactif » : 1 réponse soit 11.1%

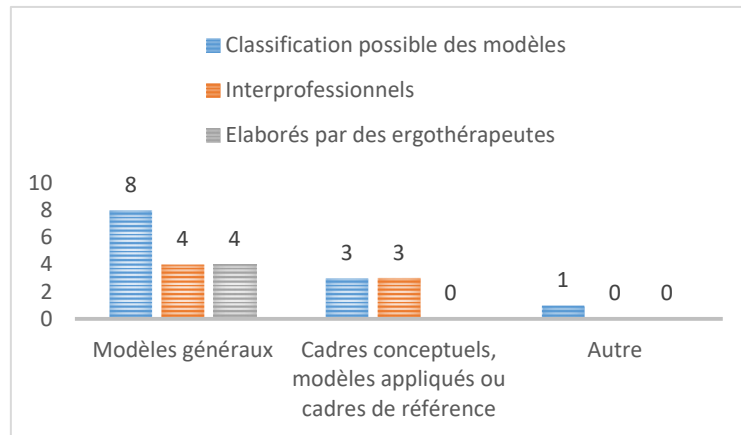
**Analyse des résultats :**

- PPH : 2 rép. soit 17%
- MOH : 3 rép. soit 25%
- MCRO : 1 rép. soit 9%
- CIH : 2 rép. soit 17%
- Modèle cognitivo-comportemental avec TCC : 1 réponse soit 8%
- Modèle psychodynamique : 1 réponse soit 8%
- Modèle interactif : 1 réponse soit 8%
- Autre : Modèle de la qualité de vie : 1 réponse soit 8%

**Analyse par catégories selon Morel-Bracq (2017) :**

- Modèles généraux : 8 réponses soit 67%
  - Interprofessionnels : (PPH : 2 + CIH : 2) = 4 réponses soit 36.5%
  - Élaborés par des ergothérapeutes : (MOH : 3 + MCRO : 1) = 4 réponses soit 36.5%
- Cadres conceptuels, modèles appliqués ou cadres de référence : 3 réponses soit 25%
  - Interprofessionnels : (Cognitivo-comportemental : 1 + psychodynamique : 1 + interactif : 1) = 3 réponses soit 27%
  - Elaborés par des ergothérapeutes : 0 réponse
- Autre : 1 réponse soit 8%

## VI



**Analyse des réponses :** Selon les ergothérapeutes, les modèles généraux semblent être les modèles les plus utilisés. Seulement, nous ne pouvons faire une distinction entre les modèles interprofessionnels (PPH et CIH) et les modèles élaborés par les ergothérapeutes (MCRO et MOH). Cependant, le modèle cité en plus grand nombre, 3 fois soit 25%, correspond au modèle de l'occupation humaine (MOH) contrairement au PPH (2 fois soit 17%) et la CIH (2 fois soit 17%).

### 6. Argumentez ce choix (réponse longue)

#### 4 réponses :

- « Selon le profil du patient lombalgique, ces modèles permettent d'aider ce dernier à gérer ses douleurs et ses efforts ou diminuer sa peur de la douleur ou de certains mouvements / AVQ ».
- « Le plus adapté à mon sens à la pratique ergo en ESA »
- « Car il parle de l'aspect motivationnel et participatif + plaisir ressentis dans les activités »
- « Appris à l'école et utilisé dans les structures où je travaille ».
- « Formation initiale »
- « Travail de groupe en psychiatrie »

#### Individuel :

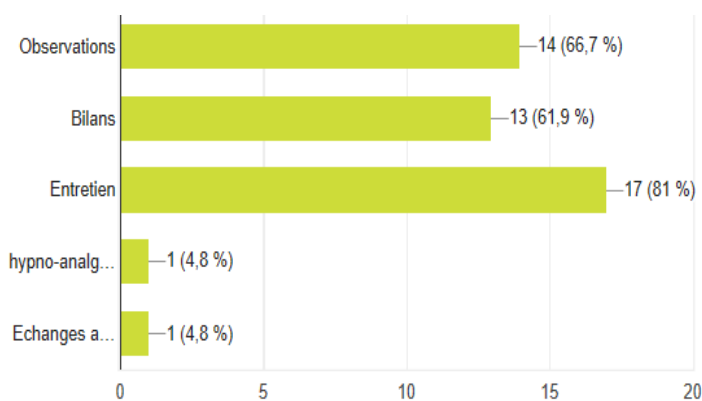
- MCRO : pas d'argumentation (arthrose, polyarthrite, ..., très nombreuses)
- PPH : pas d'argumentation (lombalgie chronique, fibromyalgie, algodystrophie, diabète, amputé)
- PPH : pas d'argumentation (lombalgie chronique, algodystrophie, diabète)
- MOH + TCC : « Selon le profil du patient lombalgique, ces modèles permettent d'aider ce dernier à gérer ses douleurs et ses efforts ou diminuer sa peur de la douleur ou de certains mouvements / AVQ » + modèle cognitivo-comportemental avec TCC (lombalgie chronique)
- MOH : « Le plus adapté à mon sens à la pratique ergo en ESA » (lombalgie chronique)

## VII

- *Kielhofner + modèle de qualité de vie* : « Car il parle de l'aspect motivationnel et participatif + plaisir ressentis dans les activités » (*lombalgie chronique*)
- *CIH* (« Je ne sais plus le nom, mais avec déficiences/incapacités/handicap ») : « Appris à l'école et utilisé dans les structures où je travaille » (*lombalgie chronique*)
- *Wood* : formation initiale (*lombalgie chronique, algodystrophie*)
- *Psychodynamique et interactif* : travail de groupe en psychiatrie (souffrance psychique entraînant des sensations de douleur chronique)

**Analyse des réponses** : Le modèle de l'occupation humaine est un modèle classé selon Morel-Bracq dans les modèles élaborés par les ergothérapeutes. Ce modèle, majoritairement utilisé par les ergothérapeutes au vu du questionnaire, semble être le plus adapté auprès des patients souffrant de douleur chronique. En effet, au vu du profil des patients, ce modèle permet aux patients de « gérer ses douleurs et ses efforts », mais également, « diminuer sa peur de la douleur ou de certains mouvements » concernant les activités de la vie quotidienne. En effet, le modèle de l'occupation humaine est un atout, car il prend en compte, « l'aspect motivationnel et participatif », mais aussi, le « plaisir ressenti » par le patient lors de ses activités.

### 7. Quelles modalités utilisées vous lors de l'évaluation avec des patients douloureux chroniques ? (Plusieurs réponses possibles)



#### 21 réponses :

- Observations : 14 réponses soit 66.7%
- Bilans : 13 réponses soit 61.9%
- Entretien : 17 réponses soit 81%
- « Échanges avec médecins et autres rééducateurs » : 1 réponse soit 4.8%

- « Hypno-analgésie » : 1 réponse 4.8%

#### Analyse des résultats :

<i>Évaluations indirectes</i>	<i>Évaluations directes</i>	<i>Autre</i>
Entretien avec médecin et autres rééducateurs : 1 réponse	<input type="radio"/> Observations : 14 <input type="radio"/> Bilans : 13 <input type="radio"/> Entretien : 17	1

## VIII

L'entretien avec la personne chronique semble être la priorité pour les ergothérapeutes à 81%. Cependant, l'observation à 66.7% et les bilans à 61.9% le sont également. L'évaluation notamment directe avec les patients souffrant de douleur chronique semble donc être importante. Seulement, un biais a été réalisé puisque les propositions de réponses ne comprennent que le recueil de données direct et non indirect.

### 8. Comment la douleur chronique influence-t-elle votre intervention ? (réponse longue)

#### **21 réponses :**

- « Il faut toujours en tenir compte dans le choix des activités, le choix des aides techniques, dans la préconisation en général » → V
- « Les patients sont hospitalisés lors de mon intervention, ils sont donc souvent sous traitement antalgique plus important que ceux qu'ils ont à domicile et la douleur est moins présente. Les mises en situation ne correspondent pas forcément au quotidien de ces personnes ».
- « La douleur chronique nécessite de prendre en compte la sphère émotionnelle du patient. J'essaye donc au maximum d'adapter mon intervention au ressenti du patient vis-à-vis de sa douleur » → V
- « Elle influence toute l'activité de la personne donc toute notre pratique » → V
- « Adaptation de la prise en soins »
- « Douleur prise en compte pour toutes les pathologies »
- « A priori elle ne l'influence pas étant donné que mon intervention est spécifique à chaque problème »
- « Liens privilégiés avec le médecin traitant et un suivi psychologique, prise en soins adaptée : cadre rassurant »
- « Les gens me consultent spécifiquement pour cette problématique »
- « Choix d'une activité n'augmentant pas la douleur ; orientation vers méd ttt »
- « je me sers d'un safeplace avec une activité qu'il ne pratique plus à cause de la douleur, éléments repérés lors de l'anamnèse » → V
- « en écoutant, diminuant les exigences, mettant plan d'économie »
- « beaucoup »
- « Généralement, elle limite les possibilités d'intervention » → V
- « Limitation des exigences lors des séances »
- « je suis plus attentive à ce que ma PEC n'aggrave pas la douleur, plus à l'écoute du patient »
- « Prise en compte et limitation des possibilités d'action par rapport à un patient non douloureux »
- « Elle l'influence dans le sens où c'est cette douleur qui guide la prise en charge, et que le patient peut faire interprète la séance »
- « Je tiens plus compte des envies du patient et je ne force pas »

**Analyse des résultats :**

La douleur, est, pour la majorité des ergothérapeutes un véritable biais dans l'intervention puisqu'elle va limiter et impacter toutes les possibilités de l'intervention. Agissant constamment sur la personne, la douleur va guider la prise en charge en impactant toutes les activités de la personne.

Selon les ergothérapeutes, la prise en charge se portera, d'une part, sur l'écoute. En effet, la relation entre le patient et le soigné est importante afin d'adapter au mieux les séances en fonction des ressentis du patient concernant la douleur. Également, la collaboration entre les différents professionnels est essentielle. D'autre part, l'ergothérapeute mettra en place des adaptations lors de la réalisation d'activités significatives pour ne pas augmenter la douleur. La diminution des exigences lors des séances et le cadre rassurant et sécuritaire, mis en place, permet aux patients de réaliser des activités importantes, qu'ils ne réalisaient plus à cause de la douleur.

Même si, pour la majorité des ergothérapeutes, la douleur va impacter la prise en charge, pour d'autre, si celle-ci comprend les critères précédents et est spécifique à chaque problème, alors, la douleur n'influence pas l'intervention en ergothérapie.

9. Quelles sont les attentes du patient souffrant de douleur chronique en ergothérapie ?

**21 réponses :**

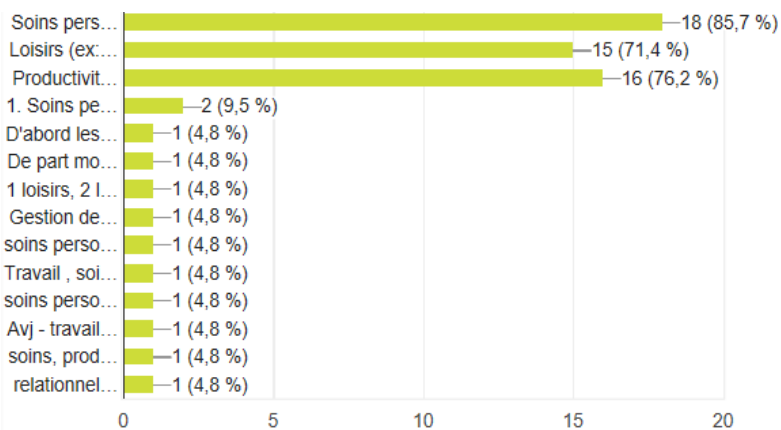
- « Avoir le moins mal possible dans les AVJ »
- « Conseils sur les postures antalgiques, préconisation d'aides techniques pour soulager la douleur, ou pour faire malgré la douleur »
- « Le patient attend souvent des "recettes" (parfois même des "recettes miracles" qui n'existent malheureusement pas) pour faire disparaître sa douleur. L'enjeu numéro 1 dans mon intervention est de leur faire prendre conscience du caractère chronique de leur pathologie, et de les amener à développer des adaptations afin de gérer leur douleur et leur vie quotidienne avec celle-ci »
- « Écoute, empathie, avoir moins mal, pouvoir reprendre des activités »
- « attentes diverses »
- « diminution de la douleur et amélioration de l'autonomie »
- « Pas beaucoup vu qu'il ne connaît pas, mais on lui enseigne des stratégies de gestion de la douleur et de l'effort et des techniques de manutention. Sinon de manière générale il attend d'avoir moins ou plus mal, reprendre son travail plus facilement ou sa vie privée »
- « Que sa douleur soit entendue et reconnue »
- « diminuer ses douleurs, pouvoir retrouver une vie décente au quotidien (reprise professionnelle, autonomie dans les AVJ) »

- « propositions d'installations infra-douloureuse/soulageante »
- « prêt à tout essayer pour être soulagé et en redemande »
- « pouvoir faire malgré tout sans payer le prix douleur »
- « Ne plus avoir mal ! »
- « la disparition de la douleur »
- « pouvoir diminuer ses douleurs et reprendre ses activités »
- « D'être compris dans sa douleur, mais encouragé malgré tout à participer à sa rééducation »
- « conseils en postures et installations antalgiques »
- « une installation pour la soulager, une reconnaissance de cette douleur, une écoute »
- « De les calmer »
- « Pas d'attentes »

### Analyse des résultats :

Faire disparaître la douleur, trouver des solutions pour soulager la douleur, les écouter sont généralement les attentes principales des patients souffrant de douleur chronique. Demandeurs en stratégies ou en « recettes », les patients veulent recouvrer à une autonomie et une indépendance dans leurs activités de la vie quotidienne. Pour cela, l'ergothérapeute va dans un premier temps, réaliser une prise de conscience de la chronicité de la douleur afin d'emmener le patient à « développer des adaptations » ou des « stratégies de gestion de la douleur » pour les activités de la vie quotidienne. L'intervention en ergothérapie avec les patients souffrant de douleur chronique concerne également, la manutention, avec le travail sur des conseils pour les postures, et le positionnement. Ce dernier permettra des installations antalgiques du patient.

### 10. Quelles sont les activités du patient impactées par la douleur chronique qui font l'objet de l'intervention en ergothérapie ? Veuillez préciser dans la case autre l'ordre de priorité de ces 3 domaines (la 1ère étant la plus impactée)



### 21 réponses :

- Soins personnels : 18 réponses soit 85.7%
- Loisirs : 15 réponses soit 71.4%
- Productivité : 16 réponses soit 76.2%
- Autres :

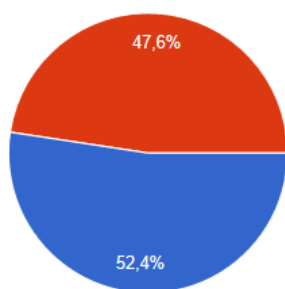
○ « D'abord les soins personnels ensuite la productivité puis les loisirs » : 1 réponse soit 4.8%

- « De par mon expérience avec des personnes lombalgiques chroniques, je dirais l'activité la plus impactée est l'activité professionnelle, ensuite les loisirs, et ensuite les soins personnels. Je rajouterai à ce "classement" (en insérant cet item en 2e position), les tâches du quotidien tel que les courses et le ménage ; ce sont des sujets qui reviennent souvent lors des séances d'ergothérapie ! » : 1 réponse soit 4.8%
- « 1 loisir, 2 les soins personnels les domaines ne concernent pas les mêmes champs d'activités (les activités élémentaires sont toujours impactées, mais l'énergie fournie par la personne pour les réalisées est beaucoup plus importante) » : 1 réponse soit 4.8%
- « 1. Soins personnels 2. Travail 3. Loisirs » : 2 réponses soit 9.5%
- « gestion de la douleur » : 1 réponse soit 4.8%
- « soins perso/loisirs » : 1 réponse soit 4.8%
- « travail / soins perso puis loisirs : 1 réponse soit 4.8%
- « soins personnels puis loisirs » : 1 réponse soit 4.8%
- « Avj – travail – loisirs » : 1 réponse soit 4.8%
- « soins, productivité » : 1 réponse soit 4.8%
- « relationnel et bien-être avec les autres » 1 réponse soit 4.8%

**Analyse des résultats :** Le domaine d'activités impactées essentiellement par la personne souffrant de douleur chronique, pour les ergothérapeutes, concerne les soins personnels (85.7%). Viennent ensuite la productivité (76.2%) et les loisirs (71.4%) au vu du nombre de réponses. Seulement, voulant connaître l'ordre chronologique des domaines impactés, une case autre a été ajoutée.

C'est pourquoi le domaine d'activité le plus impacté semble être les soins personnels. Seulement, cette question comporte un biais puisque de nombreux ergothérapeutes, au vu des réponses, ne l'ont pas comprise ou ne connaissent pas la catégorisation utilisée (soins personnels/productivité/loisirs).

11. Utilisez-vous une approche ou une technique de rééducation ou de réadaptation lors de vos séances en ergothérapie ? (Une seule réponse possible)



● Oui  
● Non

**21 réponses :**

- Oui : 11 réponses soit 52.4%
- Non : 10 réponses soit 47.6%

**Analyse des réponses :**

L'utilisation d'une technique de rééducation ou de réadaptation en ergothérapie représente seulement, 52.4%.



12. Quels sont les principes intervention en ergothérapie ? (réponse longue)**21 réponses :**

- « Je ne comprends pas la question. Mises en place d'aides techniques, préconisations en aménagements du logement »
- « Éducation pour les postures et positions antalgiques, préconisation d'aides techniques, conseils pour les aides et orientation MDPH »
- « Ma principale intervention en ergothérapie avec les personnes souffrant de lombalgie chronique est l'apprentissage des gestes et postures utilitaires et sécuritaires dans le port de charge. Ces séances sont d'abord pratiquées avec des simulateurs de charges et de volumes (qui permettent au patient d'acquérir les postures de base afin de les transférer ensuite vers de nombreuses activités de la vie quotidienne). »
- « ??? Pas compris votre question »
- « je ne comprends pas votre question et tout dépend du type de douleur »
- « amélioration du confort + rééducation + réadaptation +réhabilitation »
- « Mise en situation, éducation thérapeutique, entretien motivationnel »
- « Conseils, essais, autonomisation »
- « Méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques, aménagement du quotidien, aménagement du domicile, conseil aux aidants, »
- « pour la douleur : installation, choix aide technique adaptée, s'assurer de la bonne prise des médicaments s'ils sont prescrits. »
- « hypno-analgésie »
- « positionnement, conseils d'hygiène de vie »
- « Rééducation de la sensibilité superficielle, éducation thérapeutiques en vie quotidienne avec mises en situation, préconisations aides techniques ou adaptation pour activités où la douleur est importante, rééducation motrice adaptée aux douleurs »
- « l'installation au lit, fauteuil ou autre pour soulager la douleur chronique.
- La mise en place d'aide techniques pour compenser et/ou soulager la douleur chronique quand cela est possible »
- « Thérapie miroir – desensitivation »
- « rééducation sensitive de la douleur, méthode Spicher »
- « éducation gestes et postures + installation patient »
- « installations »
- « diminution de l'apparition de la douleur, positionnement, écoute du patient »
- « ? »

**Analyse des résultats :**

Réadaptation : Préconisation : AT et logement = 7

Rééducation :

- Education : postures et positions antalgiques (l'apprentissage des gestes et postures utilitaires et sécuritaires dans le port de charge, installation), ETP = 11

### XIII

- Conseils (médicaments, hygiène de vie, aidants, MDPH), écoute = 6
- Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques, hypno-analgésie, thérapie miroir : = 5

Les missions des ergothérapeutes auprès des patients souffrant de douleur chronique concernent la réadaptation et la rééducation. En effet, l'intervention en ergothérapie avec ces patients prévoit, de la réadaptation avec, de la préconisation d'aide technique, et d'aménagement du logement. Mais également de la rééducation avec des techniques comme : la rééducation sensitive de la douleur ou encore, l'éducation. Majoritairement utilisée, cette dernière s'axe sur les postures et positions antalgiques par le biais d'apprentissages. De plus, afin de diminuer la douleur, l'installation du patient sera donc essentielle.

C'est pourquoi, l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrant de douleur chronique, est essentielle au vu de toutes les spécificités : réadaptation avec de la préconisation et de la rééducation avec notamment de l'éducation.

#### 13. Argumentez (réponse longue)

##### **5 réponses :**

- « Les simulateurs de charges et de volumes représentent pour le patient des objets "insolites". Ainsi, ils apprennent à le manipuler sans l'identifier à un sac de course, un sac de terreau, un enfant en bas âge ou autre charge qu'ils sont amenés à porter au quotidien. En utilisant cette méthode, le patient parvient à acquérir les bases de la manutention (comme l'utilisation des membres inférieurs, la nécessité d'un dos plat, le rapprochement des centres de gravité ou encore la recherche de points d'appui), qu'il peut alors transférer vers de nombreuses situations de port de charge »
- « Cela me semble répondre au problème enfoncé précédemment et cette PEC est inspirée des guidelines sur le traitement de la lombalgie chronique »
- « soulager la douleur et permettre d'acquérir ses techniques »
- « prendre sa douleur en charge pour en limiter le pouvoir, accepter de la traiter dès son apparition, modifier ses faires et habitudes »
- « pour tenter de diminuer la douleur au quotidien »

##### **Analyse des résultats :**

L'intervention en ergothérapie aura pour but de diminuer la douleur au quotidien et notamment lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne. Pour cela, la mise en situation des patients leur permettra d'acquérir des compétences de manutention, mais aussi, ses propres techniques afin de modifier ses faires et ses habitudes.

14. Quelles sont les remarques, questionnements, que vous voulez ajouter concernant la prise en charge en ergothérapie de patients souffrants de douleur chronique ? (réponse longue)

**6 réponses :**

- « Pour ma part, ma pratique en ergothérapie s'inscrit dans un programme d'éducation thérapeutique. Mon intervention est donc "rythmée" par les ateliers proposés dans ce programme par mes collègues kiné, APA, art-thérapeute, etc. »
- « Je pense que l'un des grands intérêt de l'ergo chez les patients douloureux chronique est de pouvoir amener un autre point de vue et montrer à la personne que même si la douleur ne part pas entièrement on a des stratégies pour la gérer et faire les choses de la vie autrement »
- « Mieux apprendre à dépister les douleurs neuropathiques et réactualiser les connaissances en formation initiale, encore trop d'ergo pensant bien faire stimulent des territoires cutanés allodyniques sous prétexte de "désensibilisation" ou bien mobilisent des articulations atteintes d'un CRPS (encore trop souvent appelés à tort "algoneurodystrophie") alors même que cela entretient les lésions initiales et bien souvent aggrave le pronostic à long terme. Merci en tout cas de vous y intéresser nous sommes loin d'être assez nombreux ! »
- « Pas assez d'échanges avec les consultations "douleurs" »
- « problème de la résistance au traitement médicamenteux »
- « Existe-t-il des protocoles pour prendre en charge la douleur chronique pour des patients en santé mentale? »

Merci de votre participation

---

Merci d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire. Ce questionnaire respecte l'anonymat.

Merci de remplir ce formulaire au plus tard avant le 31/10/2017.

## **Annexe 2 : Verbatim de l'entretien exploratoire :**

1 *MF : Quelles sont les missions en éducation thérapeutique ?*

2 *X : Global ou de l'ergothérapeute ?*

3 *MF : D'abord global et ensuite de l'ergothérapeute ?*

4 *X : Globalement, quand tu travailles en éducation thérapeutique, que tu sois, ergothérapeute,*  
 5 *infirmière, kinésithérapeute, n'importe quel corps de métier, tu as l'étiquette éducatrice*  
 6 *thérapeutique. Alors forcément, tu as des spécificités qui sont propres à ta formation initiale,*  
 7 *mais il y a quand même cette étiquette d'éducateur thérapeutique donc tout le monde va dans*  
 8 *le même sens. Donc même si chacun à des missions différentes, on est quand même dans un*  
 9 *programme global. Après, la seule chose qu'il ne faut pas confondre, surtout en ergothérapie,*  
 10 *on a quand même notre référentiel de compétences qui est déjà orienté vers la recherche de*  
 11 *l'autonomie du patient, vers la pédagogie pour exploiter des choses. Faire en sorte que le patient*  
 12 *s'adapte à sa pathologie. Le métier d'ergothérapeute est déjà fait, avec des définitions qui sont*  
 13 *similaires à l'éducation thérapeutique. Mais certains ergothérapeutes diront qu'ils font de*  
 14 *l'éducation thérapeutique tous les jours, c'est un peu une déformation de langage, car*  
 15 *l'éducation thérapeutique tel qu'elle est définie est quelque chose de très structuré, très*  
 16 *normalisé : il y a une autorisation de programme avec l'ARS, ce n'est pas quelque chose qui*  
 17 *est fait simplement parce que l'on est ergothérapeute. Et puis finalement, tous les corps de*  
 18 *métiers en font tout le temps, l'infirmière aussi explique plein de choses, elle fait de l'éducation*  
 19 *tous les jours, mais on ne peut pas parler d'éducation thérapeutique si ce n'est pas dans le cadre*  
 20 *d'un programme autorisé par l'ARS. Et après les missions de l'ergothérapeute plus*  
 21 *particulièrement, c'est faire en sorte que le patient s'adapte à sa pathologie dans son lieu de vie,*  
 22 *mettre en place des adaptations psychosociales dans l'environnement du patient. En effet, qu'il*  
 23 *soit adapté à sa pathologie dans le cadre de l'hôpital c'est très bien, mais cela n'a pas de sens*  
 24 *pour de l'autonomie dans la vie quotidienne. Il faut vraiment que le patient puisse transférer ses*  
 25 *compétences la dans son milieu de vie et dans sa vie quotidienne. C'est plus ça la mission de*  
 26 *l'ergothérapeute. Après, cela est valable, quel que soit la pathologie. Dans le cadre de*  
 27 *l'éducation thérapeutique, il y a beaucoup de maladies, mais déjà il faut que ce soit une maladie*  
 28 *chronique.*

29 *MF : Oui, moi je suis partie initialement pour débiter mes recherches sur les douleurs*  
 30 *chroniques, mais c'est vrai que je n'ai pas encore ciblé de pathologie. Après, au fur et à mesure*

31 *de mes lectures, j'ai vu que certaines des maladies étaient ciblées comme : le diabète, les*  
32 *lombalgies chroniques.*

33 X : Oui, après pour le diabète, c'est un peu piège, car l'ergothérapeute, dans le cadre du diabète,  
34 je me trompe peut-être, car je n'ai pas de pathologie comme telle et que je connais beaucoup,  
35 mais je pense qu'en tant qu'ergothérapeute, ce n'est pas une pathologie sur lequel on peut  
36 beaucoup intervenir. En effet, dans l'éducation thérapeutique il y a des compétences d'autosoins  
37 et des compétences d'adaptation et le diabète c'est beaucoup orienté vers l'auto-soin : on leur  
38 apprend tout ce qui est gestion de l'insuline, gestion de l'alimentation, les piqûres, donc plus  
39 orienté vers le soin donc il y a quand même des compétences d'adaptation qui sont liées au fait  
40 de savoir faire les soins de manière autonome. Mais après, il est vrai que les pathologies comme  
41 les lombalgies chroniques, où il y a un peu d'autosoins, mais il y a aussi beaucoup et surtout  
42 des compétences d'adaptation. Là, je vois à l'école du dos où je travaille, il y a une part  
43 psychologique qui est très importante, avec des patients qui sont lombalgiques chroniques à  
44 cause de la douleur chronique justement donc ils ont du mal à s'adapter dans leur milieu de vie  
45 avec la douleur chronique qui prend une place énorme. Donc c'est vrai qu'il y a des pathologies  
46 ou c'est beaucoup plus orienté vers les compétences d'autosoins et d'autre, vers les  
47 compétences d'adaptation. Je pense que si tu dois cibler une pathologie, c'est plus intéressant,  
48 dans le cadre de l'ergothérapeute de cibler une pathologie où on peut intervenir sur les  
49 compétences d'adaptation parce que l'auto-soin, en tant qu'ergothérapeute c'est possible, mais  
50 ce ne sera pas la plus grosse part de notre métier, plus une infirmière, un médecin, une  
51 diététicienne pour la nutrition.

52 *MF : Vous, vous travaillez principalement avec des lombalgies chroniques ?*

53 X : Là où je travaille oui, après, quand j'ai fait mon mémoire je n'ai pas du tout fait sur cette  
54 pathologie. J'avais choisi une maladie rare pédiatrique, mais depuis que je travaille oui, dans  
55 mon service où je travaille à mi-temps. Après, on appelle école du dos, mais c'est vraiment un  
56 programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS qui est en place depuis 5 ans. Moi ça  
57 fait 2 ans que je travaille là-bas. En fait, les patients sont accueillis pendant 4 semaines, à raison  
58 de 3h par jour, soit tous les matins, soit tous les après-midis donc cela fait 15h par semaine. Et,  
59 on est 3 intervenants vraiment sur le domaine physique : un kinésithérapeute, un enseignant  
60 APA et moi en tant qu'ergothérapeute. Finalement, on fait tous les trois la même base de travail,  
61 mais la différence entre nous se fait par nos spécificités de formation initiale. Donc, on met en  
62 place beaucoup d'activités à orientation sportive, en tout cas reprise de la condition physique,  
63 ré-athlétisation car ce sont des patients qui à cause de la douleur chronique sont restés  
64 extrêmement sédentaires, du coup ils ont entretenus cette douleur avec une fonte musculaire,

65 plus de maintien musculaire. Donc forcément, ça accentue la douleur et donc il y a une partie  
66 de ré-athlétisation, et à côté de ça, toute une partie où on va leur enseigner, leur faire répéter  
67 des mouvements, des petites routines de mouvements, qui sont censés après refaire chez eux.  
68 C'est ça la différence entre, la rééducation et l'éducation thérapeutique. En effet, la rééducation,  
69 les patients arrivent, ils font leur exercice et ils repartent. Alors que sur le programme, on  
70 cherche vraiment à ce qu'ils comprennent pourquoi ils le font et surtout qu'ils arrivent à le  
71 transférer chez eux pour refaire les exercices par la suite, et ne pas avoir besoin d'être  
72 hospitalisé, d'avoir moins besoin d'arrêt de travail, toutes ces choses-là. Également, et là,  
73 j'interviens beaucoup, peut-être plus que les deux autres collègues c'est sur l'éducation aux  
74 gestes et postures dans le port de charge, spécifique à la pathologie chronique. Ceci donne plus  
75 une spécificité ergothérapeutique dans le cadre de la lombalgie chronique. Après, il y a d'autres  
76 intervenants sur les compétences psychosociales, un ostéopathe, un podologue qui  
77 interviennent pour des cours magistraux pour expliquer. Également, il y a aussi, un art thérapeute  
78 qui leur fait faire pleins d'exercices pour la confiance en eux, le lâcher prise.

79 *MF : Comment sont coordonnés tous ces professionnels ?*

80 *X :* Dans le centre, cela se fait assez bien parce que c'est très rigoureux, la chef de service est  
81 très rigoureuse, mais finalement, il faut cela en éducation thérapeutique. Pour coordonner,  
82 quand il y a un nouveau patient qui arrive, je parle pour nous trois avec le kinésithérapeute,  
83 l'enseignant APA et moi, parce que le planning est fait par la responsable, qui coordonne les  
84 ateliers, qui fait un planning d'ateliers par semaine, elle appelle cela un semainier. Après les  
85 trois intervenants, ont fait des activités physiques où on est censé faire sensiblement la même  
86 base de travail. Dès qu'il y a un nouveau professionnel qui arrive dans le service, il est en  
87 binôme pendant une session, donc 4 semaines avec les autres collègues. Du coup on voit  
88 comment chacun travaille et chacun se greffe sur la façon de travailler des autres. À côté de cela,  
89 il y a beaucoup de temps d'échanges, tous les jours entre nous, du fait que l'on a un bon  
90 relationnel, et, une fois par semaine, avec les chefs de service et tous les intervenants du  
91 programme pour faire le point sur les patients, sur notre façon de travailler et réajuster si besoin.  
92 Donc là c'est vrai que les échanges entre les professionnels sont quand même importants. Je  
93 pense qu'une réunion d'équipe une fois par semaine, c'est le minimum.

94 *MF : Pour la prise en charge des personnes, faites-vous seulement des séances de groupe, où  
95 il y a également des séances individuelles ?*

96 *X :* Alors non, nous on réalise seulement des séances de groupe, c'est bien, mais c'est vrai qu'il  
97 y a des avantages et des inconvénients. Après, c'est vrai que par rapport aux ressources  
98 humaines que l'on est au niveau des intervenants, on ne peut pas faire mieux que cela. Après il

99 est vrai que pour certains ateliers, qui mériteraient d'être fait en individuel, mais de toute façon,  
100 on n'a pas la possibilité actuellement de le faire, car il y a également toutes les contraintes  
101 institutionnelles qui sont à prendre en compte dans un programme comme celui-ci, mais après  
102 c'est des groupes où on ne dépasse pas 7 personnes. Ces groupes sont établis, en faisant en sorte  
103 que les profils des patients, soient approximativement les mêmes. On a des profils, donc  
104 généralement on essaie de mettre soit, des personnes très sédentaires qui sont complètement  
105 déconditionnés à l'effort, où la cadre essaie de les mettre dans le même groupe pour qu'ils aient  
106 environ le même niveau pour pas être toujours le dernier ou alors qu'une personne s'ennuie,  
107 car cela ne va pas assez vite pour lui, ou des travailleurs actifs. Parfois, il y a aussi des personnes  
108 qui ont été opérées récemment d'une arthrode, d'une cure d'hernie-discale, où il y aura des  
109 contre-indications chirurgicales dans les 3 mois qui suivent. Donc pour ces personnes-là, la  
110 cadre de santé essaie de les mettre ensemble. Parfois, on a également des personnes plus âgées  
111 ou les contraintes de vie quotidienne sont différentes : ils ne travaillent plus, et où nous, on n'a  
112 plus le souci de la réinsertion professionnelle, donc pour eux, on ne parlera pas de retour au  
113 travail, ni de port de charge. Même si les groupes sont de 7 personnes et qu'il n'y a pas de prise  
114 en charge individuelle, on essaie quand même de faire des groupes homogènes.

115 *MF : Comment déroulez-vous l'éducation thérapeutique, car avec mes lectures, j'ai pu voir,*  
116 *qu'initialement, il fallait évaluer la personne. Est-ce que vous, vous évalués les personnes ?*

117 *X :* les patients quand ils font la demande de s'inscrire, ils ont d'abord la secrétaire médicale  
118 qui leur donne un rendez-vous avec le médecin du service et avec notre responsable, qui est une  
119 kinésithérapeute, cadre de rééducation et qui est la coordinatrice du programme. Là, le médecin  
120 voit la personne pour lui faire son diagnostic médical, et notre cadre, les voit pour faire le  
121 diagnostic éducatif, donc c'est elle qui s'occupe de faire les groupes. Nous, concrètement on  
122 intervient seulement sur les séances. Après, quand les groupes sont faits et que la nouvelle  
123 session commence, nous on fait des évaluations physiques, pour évaluer la souplesse, la force  
124 musculaire et des évaluations plus dans le domaine psychosociales, sur papier, que la personne  
125 doit remplir. Là, la personne doit « jouer le jeu », mais en tant que professionnel on compte sur  
126 eux. Et puis, il est vrai que dans l'éducation thérapeutique, il faut laisser le patient faire. Si le  
127 patient veut tricher, il triche, mais ce n'est pas à son avantage. On essaie de les prendre par la  
128 main, mais pas trop non plus, car le but est de les autonomiser. Ils ont beaucoup de  
129 questionnaires à remplir, par exemple, un qui est très ergothérapie : le Eiffel, où, il y a 24  
130 affirmations et si l'affirmation leur correspond, sur une moyenne des 3, 4 derniers jours ils  
131 cochent et si cela ne leur correspond pas, ils ne cochent pas. Plus, il y a de croix sur 24, plus  
132 cela montre de l'incapacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne. Après il y a

133 d'autres questionnaires, sur le HAD, qui s'intéresse plus au retentissement émotionnel de la  
134 pathologie, pour évaluer la dépression ou l'anxiété liée à la pathologie qui forcément sera prise  
135 en compte pour les compétences d'adaptation. Il y a également le FAVQ par rapport aux idées  
136 reçues sur l'activité physique et l'activité professionnelle. Globalement, beaucoup de patients  
137 pensent que leur mal de dos est lié à leur activité professionnelle alors que finalement, ils sont  
138 en arrêt de travail, depuis des mois et ils ne vont pas mieux. Il y a donc quand même beaucoup  
139 d'idées reçues pour voir où ils en sont au niveau psychologique et comment ils se positionnent  
140 par rapport à la pathologie. Tous ces questionnaires nous donnent beaucoup d'indications. On  
141 essaie aussi de leur faire évaluer leur douleur régulièrement, cela correspondrait à de l'auto-  
142 soin. Que ce soit kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant APA, tout le monde le fait, mais  
143 c'est important qu'ils sachent évaluer leur douleur. Par exemple, il y en a beaucoup qui arrive,  
144 qui marche pendant 20 min sur un tapis roulant avec l'APA et que quand on leur demande leur  
145 douleur, ils sont à 9/10. Moi, je veux bien accepter le fait que les personnes aient mal, mais  
146 quand on évalue à 9/10 la douleur, alors qu'ils ont réussi à marcher pendant 20 min sur un tapis,  
147 c'est compliqué. Donc il est important d'essayer de leur faire prendre conscience que  
148 l'évaluation de la douleur, elle est très importante. Même si, l'éducation thérapeutique, leur  
149 permettrait d'avoir le moins possible recours à des professionnels de santé, être le plus  
150 autonome possible avec leur pathologie, il est important de bien savoir évaluer sa douleur, et  
151 bien savoir l'expliquer. En effet, cela est important lors d'une visite médicale avec un médecin,  
152 un chirurgien, un ostéopathe, ou avec n'importe d'autres professionnels de santé. Cela est  
153 important et rentre en ligne de compte sur l'autonomie et la gestion de la pathologie.

154 *MF : Durant les séances, à part l'échelle de la douleur, faites-vous d'autres évaluations*  
155 *intermédiaires ?*

156 X : En ce qui concerne l'évaluation de la douleur, on leur demande de remplir tous les matins  
157 un papier et tous les soirs, qui nous emmènent chaque fin de semaine et qui nous rendent à la  
158 fin du programme. Et, nous, on évalue la douleur régulièrement, mais vraiment sur papier, il est  
159 fait une fois par semaine, donc ça, c'est une évaluation intermédiaire. Après, il est vrai que nous  
160 on n'a pas vraiment d'évaluation standardisée en intermédiaire, parce qu'il est vrai que 4  
161 semaines, c'est très rapide. Par exemple, la 1ère semaine, le lundi, ils vont en accueil, ils  
162 remplissent les documents, on leur explique tout le programme, le mardi et mercredi, les  
163 évaluations sont faites, donc on commence réellement les ateliers purs et durs après avoir fini  
164 les évaluations, le jeudi. Donc ce jour-là, on évalue la douleur, après ils ont le weekend, et après  
165 ils ont vraiment 5 jours de travail. À partir de là, si on voulait refaire des évaluations, il y aurait  
166 une perte de temps importante. Donc c'est vrai que l'on préfère enchaîner. Après, on réalise



167 quelques évaluations intermédiaires, même si, elles ne sont pas standardisées, on en fait quand  
168 même donc on évalue quand même l'évolution du patient et on en discute lors des réunions.

169 Après, il est vrai que c'est forcément plus subjectif qu'une évaluation objective, forcément,  
170 mais, on en fait quand même et cela permet de réajuster la prise en charge pour le patient. Donc  
171 cela reste quand même une sorte d'évaluation.

172 *MF : Après le fin du programme, réalisé vous un suivi ?*

173 X : Oui, nous ils sortent et 3 mois après, ils ont de nouveau rendez-vous pour une consultation  
174 de suivi, avec le médecin et la cadre de santé. Nous, on n'intervient pas à ce moment-là, parce  
175 que nous on a d'autres patients en atelier, donc on n'est pas disponible pour le suivi. En réalité,  
176 cela représente beaucoup de patients, car, on a des groupes de 7, donc 4 groupes par sessions,  
177 ce qui représente entre environ 30 patients. Donc même si une consultation n'est pas longue,  
178 c'est quand même très long à voir donc nous on ne peut pas se libérer. Lors de cette consultation,  
179 les patients expriment les changements qu'ils ont opérés dans leur vie quotidienne, ou qu'ils  
180 n'ont pas opérés. Cela permet de voir l'impact du programme sur ces patients, et de nous, nous  
181 remettre en question. Il est vrai que tout ce que l'on fait avec eux, les évaluations initiales quand  
182 ils arrivent, les évaluations finales quand ils partent, les consultations de suivi 3 mois après,  
183 tout cela est rentré dans des statistiques, car il y a énormément de papiers à remplir en éducation  
184 thérapeutique. De plus, tous les ans, on a des évaluations annuelles à rendre à l'ARS et tous les  
185 4 ans, une évaluation quadriennale, qui recense les 4 dernières années. C'est pourquoi, tout ce  
186 que l'on trace, on en fait des statistiques pour voir l'impact du programme et justement se  
187 remettre en question, réajuster notre pratique. Tout cela prend énormément de temps, mais une  
188 fois que les statistiques sont sorties et que l'on voit les résultats, cela permet de voir les points  
189 positifs et les points sur lesquels il faut que l'on travaille et que l'on peut encore s'améliorer,  
190 donc cela permet vraiment une remise en question.

191 *MF : Avez-vous eu des retours de certains patients ayant réalisés l'éducation thérapeutique ?*

192 X : Oui, on a souvent des retours, mais il se trouve que l'on a aussi beaucoup de patients qui  
193 reviennent faire une session. Soit, ce sont des patients qui ont vraiment eu des changements  
194 dans leur vie quotidienne et donc ils ont besoin de refaire une autre session, pourquoi pas. Après,  
195 selon moi, quand un programme d'éducation thérapeutique est fait 1 fois, 2 fois voire 3 fois, si  
196 la personne n'a pas mis en place des changements dans sa vie quotidienne, c'est qu'elle n'est  
197 pas prête à en faire. Ce sont des patients qui prennent le service pour un centre de remise en  
198 forme ou un service de rééducation, ils sont pris en charge. C'est peut-être aussi le problème  
199 des personnes ayant des lombalgies chroniques, ils sont douloureux, mais ils ont aussi beaucoup  
200 de bénéfices secondaires à leur douleur, car ils ne travaillent pas, ils demandent à être en

201 invalidité. Cela est la partie cachée, négative je trouve du service. Il y a du bon et du mauvais  
202 partout, mais beaucoup de patients reviennent et parfois on sait que ce sera compliqué de faire  
203 des changements dans leur vie quotidienne. En effet, ils sont venus plusieurs fois et ils n'ont  
204 rien changé, ceci dit, on se doit d'essayer une nouvelle fois. Et puis, s'ils ont été acceptés par  
205 la coordinatrice et le médecin, c'est une décision médicale. Donc oui, on a beaucoup de retour  
206 des patients, soit des 3 mois après leur consultation de suivi, soit parce qu'ils reviennent faire  
207 une session.

**Annexe 3 : Guide d'entretien :**

Identification :

Nom :	Codage de la personne :
Nom de l'intervieweur :	Date :

*Introduction :*

Bonjour, je me nomme FLATOT Mathilde et je suis en troisième année d'ergothérapie au sein de l'IFE de Hyères, dans une initiation à la recherche pour mon mémoire de fin d'études qui porte sur la prise en charge de la douleur chronique en ergothérapie. Cette initiation traite essentiellement sur l'éducation thérapeutique auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique. L'objectif principal de la recherche est d'identifier l'impact de l'intervention de l'ergothérapie auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique. Les éléments que je vais recueillir lors de l'entretien serviront à l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude, au vu de l'obtention du diplôme d'État.

*Considérations éthiques et de passation :*

Plus précisément, l'entretien réalisé aujourd'hui durera environ une 20aine de minutes. Afin de faciliter votre participation, je tiens à vous repreciser, même si, vous avez signé le formulaire, quelques points :

- L'entretien est confidentiel
- Vous êtes libre de répondre ou non à une question, vous pouvez m'interrompre à tout moment, si vous le souhaitez. Vous pouvez poser des questions si vous avez besoin d'informations supplémentaires.
- Ce sont vos expériences et votre opinion qui nous intéressent

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré. Ceci facilitera la prise de notes et me permettra d'être attentif à notre entretien. Êtes-vous d'accord avec le fait d'enregistrer ?

Avant de commencer, avez-vous des questions à propos de la recherche ou du déroulement de l'entretien ?

*Questions sur la thématique :*

***Module 1 :***

Question 1 : Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?

Question 2 : Qu'avez-vous fait en début de suivi en ergothérapie, au milieu et à la fin de l'intervention ?

Question 3 : Qu'avez-vous appris pendant les séances d'ergothérapie ?

Question 4 : Chez vous, est-ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance d'ergothérapie ?

***Module 2 :***

Question 5 : Selon vous, quels sont les effets de la réalisation d'une activité ?

Question 6 : Comment vivez-vous la réalisation d'une activité ?

Question 7 : Face à une activité, quel est votre niveau d'assurance ?

*Conclusion de l'entretien et remerciements :*

Avez-vous des éléments à préciser en ce qui concerne l'intervention de l'ergothérapeute auprès de vous ?

Je vous remercie pour votre participation et vous souhaite bonne continuation.

## Annexe 4 : Matrice théorique de la variable indépendante :

Théorie	Critères	Indicateurs	Question
<b>Apprentissage expérientiel :</b>  Andragogie + socioconstructivisme (accroître les connaissances, favoriser les interactions sociales : importance des pairs, résoudre des problèmes)	<i>Participation active</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'activités en fonction des attentes</li> <li>- Mise en situation du patient</li> <li>- Questionnement personnel / ergothérapeute</li> <li>- Patient acteur</li> <li>- Volontaire dans sa rééducation / ses activités</li> <li>- Assiduité</li> <li>- Recherche des techniques compensatrices</li> </ul>	<u>Question 1</u> : Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?
	<i>4 étapes : expérience concrète, observation réfléchie, conceptualisation abstraite et expérimentation active</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situations problèmes</li> <li>- Réflexion sur les possibilités pour résoudre la situation</li> <li>- Transfert : réalisation de nouvelles activités</li> <li>- Moyen de compensation / technique compensatrice</li> <li>- Capacité de réaliser de nouveau des activités</li> <li>- Situations problèmes</li> <li>- Questionnement personnel</li> <li>- Mise en pratique des apprentissages</li> </ul>	<u>Question 2</u> : Qu'avez-vous fait en début de suivi en ergothérapie, au milieu et à la fin de l'intervention ?
	<i>Apprentissage</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnement personnel / réflexion personnelle</li> <li>- Autoévaluation / Évaluations par l'ergothérapeute</li> <li>- Apprentissage, Acquisition (compétences / savoir-faire)</li> <li>- Sensation d'acquisition</li> <li>- Apprentissage de postures, positionnement, techniques</li> <li>- Éducation du patient</li> </ul>	<u>Question 3</u> : Qu'avez-vous appris pendant les séances d'ergothérapie ?
	<i>Transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Échange avec l'ergothérapeute</li> <li>- Essai / erreur</li> <li>- Prise de conscience d'apprentissage</li> <li>- Retranscription des apprentissages</li> <li>- Application des conseils de l'ergothérapeute</li> <li>- Assimilation de l'information provenant de l'ergothérapeute</li> <li>- Mise en pratique des apprentissages</li> </ul>	<u>Question 4</u> : Chez vous, est-ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance d'ergothérapie ?

## Annexe 5 : Matrice théorique de la variable dépendante :

Théorie	Critères	Indicateurs	Question
<p><b>Sentiment d'efficacité personnelle :</b></p> <p>Apprentissage social, sociocognitivism (interaction : personne, comportement, environnement, interaction facteurs internes et externes de la personne)</p> <p>Ce sentiment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorise la réussite</li> <li>- Confronter les patients à une grande variété d'expérience</li> <li>- Expérience vécue de maîtrise : la réussite et l'échec d'une expérience augmente ou diminue</li> <li>- Expérience vicariante : la réussite d'une personne similaire</li> <li>- Persuasion verbale : valorisation</li> <li>- État psychologique : les émotions peuvent influencer la réussite de l'action</li> </ul>	<p><i>Expérience analysée comme une réussite, croyance dans la capacité à apprendre</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du sentiment d'efficacité</li> <li>- Activité réussie</li> <li>- Réussite</li> <li>- Nécessite des apprentissages</li> <li>- Adaptation de l'activité</li> <li>- Réflexion sur l'activité</li> <li>- Croyance en ses capacités</li> </ul>	<p><u>Question 5</u> : Selon vous, quels sont les effets de la réalisation d'une activité ?</p> <p><u>Question 6</u> : Comment vivez-vous la réalisation d'une activité ?</p>
	<p><i>Efforts fournis et éventuellement augmentés pour la réalisation d'activité</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des capacités</li> <li>- Jugement des efforts à fournir selon le niveau de difficulté de l'activité</li> </ul>	
	<p><i>Associent l'échec à un manque d'investissement ou de connaissances pouvant être acquis</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effort suffisant</li> <li>- Suffisamment de connaissance</li> <li>- Capacité de jugement</li> </ul>	
	<p><i>Abordent les situations difficiles avec assurance, car contrôlent celles-ci</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité de contrôle</li> <li>- Assurance en leurs capacités</li> <li>- Apprentissage</li> <li>- Effort</li> <li>- Réalisable</li> <li>- Volontaire</li> </ul>	<p><u>Question 7</u> : Face à une activité, quel est votre niveau d'assurance ?</p>

**Annexe 6 : Formulaire de consentement pour l'entretien 1 :**

entretien n° 1 = A

**Formulaire de consentement :**

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Pour participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document.

**Titre du projet :** Le projet est un mémoire de recherche en ergothérapie concernant l'éducation thérapeutique auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique réalisé par Mme FLATOT Mathilde de l'IFPVPS (Institut de Formation Public Varois des Professionnels de Santé) de l'Institut de Formation d'Ergothérapie de La Garde.

**Modalité de l'entretien :** Votre participation sera requise pour une entrevue d'environ 20 min, sur laquelle vous serez questionné(e) en lien avec le projet de recherche.

**Droit de retrait sans préjudice :** Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice.

**Confidentialité, partage, surveillance et publication :** Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à vos renseignements sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche (Mme FLATOT Mathilde).

**Enregistrement :** Afin de retranscrire les informations, les entretiens seront enregistrés. Nous aimerions pouvoir utiliser les enregistrements, avec votre permission, pour le projet de recherche.

**Autorisation de consentement pour le projet de recherche :**

Je soussigné(e) G \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom),  
déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature :

Fait à LF = 19/04/2018


**Annexe 7 : Formulaire de consentement pour l'entretien 2 :**

entretien n°d = B-

**Formulaire de consentement :**

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Pour participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document.

**Titre du projet :** Le projet est un mémoire de recherche en ergothérapie concernant l'éducation thérapeutique auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique réalisé par Mme FLATOT Mathilde de l'IFPVPS (Institut de Formation Public Varois des Professionnels de Santé) de l'Institut de Formation d'Ergothérapie de La Garde.

**Modalité de l'entretien :** Votre participation sera requise pour une entrevue d'environ 20 min, sur laquelle vous serez questionné(e) en lien avec le projet de recherche.

**Droit de retrait sans préjudice :** Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice.

**Confidentialité, partage, surveillance et publication :** Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à vos renseignements sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche (Mme FLATOT Mathilde).

**Enregistrement :** Afin de retranscrire les informations, les entretiens seront enregistrés. Nous aimerions pouvoir utiliser les enregistrements, avec votre permission, pour le projet de recherche.

**Autorisation de consentement pour le projet de recherche :**

Je soussigné(e) B (Nom, Prénom), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature : 

Fait à M le 29/4/2018



**Annexe 8 : Verbatim de l'entretien 1 :**

1 *MF : Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?*

2 *À : Pour moi bien, très bien.*

3 *MF : D'accord, mais est-ce que vous pouvez approfondir sur ce que vous avez fait en*  
4 *ergothérapie ?*

5 *À : J'ai appris beaucoup de choses, j'ai appris déjà bon, enfin j'ai tout appris, tout ce que je ne*  
6 *savais pas : sur le dos, sur la pathologie, sur les traitements qu'il fallait prendre, les gestes et*  
7 *postures qu'il fallait faire. Voilà, j'ai appris tout ça.*

8 *MF : D'accord, vous retenez alors les apprentissages, mais quelle était l'organisation des*  
9 *séances d'ergothérapie, aussi bien au début, au milieu ou à la fin de l'intervention ?*

10 *À : Comme je vous l'ai dit, j'ai appris les gestes du quotidien qu'il fallait faire pour éviter la*  
11 *récidive du dos.*

12 *MF : D'accord*

13 *À : Oui, j'ai énormément appris.*

14 *MF : Comment ses apprentissages se sont-ils installés dans votre activité de la vie*  
15 *quotidienne ? Comment ont-ils été apportés ?*

16 *À : À force de les répéter quotidiennement, car je faisais les séances de 8h30 à 12h donc 4h par*  
17 *jour. Voilà, donc tout cela, au bout de 6 mois quand même, ça m'est rentré dans la tête. Donc*  
18 *comme je vous disais, j'ai vraiment appris les gestes qu'il fallait faire et les gestes qu'il fallait*  
19 *éviter. J'ai fait plusieurs fois l'école du dos, l'école du rachis et donc ça a fini par rentrer dans*  
20 *la tête.*

21 *MF : D'accord, donc la répétition vous a permis d'apprendre, mais est-ce que les postures,*  
22 *c'est vous les avez essayées avant même que l'ergothérapeute vous les présente ?*

23 *À : Non, moi je ne les connaissais pas du tout c'est eux qui me les ont appris et réappris et*  
24 *réappris : c'est justement comme ça que c'est entré dans ma tête. Mais c'est vrai que*  
25 *maintenant, je les utilise machinalement. Alors qu'avant, je ne connaissais même pas les*  
26 *positions qu'il fallait adopter.*

27 *MF : D'accord, et chez vous est ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance*  
28 *d'ergothérapie ?*

29 *À : Oui, exactement, je les pratique et je fais vraiment exactement ce que j'ai appris : les fentes,*  
30 *les flexions, pour soulever les poids, pour aller faire les courses, comment faire les courses,*  
31 *comment porter les paquets, comment porter le sac à dos dans le dos... Enfin j'ai vraiment appris*  
32 *un tas de choses. Mais aussi, comment m'allonger, comment me lever, comment m'asseoir.*

33 *MF : Oui, donc vraiment toutes les postures utiles au quotidien.*

34 *À : Oui, tout ce qu'il fallait faire pour éviter les douleurs au dos et, les problèmes de dos.*

35 *MF : D'accord, donc tout cela a été fait au fur et à mesure de l'intervention en ergothérapie ?*

36 *À : Oui, il m'a fallu quand même plusieurs mois pour apprendre et vraiment les intégrer parce*  
37 *que ce n'était pas évident.*

38 *MF : Donc la actuellement, vous vous servez de tout ce que vous avez appris à domicile ?*

39 *À : Absolument, tout à fait, je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités :*  
40 *les courses, quand je fais des travaux à la maison, comment me baisser, comment me relever,*  
41 *soulever des poids. Voilà, j'ai tout appris et cela m'a été très utile. Et maintenant, je continue*  
42 *encore à renforcer mon dos et je n'arrêterai pas en sortant d'ici.*

43 *MF : Oui, car là, vous avez encore des séances c'est ça ?*

44 *À : Oui j'ai encore des séances.*

45 *MF : D'accord, donc vous continuez chez vous et est-ce qu'à votre domicile vous essayez de*  
46 *faire plus que ce que l'on vous apprend ici ?*

47 *À : Oui bien-sûr, maintenant j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus.*

48 *MF : Très bien. Je continue là-dessus, quels sont pour vous, les effets de réaliser des activités ?*

49 *À : Cela a surtout été positif, car avant j'avais peur de me baisser, je ne pouvais plus faire la*  
50 *vaisselle, je ne pouvais plus me faire à manger tout seul, je ne pouvais plus m'habiller et j'avais*  
51 *peur de me baisser et j'avais des douleurs. Et maintenant, ça va beaucoup mieux, c'est de mieux*  
52 *en mieux. Je peux me faire à manger, j'arrive à faire des machines à laver, je reprends les gestes*  
53 *que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos. Donc, c'est vrai que je suis content,*  
54 *c'est bénéfique pour moi, je suis content, oui, je suis heureux même. Je suis heureux de pouvoir*  
55 *enfin revivre normalement, c'est vraiment valorisant, car ça n'était pas évident. Quand j'ai été*  
56 *opéré, je me suis dit c'est bon, je suis foutu, je ne pourrai plus du tout faire ce que je faisais*  
57 *avant, je ne pourrai plus faire le travail que je faisais avant. Mais maintenant, c'est vrai que*  
58 *j'arrive à peu près à vivre normalement, même si je sais que je ne pourrai plus reprendre mon*  
59 *métier de mécanicien, car je ne pourrai plus soulever la boîte à vitesse, de poids trop lourd. Il y*  
60 *a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai*  
61 *faire des petits travaux, peut-être, pour l'instant je ne sais pas donc, il va falloir que je m'oriente*  
62 *vers autre chose.*

63 *MF : D'accord, et quand, vous réalisez des activités à domicile, quel est votre niveau*  
64 *d'assurance face à celles-ci ?*

65 *A : c'est-à-dire ?*

66 *MF : J'entends par là, est-ce que vous êtes confiant ?*

67 A : J'ai toujours des appréhensions quand même.

68 *MF : Mais, vous la réalisez ?*

69 A : Oui, je la réalise, mais je fais très attention parce que l'appréhension est toujours là. Oui,  
70 depuis que je suis là, elles ont énormément diminuées mais restent présentes, elles sont toujours  
71 là, je vous ne le cache pas. J'ai toujours peur quand même, de récidiver, d'avoir des douleurs.  
72 Actuellement, j'ai toujours les traitements, parce qu'on m'a dit que la douleur était chronique  
73 pour l'instant. Mais bon, disons que pour les gestes, c'est déjà ça, ça va beaucoup mieux.  
74 Maintenant, comme je vous ai dit avant, je ne pouvais même plus aller en courses, et maintenant  
75 je peux. Disons, que je reprends goût à la vie donc c'est très positif.

76 *MF : Vous reprenez goût à la vie, et est-ce que, de vous-même, pendant les séances ou chez*  
77 *vous, vous vous dites : allé j'essaie de faire cette activité, tout en faisant attention bien-sûr mais*  
78 *j'en suis capable, je peux le faire ? Vous ne l'avez pas vu en ergothérapie ou vous ne l'avez pas*  
79 *travaillé, mais j'essai, je la réalise ?*

80 A : Oui, moi j'ai déjà essayé de faire bien-sûr de moi-même, en gardant toujours en tête tout ce  
81 que j'ai appris, mais oui, j'ai déjà fait, ça m'est déjà arrivé. C'est ce qu'il faut, sinon je ne fais  
82 plus beaucoup de choses et ce n'est pas le but. Ça fait 6mois que je travaille, que je suis ici, que  
83 je ne manque aucune séance, c'est justement pour apprendre des choses, réaliser des activités  
84 et aller de l'avant. J'essaie de faire même autre chose, mais je garde bien en tête les choses que  
85 j'ai apprises : les bonnes postures, les bons gestes. Avant, je ne pouvais plus faire de la moto,  
86 enfin j'ai des loisirs, comme la moto, comme la pêche, que je veux refaire. Et je me dis que je  
87 vais essayer quand même de reprendre tout cela, car il n'y a pas que le travail, il y a aussi les  
88 loisirs qui sont très importants. Avant, je faisais beaucoup de sports comme du tennis, et je ne  
89 pouvais plus le faire, alors il y a des loisirs que je dois éviter, je le sais, mais d'autres, que je  
90 peux encore faire donc il faut que je me réadapte.

91 *MF : Est-ce que vous avez des éléments à préciser en ce qui concerne l'ergothérapie ?*

92 A: Non, moi j'ai été très content de faire de l'ergothérapie, car, comme je vous l'ai dit j'ai appris  
93 énormément de choses sur les postures. J'ai bien travaillé, aussi bien avec les ergothérapeutes,  
94 les médecins que les kinésithérapeutes, ils ont été supers, compréhensifs, attentifs, gentils, voilà  
95 c'est tout ce que j'ai à dire.

**Annexe 9 : Verbatim de l'entretien 2 :**

1 *MF : Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?*

2 *B : Alors j'ai été pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, mais avec l'ergothérapeute,*  
3 *au départ, elle m'a posé des questions pour savoir ce que j'avais, ce que je ressentais, elle m'a*  
4 *aussi demandé qu'elle était mon métier, depuis quand j'étais en arrêt de travail...et, à mis au*  
5 *point quelques exercices très doux, au départ, pour me montrer que la priorité était d'abord le*  
6 *verrouillage de mon dos : chose que je n'avais jamais faite. Puis, petit à petit, elle a mis en place*  
7 *des activités en lien avec celles que l'on réalise tous les jours et que j'arrive de mieux en mieux*  
8 *à réaliser. Grâce à elle, j'avais plus confiance en moi.*

9 *MF : Qu'avez-vous fait en début de suivi en ergothérapie, au milieu et à la fin de*  
10 *l'intervention ?*

11 *B : Alors moi, je n'ai pas terminé encore, mais au début, des activités plus simples comme*  
12 *repandre à marcher sur un terrain qui n'est pas plat, puis on a commencé les activités comme*  
13 *monter et descendre de la voiture : chose que je ne faisais plus, mon positionnement dans la*  
14 *voiture : la façon dont j'étais de mieux pour prendre plus conscience de mon corps, de la façon*  
15 *dont j'étais le mieux installée. Il faut verrouiller le dos, je peux m'allonger avec les jambes un*  
16 *petit peu en l'air pour que je sois bien durant le trajet. Cela m'a beaucoup aidé, c'est ce que j'ai*  
17 *fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps. Après, ce qui est difficile au début*  
18 *s'est sortir de l'établissement en ayant dans la tête tout ce que l'on met au point, mais c'est*  
19 *disons du réel et de la mise en situation. De la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce*  
20 *que j'allais pouvoir faire. Maintenant, bon, c'est vrai que chez moi, j'ai mon environnement*  
21 *avec les escaliers qui sont assez pentues, qui descendent aux chambres. Mais c'est vrai que*  
22 *depuis les séances, je regarde beaucoup plus mon environnement : comment est mon évier, où*  
23 *est placée ma vaisselle... J'ai fait un peu un tour comme ça. Et puis, maintenant je prends plus*  
24 *régulièrement la voiture, côté passager bien sûr. La dernière fois, j'étais invitée et j'étais*  
25 *énormément à l'écoute de mon corps, en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise*  
26 *le dos bien droit... Je fais très attention à ce que l'on m'a dit, je ne vais pas non plus trop en*  
27 *faire. Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire, certes moins qu'avant, mais,*  
28 *j'ai essayé de faire ce que j'avais l'habitude de faire, c'est-à-dire, ne pas rester à table, mais*  
29 *aider à débarrasser, à aller dans la cuisine, descendre des escaliers pour aller dans le jardin...*  
30 *Et, j'étais, toujours pareil, grâce à tous les conseils, un peu moins raide.*

31 *MF : D'accord, et quand vous réalisez une activité, vous réfléchissez à ce que vous allez faire,*  
32 *où, cela vient spontanément ?*

33 *B : Alors, non, je ne peux pas dire que c'est spontané pour l'instant, j'y pense encore beaucoup.*  
34 *Alors il paraît qu'ensuite, les gestes vont s'intégrer à mon cerveau, mais pour le moment, j'y*  
35 *pense. Je pense à chaque geste que je fais, c'est pour cela que je vous dis que parfois je suis*  
36 *raide, et non, dans l'action. Instinctivement, j'ai besoin de réfléchir encore un peu parce*  
37 *qu'aussi j'ai un caractère et je pense que cela dépend de chacun. Moi je suis assez peureuse*  
38 *donc je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre. Je ne peux pas me dire, je*  
39 *fais, j'essaye, et, on verra bien. Non moi je ne suis pas comme ça, je suis très scolaire donc ça*  
40 *je pense que ça joue. Et puis, je ne suis pas très sportive au départ donc, ça joue aussi. Donc*  
41 *comme je vous disais, je suis un peu raide donc dans ma tête, je dois suivre correctement ce que*  
42 *l'on m'a dit de faire : je suis scolaire.*

43 *MF : Qu'avez-vous appris pendant les séances d'ergothérapie ?*

44 *B : Alors, j'ai appris beaucoup de choses. Mais ce que j'ai appris, alors, qu'il fallait, pour éviter*  
45 *d'avoir mal au dos, éviter certaines positions à tout prix, positions que je pouvais faire en*  
46 *verrouillant mon dos. Oui, certaines positions que je ne dois plus faire : se pencher en avant, en*  
47 *arrière, vriller mon corps, voilà ça je sais que je ne dois pas le faire. Et après le reste, j'ai appris*  
48 *aussi que je pourrai faire certaines choses alors que pour mon cerveau, ça allait être fini pour*  
49 *moi, que je ne pourrai plus le faire. Donc cela m'a rassuré, on m'a aussi assuré que oui, je*  
50 *pourrai le faire et ça, c'est très important parce que sinon on se dit que l'on doit recommencer*  
51 *une autre vie et que tout est terminé. Et ça, c'est important aussi de tous nous rassurer.*

52 *MF : Comment ça de tous vous rassurer ?*

53 *B : De rassurer le groupe complet. C'est très important que l'on soit ensemble, moi je vois, j'ai*  
54 *notamment noué des liens d'amitié avec une dame, et, en sortant, avec le groupe on discute*  
55 *beaucoup et, on fait des échanges et c'est très appréciable. Moi, je préfère être avec tout le*  
56 *monde. Bon, après on fait des ateliers où, on est seule, mais, les ateliers de groupe sont tout*  
57 *aussi important. Après, c'est mon avis.*

58 *MF : D'accord. Chez vous, est-ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance*  
59 *d'ergothérapie ?*

60 *B : Oui, bien sûr que j'ai mis en pratique ce que j'ai appris. Mon lit, chez moi, est plus bas que*  
61 *les leurs, donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée. Après, faire mon lit, j'ai pris déjà*  
62 *certaines positions que je ne prenais pas avant : avant, je me penchais en avant alors que là,*  
63 *j'étais en position chevalier servant, car le lit est très bas. Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va*  
64 *lentement, mais, j'y arrive. Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense*

65 qu'après, avec l'habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela  
 66 deviendra des automatismes. Oui, et puis, je suis obligée de faire des choses, il y a mon mari,  
 67 mais je ne peux pas tout lui demander. Donc je fais, en pensant bien au verrouillage, porter les  
 68 charges près du corps, descendre des livres dans les escaliers en gardant bien les choses près de  
 69 moi, je fais même les machines à laver maintenant, que j'ai ensuite étendu, alors que je ne le  
 70 faisais plus du tout. Là, j'ai bien pensé à verrouiller en levant les bras. Donc voilà, je me suis  
 71 aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités. Mais, après, si on ne me l'avait  
 72 pas expliqué avant, je ne sais pas si je l'aurai fait, à moins de le lire dans les livres. Donc tout  
 73 cela m'aide beaucoup.

74 *MF : Selon vous, quels sont les effets de la réalisation d'une activité ?*

75 *B :* Alors c'est vrai que les effets figent dans tous les mouvements, et, la douleur elle prend la  
 76 tête tellement que l'on se sent plus capable de ne rien faire. La douleur, est là, présente sans  
 77 cesse et, vraiment, on ne pense qu'à cela. On ne peut vraiment pas penser à autre chose qu'à la  
 78 douleur tellement qu'elle est intense : donc une douleur horrible, comme une rage de dent,  
 79 comme une aiguille à tricoter que l'on aurait mis dans le feu et que l'on m'aurait enfoncé et  
 80 jusqu'au jour où je ne pouvais plus me déplacer, plus marcher donc pour moi, c'était fini. Je  
 81 pensais que je ne pourrai plus rien faire. Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on  
 82 peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant, je me dis que je marche.  
 83 Alors, quand je marche je me dis, si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout  
 84 ce que l'on nous a expliqué. Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité  
 85 professionnelle : je crois que je me suis mis ça en tête. Après, avec les activités proposées par  
 86 les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible, qu'il va falloir quand même que je réfléchisse  
 87 un peu à tout ce que je fais : ce qui m'inquiète, mais je sais que cela reviendra, c'est de le faire  
 88 très rapidement. Et ça, il va falloir, car je ne peux pas être trop raide, au travail je n'ai pas le  
 89 droit de prendre trop mon temps. Donc il faut qu'il y ait une rapidité dans l'action, que cela soit  
 90 plus fluide. Mais cela, je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils. Là, je fais,  
 91 mais un peu comme un robot. Mais je vais vous dire, pour moi c'est quand même un deuil de  
 92 notre personne. Après je me dis que ça arrive à d'autre et je ne suis pas la seule, dans le groupe  
 93 on est 5, 6 donc je ne suis pas la seule qui a ressenti cela et puis, c'est arrivé également à ma  
 94 fille. Et je vois, avec le recul, en 4 ans, elle, elle a des gestes qui sont devenus automatiques : le  
 95 verrouillage.... Et même dans le groupe je vois les gestes qu'ils font eux, quand ils viennent  
 96 me dire bonjour, et qu'ils sont plus grands, ils se baissent sur les jambes et ne se penchent pas  
 97 en avant. Tout cela, je l'ai observé et je l'ai vu.

98 *MF : Comment vivez-vous la réalisation d'une activité ?*

99 *B* : Comme je vous l'ai dit, l'ergothérapeute m'a beaucoup aidé, on a beaucoup pratiqué, essayé  
100 et appris énormément de choses donc là, quand je suis chez moi, certes on n'a pas passé en  
101 revue toutes les activités donc, j'essaie. Mais, parfois je demande à mon mari qu'il vienne  
102 m'aider. Je ne veux pas pour l'instant prendre trop de risque.

103 *MF* : *Face à une activité, quel est votre niveau d'assurance ?*

104 *B* : En fait, j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même,  
105 mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela  
106 allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux et que je peux, au  
107 fur et à mesure, réaliser des activités. Donc oui, avant de réaliser une activité, au départ, je veux,  
108 dans ma tête, je veux y arriver, je ne me dis pas, que je fais sans pouvoir. Au début oui, je me  
109 serais dit, je ne peux pas y arriver. Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux  
110 conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver.

111 *MF* : *Je vous remercie, avez-vous des éléments à préciser en ce qui concerne l'ergothérapie*  
112 *auprès de vous ?*

113 *B* : Oui, ce que je peux dire c'est que, oui, les mises en situation sont essentielles, car de suite,  
114 j'ai repéré les activités que je pratiquais, mon environnement était relativement présent dans  
115 ma tête. Le seul problème, comme je vous ai dit, c'est la rapidité du geste. Mais je sais que,  
116 quand je vais voir, sous mon bureau les cartons d'archives, je vais penser à l'ergothérapeute.  
117 Donc oui, les mises en situations sont très importantes, quel que soit la mise en situation.  
118 Comme, quand je sors à l'extérieur pour faire des activités, et que je marche, je me suis dit,  
119 faire des activités à l'intérieur c'est bien, enfin il faut commencer par cela. Mais, le fait de sortir,  
120 de n'être plus dans le cadre médicalisé, que voir que dehors, c'est la vie, et que je peux y arriver,  
121 alors là, ça m'a également redonné confiance en moi. Oui, car je vois que maintenant je peux  
122 refaire des choses, comme faire une longue marche, car j'adore marcher, et j'y arriverai et ça  
123 sera quelque chose qui me plait et que je pourrai encore faire. Et cela, c'est bon pour le moral,  
124 pouvoir continuer pour vivre. Moi, les activités ont été des déclics, une reprise d'activités. Vous  
125 savez une fois on a marché sur un terrain vallonné, cela m'a fait énormément de bien, car  
126 j'habite un peu dans la colline, je me suis dit que je peux aller marcher, car sinon, je ne serais  
127 restée que sur ma terrasse, j'aurai fait des tours sur ma terrasse, pour dire que je marche, mais  
128 jamais j'aurai pris l'initiative d'aller dans des chemins de terre. De l'avoir fait, ça a été très bien  
129 pour moi. Après, j'ai quand même ce sentiment en moi de deuil, un petit deuil, peut-être parce  
130 que je suis très sensible.

**Annexe 10 : Catégorisation des indicateurs pour les variables :**

<b>Variable indépendante : apprentissage expérientiel</b>	
<b>Participation active</b>	- mise en situation, questionnement, acteur, volontaire, assiduité, cherche techniques compensatrices
<b>4 étapes : expérience concrète, observation réfléchie, conceptualisation abstraite et expérimentation active</b>	- Situations problèmes, Réflexion sur les possibilités pour résoudre la situation, Transfert : réalisation de nouvelles activités, Moyen de compensation / technique compensatrice, Capacité de réaliser de nouveau des activités, questionnement personnel, mise en pratique des apprentissages
<b>Apprentissage</b>	- Questionnement personnel / réflexion personnelle, Autoévaluation, Évaluations intermédiaires par l'ergothérapeute, Apprentissage, Acquisition (compétences / savoir-faire), Sensation d'acquisition, Apprentissage de postures, positionnement, techniques, Éducation du patient
<b>Transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être</b>	- Échange avec l'ergothérapeute, Essai / erreur, Prise de conscience d'apprentissage, Retranscription des apprentissages, Application des conseils de l'ergothérapeute, Assimilation de l'information provenant de l'ergothérapeute, Mise en pratique des apprentissages
<b>Variable dépendante : sentiment d'efficacité personnelle</b>	
<b>Expérience analysée comme une réussite, croyance dans la capacité à apprendre</b>	- Augmentation du sentiment d'efficacité, Activité réussie ou non Réussite, Adaptation de l'activité, Réflexion sur l'activité, Croyance en ses capacités, nécessite des apprentissages
<b>Efforts fournis et éventuellement augmentés pour la réalisation d'activité</b>	- Augmentation des capacités, jugement des efforts à fournir selon le niveau de difficulté
<b>Associe l'échec à un manque d'investissement ou de connaissances pouvant être acquis</b>	- Effort suffisant, suffisamment de connaissances, capacité de jugement
<b>Aborde les situations difficiles avec assurance, car il les contrôle</b>	- Capacité de contrôle, assurance en leurs capacités, apprentissages, effort, réalisable, volontaire



## Annexe 11 : Catégorisation de la variable indépendante pour l'entretien 1 :

<i>Ligne</i>	<i>Iden-tité</i>	<i>Réponses</i>	<i>Lien indicateurs</i>
1	MF	Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?	
2	A	Pour moi bien, très bien.	L'échange entre le patient et l'ergothérapeute a été pour lui, très bénéfique.
3-4	MF	D'accord, mais est-ce que vous pouvez approfondir sur ce que vous avez fait en ergothérapie ?	
5-7	A	J'ai appris beaucoup de choses, j'ai appris déjà bon, enfin j'ai tout appris, tout ce que je ne savais pas : sur le dos, sur la pathologie, sur les traitements qu'il fallait prendre, les gestes et postures qu'il fallait faire. Voilà, j'ai appris tout ça.	M. a beaucoup appris durant les séances d'ergothérapie. Aussi bien, sur l'anatomie, sa pathologie, les traitements médicamenteux et l'éducation gestuelle. M. A a conscience d'avoir appris beaucoup grâce à l'ergothérapie, puisqu'il n'avait, au préalable aucune connaissance sur le sujet.
8-9	MF	D'accord, vous retenez alors les apprentissages, mais quel était l'organisation des séances d'ergothérapie, aussi bien au début, au milieu ou à la fin de l'intervention ?	
10-11	A	Comme je vous l'ai dit, j'ai appris les gestes du quotidien qu'il fallait faire pour éviter la récurrence du dos.	L'éducation gestuelle s'est notamment orientée sur les gestes du quotidien. Les apprentissages réalisés lui ont permis de prendre conscience de ce qu'il fallait ou non faire pour son bien.
12	MF	D'accord	
13	A	Oui, j'ai énormément appris.	Prise de conscience des apprentissages
14-15	MF	Comment ses apprentissages se sont-ils installés dans votre activité de la vie quotidienne ? Comment ont-ils été apportés ?	
16-20	A	À force de les répéter quotidiennement, car je faisais les séances de 8h30 à 12h donc 4h par jour. Voilà, donc tout cela, au bout de 6 mois quand même, ça m'est rentré dans la tête. Donc comme je vous disais, j'ai vraiment appris les gestes qu'il fallait faire et les gestes qu'il fallait éviter. J'ai	Il est volontaire, déterminé et assidu dans sa rééducation. L'accompagnement quotidien l'a emmené à réaliser beaucoup de répétitions. M. A a de nombreuses fois répétés les mouvements pour les assimiler. La répétition permet l'apprentissage des gestes pour, devenir des automatismes.

		fait plusieurs fois l'école du dos, l'école du rachis et donc ça a fini par rentrer dans la tête.	Les différents moyens mis en place par l'ergothérapeute a permis à M. A d'assimiler les informations et de les mettre en pratique.
21-22	MF	D'accord, donc la répétition vous a permis d'apprendre, mais est-ce que les postures, c'est vous les avez essayées avant même que l'ergothérapeute vous les présente ?	
23-26	A	A : Non, moi je ne les connaissais pas du tout c'est eux qui me les ont appris et réappris et réappris : c'est justement comme ça que c'est entré dans ma tête. Mais c'est vrai que maintenant, je les utilise machinalement. Alors qu'avant, je ne connaissais même pas les positions qu'il fallait adopter.	Initialement, il ne connaissait aucune technique, puis il a pu, en les répétant les intégrer. Désormais, les mouvements appris sont devenus des automatismes. M. A n'avait aucune connaissance au préalable, la répétition de la gestuelle lui a permis d'accroître ses connaissances pour protéger son dos. L'échange avec les différents professionnels et notamment l'ergothérapeute prouve une efficacité dans les apprentissages.
27-28	MF	D'accord, et chez vous, est ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance d'ergothérapie ?	
29-32	A	Oui, exactement, je les pratique et je fais vraiment exactement ce que j'ai appris : les fentes, les flexions, pour soulever les poids, pour aller faire les courses, comment faire les courses, comment porter les paquets, comment porter le sac à dos dans le dos...Enfin j'ai vraiment appris un tas de choses. Mais aussi, comment m'allonger, comment me lever, comment m'asseoir.	La réalisation d'activités de la vie quotidienne est possible, car, outre son volontarisme, M. A met en pratique les apprentissages et les techniques compensatrices vus en séances d'ergothérapie. Il applique scrupuleusement les conseils prodigués lors des séances d'ergothérapie. L'éducation gestuelle concernant les gestes et postures à adopter, lui a permis de réaliser de nouveau les activités de la vie quotidienne. Les apprentissages réalisés, en lien avec l'ergothérapeute permettent désormais à M. A de se mettre en situation et de réaliser les activités de la vie quotidienne.
33	MF	Oui, donc vraiment toutes les postures utiles au quotidien.	
34	A	Oui, tout ce qu'il fallait faire pour éviter les douleurs au dos et, les problèmes de dos.	Les séances lui ont permis d'appréhender les gestes et postures possibles ou non lors des activités de la vie quotidienne. Mais aussi, pour ne pas entretenir la douleur accentuer la pathologie. Transformation des savoirs : les mauvaises postures sont remplacées : prise de conscience

## XXXVIII

35	MF	D'accord, donc tout cela a été fait au fur et à mesure de l'intervention en ergothérapie ?	
36-37	A	Oui, il m'a fallu quand même plusieurs mois pour apprendre et vraiment les intégrer parce que ce n'était pas évident.	Même si, la rééducation dure « plusieurs mois », M. A est resté volontaire et assidu lors des séances d'ergothérapie. La durée de la rééducation est essentielle, car, certaines choses étaient au préalable difficiles. La rééducation sur la durée lui a permis d'acquérir des automatismes. La durée de l'accompagnement est importante pour essayer les conseils prodigués par l'ergothérapeute et les assimiler.
38	MF	Donc la actuellement, vous vous servez de tout ce que vous avez appris à domicile ?	
39-42	A	Absolument, tout à fait, je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités : les courses, quand je fais des travaux à la maison, comment me baisser, comment me relever, soulever des poids. Voilà, j'ai tout appris et cela m'a été très utile. Et maintenant, je continue encore à renforcer mon dos et je n'arrêterai pas en sortant d'ici.	M. A est acteur dans sa rééducation, car il poursuit cela à son domicile. Désormais, reproduit les apprentissages fait en séance à son domicile pour les activités de la vie quotidienne. M. A, a conscience que les apprentissages, fait lors des séances lui ont permis d'appréhender toutes les activités de la vie quotidienne auxquelles il doit faire face. M. A a conscience d'avoir appris des choses durant les séances, utiles pour réaliser les activités de la vie quotidienne.
43	MF	Oui, car là, vous avez encore des séances c'est ça ?	
44	A	Oui j'ai encore des séances.	
45-45	MF	D'accord, donc vous continuez chez vous et est-ce qu'à votre domicile vous essayez de faire plus que ce que l'on vous apprend ici ?	
47	A	Oui bien-sûr, maintenant j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus.	Il se place acteur de sa rééducation en essayant de réaliser de nouvelles activités : « j'essaye de faire plus ». Capacité de réaliser de nouveau des activités : Désormais, M. A a repris en partie ses activités, et essaie d'en réaliser de nouvelles. Les apprentissages lui ont permis d'acquérir des compétences et des savoir-faire. M. A met en pratique ce qu'il a appris durant les séances.

48	MF	Très bien. Je continue là-dessus, quels sont pour vous, les effets de réaliser des activités ?	
49-62	A	<p>Cela a surtout été positif, car avant j'avais peur de me baisser, je ne pouvais plus faire la vaisselle, je ne pouvais plus me faire à manger tout seul, je ne pouvais plus m'habiller et j'avais peur de me baisser et j'avais des douleurs. Et maintenant, ça va beaucoup mieux, c'est de mieux en mieux. Je peux me faire à manger, j'arrive à faire des machines à laver, je reprends les gestes que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos. Donc, c'est vrai que je suis content, c'est bénéfique pour moi, je suis content, oui, je suis heureux même. Je suis heureux de pouvoir enfin revivre normalement, c'est vraiment valorisant, car ça n'était pas évident. Quand j'ai été opéré, je me suis dit c'est bon, je suis foutu, je ne pourrai plus du tout faire ce que je faisais avant, je ne pourrai plus faire le travail que je faisais avant. Mais maintenant, c'est vrai que j'arrive à peu près à vivre normalement, même si je sais que je ne pourrai plus reprendre mon métier de mécanicien, car je ne pourrai plus soulever la boîte à vitesse, de poids trop lourd. Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux, peut-être, pour l'instant je ne sais pas donc, il va falloir que je m'oriente vers autre chose.</p>	<p>Réalisation d'activités de la vie quotidienne</p> <p>Initialement, M. A éprouvait des difficultés et appréhendait pour les réaliser les mouvements et les activités de la vie quotidienne. Désormais, il a repris une partie de ses activités. Cependant, les activités concernant la productivité et notamment le travail, reste des situations problématiques auxquelles, il tente de réfléchir pour des résoudre éventuellement la situation.</p> <p>Acquisition de compétences, savoir-faire</p> <p>M. A est satisfait des séances et des apprentissages réalisés avec l'ergothérapeute. Il arrive à différencier les capacités et incapacités qu'il a, ce qu'il reste à réaliser.</p>
63-64	MF	D'accord, et quand, vous réalisez des activités à domicile, quel est votre niveau d'assurance face à celles-ci ?	
65	A	C'est-à-dire ?	
66	MF	J'entends par là, est-ce que vous êtes confiant ?	
67	A	J'ai toujours des appréhensions quand même.	
68	MF	Mais, vous la réalisez ?	

69-75	A	<p>Oui, je la réalise, mais je fais très attention parce que l'appréhension est toujours là. Oui, depuis que je suis là, elles ont énormément diminuées, mais elles restent présentes, elles sont toujours là, je vous ne le cache pas. J'ai toujours peur quand même, de récidiver, d'avoir des douleurs. Actuellement, j'ai toujours les traitements, parce qu'on m'a dit que la douleur était chronique pour l'instant. Mais bon, disons que pour les gestes, c'est déjà ça, ça va beaucoup mieux. Maintenant, comme je vous ai dit avant, je ne pouvais même plus aller en courses, et maintenant je peux. Disons, que je reprends goût à la vie donc c'est très positif.</p>	<p>L'appréhension de M. A pour les activités de la vie quotidienne, et, la douleur toujours présente l'oblige à prendre un traitement médicamenteux. Cependant, M. A, grâce aux apprentissages a pu trouver des techniques compensatrices.</p> <p>Acquisition de savoir-faire, de compétences en mettant en pratique ses apprentissages</p> <p>Même si M. A appréhende pour réaliser les activités de la vie quotidienne, la prise de conscience de ses capacités lui permet de nouveau de les réaliser. Ce qui est pour lui, un aspect très positif.</p>
76-79	MF	<p>Vous reprenez goût à la vie, et est-ce que, de vous-même, pendant les séances ou chez vous, vous vous dites : allé j'essaie de faire cette activité, tout en faisant attention bien-sûr mais j'en suis capable, je peux le faire ? Vous ne l'avez pas vu en ergothérapie ou vous ne l'avez pas travaillé, mais j'essai, je la réalise ?</p>	
80-90	A	<p>Oui, moi j'ai déjà essayé de faire bien-sûr de moi-même, en gardant toujours en tête tout ce que j'ai appris, mais oui, j'ai déjà fait, ça m'est déjà arrivé. C'est ce qu'il faut, sinon je ne fais plus beaucoup de choses et ce n'est pas le but. Ça fait 6mois que je travaille, que je suis ici, que je ne manque aucune séance, c'est justement pour apprendre des choses, réaliser des activités et aller de l'avant. J'essaie de faire même autre chose, mais je garde bien en tête les choses que j'ai apprises : les bonnes postures, les bons gestes. Avant, je ne pouvais plus faire de la moto, enfin j'ai des loisirs,</p>	<p>M. A est très assidu en ergothérapie il « ne manque aucune séance ». De plus, sa volonté lui permet de réaliser de nouveau ses loisirs grâce à l'utilisation de techniques compensatrices. Son assiduité et son volontarisme sont autant d'atout lui permettant d'être acteur de sa rééducation.</p> <p>M. A tente de réaliser de nouveau ses activités de la vie quotidienne, en gardant bien en tête, les gestes utiles : cela montre, une réflexion sur les possibilités de résoudre une situation, devenu problématique et une mise en pratique des apprentissages. Tout comme les loisirs, M. A a conscience que certaines activités ne sont plus possibles.</p>

		comme la moto, comme la pêche, que je veux refaire. Et je me dis que je vais essayer quand même de reprendre tout cela, car il n'y a pas que le travail, il y a aussi les loisirs qui sont très importants. Avant, je faisais beaucoup de sports comme du tennis, et je ne pouvais plus le faire, alors il y a des loisirs que je dois éviter, je le sais, mais d'autres, que je peux encore faire donc il faut que je me réadapte.	Cependant, les séances d'ergothérapie lui permettent d'appréhender autrement la situation, en réfléchissant et en essayant d'y faire face. M. A a appris énormément de choses notamment sur la gestuelles à utiliser pour les activités. M. A essaye de participer activement aux activités de la vie quotidienne, tout en conservant les apprentissages réalisés lors des séances.
91	MF	Est-ce que vous avez des éléments à préciser en ce qui concerne l'ergothérapie ?	
92-95	A	Non, moi j'ai été très content de faire de l'ergothérapie, car, comme je vous l'ai dit j'ai appris énormément de choses sur les postures. J'ai bien travaillé, aussi bien avec les ergothérapeutes, les médecins que les kinésithérapeutes, ils ont été supers, compréhensifs, attentifs, gentils, voilà c'est tout ce que j'ai à dire.	Le travail fourni par M. A a été, selon lui, très productif : acteur. Apprentissages sur les postures ++ M. A est content d'avoir rencontré l'équipe pluridisciplinaire et notamment les ergothérapeutes. L'ergothérapie a été pour lui très utile et, en a conscience.

## Annexe 12 : Catégorisation de la variable indépendante pour l'entretien 2 :

<i>Lignes</i>	<i>Identité</i>	<i>Réponses</i>	<i>Analyse</i>
1	MF	Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?	
2-8	B	Alors j'ai été pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, mais avec l'ergothérapeute, au départ, elle m'a <b>posé des questions</b> pour savoir ce que j'avais, <b>ce que je ressentais</b> , elle m'a aussi demandé qu'elle était mon métier, depuis quand j'étais en arrêt de travail...et, à <b>mis au point</b> quelques exercices très doux, au départ, pour me montrer que la <b>priorité était d'abord le</b> verrouillage de mon dos : <b>chose que je n'avais jamais faite</b> . Puis, <b>petit à petit</b> , elle a mis en place des <b>activités en lien avec</b> celles que l'on réalise tous les jours et que j'arrive de <b>mieux en mieux à réaliser</b> . Grâce à elle, j'avais plus confiance en moi.	B a été questionné par l'ergothérapeute pour réaliser un recueil de données afin d'adapter progressivement son plan d'intervention et permettre à B de se mettre en situation. Les conseils prodigués par l'ergothérapeute permettent à B de réaliser plus facilement les activités. B acquiert progressivement des compétences grâce à l'évolution des difficultés des séances d'ergothérapie L'échange avec l'ergothérapeute a permis de cibler les difficultés de B pour orienter le processus d'intervention et développer les <b>capacités de B dans les activités de la vie quotidienne</b> .
9-10	MF	Qu'avez-vous fait en début de suivi en ergothérapie, au milieu et à la fin de l'intervention ?	
11-30	B	Alors moi, je n'ai pas terminé encore, <b>mais au début</b> , <b>des activités plus simples</b> comme reprendre à marcher sur un terrain qui n'est pas plat, puis on a commencé les activités comme monter et descendre de la voiture : <b>chose que je ne faisais plus</b> , <b>mon positionnement dans la voiture</b> : la façon dont j'étais de mieux pour <b>prendre plus conscience de mon corps</b> , de la façon dont j'étais le mieux installée. <b>Il faut verrouiller le dos</b> , je peux m'allonger avec les jambes un petit peu en l'air pour que je sois bien durant le trajet. <b>Cela m'a beaucoup aidé</b> , c'est ce que j'ai fait <b>de nouveau</b> , que je n'avais pas fait depuis très longtemps. Après, <b>ce qui est difficile</b> au début s'est sortir de l'établissement en ayant dans la tête tout ce que l'on met au point, <b>mais c'est disons du réel</b> et de la mise en situation. De la mise en situation sur ce que <b>j'avais appris</b> et ce que j'allais pouvoir faire. Maintenant, bon, c'est vrai que chez moi, j'ai mon	La difficulté progressive des activités proposées en ergothérapie, permettent à B de prendre conscience de ce qu'elle peut réaliser et d'être plus acteur. Les questionnements et les apprentissages, permettent à B de réaliser de nouveau des activités. Les difficultés rencontrées au préalable des séances d'ergothérapie par B, semblent atténuées, mais restent néanmoins présentes. L'ergothérapeute a réalisé, au travers de conseils, une éducation du patient dans certaines activités de la vie quotidienne. Cela a permis à B d'apprendre et de retranscrire dans son environnement.

		<p>environnement avec les escaliers qui sont assez pentues, qui descendent aux chambres. Mais c'est vrai que depuis les séances, je regarde beaucoup plus mon environnement : comment est mon évier, où est placée ma vaisselle... J'ai fait un peu un tour comme ça. Et puis, maintenant je prends plus régulièrement la voiture, côté passager bien sûr. La dernière fois, j'étais invitée et j'étais énormément à l'écoute de mon corps, en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise le dos bien droit... Je fais très attention à ce que l'on m'a dit, je ne vais pas non plus trop en faire. Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire, certes moins qu'avant, mais, j'ai essayé de faire ce que j'avais l'habitude de faire, c'est-à-dire, ne pas rester à table, mais aider à débarrasser, à aller dans la cuisine, descendre des escaliers pour aller dans le jardin... Et, j'étais, toujours pareil, grâce à tous les conseils, un peu moins raide.</p>	<p>Les conseils prodigués par l'ergothérapeute et les mises en situation permettent à B de mettre en application les apprentissages dans son environnement.</p>
31-32	MF	<p>D'accord, et quand vous réalisez une activité, vous réfléchissez à ce que vous allez faire, où, cela vient spontanément ?</p>	
33-42	B	<p>Alors, non, je ne peux pas dire que c'est spontané pour l'instant, j'y pense encore beaucoup. Alors il paraît qu'ensuite, les gestes vont s'intégrer à mon cerveau, mais pour le moment, j'y pense. Je pense à chaque geste que je fais, c'est pour cela que je vous dis que parfois je suis raide, et non, dans l'action. Instinctivement, j'ai besoin de réfléchir encore un peu parce qu'aussi j'ai un caractère et je pense que cela dépend de chacun. Moi je suis assez peureuse donc je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre. Je ne peux pas me dire, je fais, j'essaie, et, on verra bien. Non moi je ne suis pas comme ça, je suis très scolaire donc ça je pense que ça joue. Et puis, je ne suis pas très sportive au départ donc, ça joue aussi. Donc comme je vous disais, je suis un peu raide donc dans ma tête, je dois suivre correctement ce que l'on m'a dit de faire : je suis scolaire.</p>	<p>Pour agir, B a besoin de se poser des questions et, d'appliquer scrupuleusement les apprentissages fait en séance pour réaliser des activités.</p> <p>B a besoin de beaucoup de réflexion pour agir, mais semble, craintif à l'idée de réaliser des activités nouvelles. Le travail en amont et l'accord de l'ergothérapeute pour se mettre en action est essentiel.</p> <p>B a conscience des gestes à réaliser, cependant, elle pense ne pas les avoir encore intégrés.</p> <p>B reproduit conformément les apprentissages acquis lors des séances.</p>
43	MF	<p>Qu'avez-vous appris pendant les séances d'ergothérapie ?</p>	
44-51	B	<p>Alors, j'ai appris beaucoup de choses. Mais ce que j'ai appris, alors, qu'il fallait, pour éviter d'avoir mal au dos, éviter certaines positions à</p>	<p>Les apprentissages acquis par B lui permettent un transfert dans les activités de la vie quotidienne.</p>



		<p>tout prix, positions que je pouvais faire en verrouillant mon dos. Oui, certaines positions que je ne dois plus faire : se pencher en avant, en arrière, vriller mon corps, voilà ça je sais que je ne dois pas le faire. Et après le reste, j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses alors que pour mon cerveau, ça allait être fini pour moi, que je ne pourrai plus le faire. Donc cela m'a rassuré, on m'a aussi assuré que oui, je pourrai le faire et ça, c'est très important parce que sinon on se dit que l'on doit recommencer une autre vie et que tout est terminé. Et ça, c'est important aussi de tous nous rassurer.</p>	<p>Les apprentissages faits avec l'ergothérapeute ont permis à B de prouver qu'une reprise d'activités était possible. B a conscience d'avoir appris et, de les retranscrire dans son environnement.</p>
52	MF	<p>Comment ça de tous vous rassurer ?</p>	
53-57	B	<p>De rassurer le groupe complet. C'est très important que l'on soit ensemble, moi je vois, j'ai notamment noué des liens d'amitié avec une dame, et, en sortant, avec le groupe on discute beaucoup et, on fait des échanges et c'est très appréciable. Moi, je préfère être avec tout le monde. Bon, après on fait des ateliers où, on est seule, mais, les ateliers de groupe sont tout aussi importants. Après, c'est mon avis.</p>	<p>Pour B, les interactions du groupe sont bénéfiques. Les échanges avec le groupe favorisent aussi la transformation de savoirs.</p>
58-59	MF	<p>D'accord. Chez vous, est-ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance d'ergothérapie ?</p>	
60-73	B	<p>Oui, bien sûr que j'ai mis en pratique ce que j'ai appris. Mon lit, chez moi, est plus bas que les leurs, donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée. Après, faire mon lit, j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant : avant, je me penchais en avant alors que là, j'étais en position chevalier servant, car le lit est très bas. Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va lentement, mais, j'y arrive. Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela deviendra des automatismes. Oui, et puis, je suis obligée de faire des choses, il y a mon mari, mais je ne peux pas tout lui demander. Donc je fais, en pensant bien au verrouillage, porter les charges près du corps, descendre des livres dans les escaliers en gardant bien les choses près de moi, je fais même les machines à laver maintenant, que j'ai ensuite étendu, alors que je ne le faisais plus du tout. Là, j'ai bien pensé à verrouiller en levant les</p>	<p>B met en pratique les conseils prodigués par l'ergothérapeute, et, à conscience de leurs effets bénéfiques. Cependant, B a besoin de se mettre régulièrement en situation pour acquérir les automatismes et, prendre l'initiative de réaliser les activités à domicile. Après avoir eu les conseils et l'accord de l'ergothérapeute, B a acquis une réflexion sur les étapes à franchir pour réaliser une activité. Cependant, l'apport de l'ergothérapeute, au préalable de l'effort est nécessaire. B a appris beaucoup de choses pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Cependant, ces</p>

		<p>bras. Donc voilà, je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités. Mais, après, si on ne me l'avait pas expliqué avant, je ne sais pas si je l'aurai fait, à moins de le lire dans les livres. Donc tout cela m'aide beaucoup.</p>	<p>acquisitions ne sont pas encore intégrées et demande du temps.</p> <p>En réalisation les activités de la vie quotidienne, B se base sur les apprentissages faits lors des séances d'ergothérapie.</p>
74	MF	<p>Selon vous, quels sont les effets de la réalisation d'une activité ?</p>	
75-97	B	<p>Alors c'est vrai que les effets figent dans tous les mouvements, et, la douleur elle prend la tête tellement que l'on se sent plus capable de ne rien faire. La douleur, est là, présente sans cesse et, vraiment, on ne pense qu'à cela. On ne peut vraiment pas penser à autre chose qu'à la douleur tellement qu'elle est intense : donc une douleur horrible, comme une rage de dent, comme une aiguille à tricoter que l'on aurait mis dans le feu et que l'on m'aurait enfoncé et jusqu'au jour où je ne pouvais plus me déplacer, plus marcher donc pour moi, c'était fini. Je pensais que je ne pourrai plus rien faire. Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant, je me dis que je marche. Alors, quand je marche je me dis, si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué. Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle : je crois que je me suis mis ça en tête. Après, avec les activités proposées par les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible, qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais : ce qui m'inquiète, mais je sais que cela reviendra, c'est de le faire très rapidement. Et ça, il va falloir, car je ne peux pas être trop raide, au travail je n'ai pas le droit de prendre trop mon temps. Donc il faut qu'il y ait une rapidité dans l'action, que cela soit plus fluide. Mais cela, je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils. Là, je fais, mais un peu comme un robot. Mais je vais vous dire, pour moi c'est quand même un deuil de notre personne. Après je me dis que ça arrive à d'autres et je ne suis pas la seule, dans le groupe on est 5, 6 donc je ne suis pas la seule qui a ressenti cela et puis, c'est arrivé également à ma fille. Et je vois, avec le recul, en 4 ans, elle, elle a des gestes qui sont devenus</p>	<p>Les techniques compensatrices, les différents questionnements de B, lui permettent d'envisager et de reprendre, avec difficulté des activités de la vie quotidienne.</p> <p>La douleur est perçue pour B comme une sensation difficilement supportable. Pour pallier au déconditionnement physique, les conseils prodigués par l'ergothérapeute sont indispensables. Cependant, la mise en pratique des apprentissages est vécue comme un deuil pour B.</p> <p>Les séances d'ergothérapie ont permis à B de reprendre confiance en elle. Cependant, même si, elle a pris conscience de ses capacités, la réflexion permanente la restreint dans ses activités.</p> <p>B prend conscience des apprentissages réalisés en séance et, les applique scrupuleusement dans les activités de la vie quotidienne.</p>

		automatiques : le verrouillage.... Et même dans le groupe je vois les gestes qu'ils font eux, quand ils viennent me dire bonjour, et qu'ils sont plus grands, ils se baissent sur les jambes et ne se penchent pas en avant. Tout cela, je l'ai observé et je l'ai vu.	
98	MF	Comment vivez-vous la réalisation d'une activité ?	
99-102	B	Comme je vous l'ai dit, l'ergothérapeute m'a beaucoup aidé, on a beaucoup pratiqué, essayé et appris énormément de choses donc là, quand je suis chez moi, certes on n'a pas passé en revue toutes les activités donc, j'essaye. Mais, parfois je demande à mon mari qu'il vienne m'aider. Je ne veux pas pour l'instant prendre trop de risque.	Les mises en situation d'activités en ergothérapie ont permis à B d'apprendre et de reproduire les apprentissages. Les séances d'ergothérapie favorisent la reprise d'activités de B, mais, cette dernière reste craintive. Apport de l'ergothérapeute
103	MF	Face à une activité, quel est votre niveau d'assurance ?	
104-110	B	En fait, j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même, mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux et que je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités. Donc oui, avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver, je ne me dis pas, que je fais sans pouvoir. Au début oui, je me serais dit, je ne peux pas y arriver. Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver.	Les apprentissages faits lors des séances d'ergothérapie et l'application de ceux-ci favorisent pour B la reprise d'activités. Les apprentissages réalisés lors des séances d'ergothérapie favorisent la reprise d'activités de B via une mise en pratique continue. Les apprentissages permettent à B de croire en ses capacités. Cela dans le but de réaliser des activités et d'accroître sa confiance en elle. M met en application les apprentissages et les conseils vus durant les séances d'ergothérapie.
111-112	MF	Je vous remercie, avez-vous des éléments à préciser en ce qui concerne l'ergothérapie auprès de vous ?	
113-130	B	Oui, ce que je peux dire c'est que, oui, les mises en situation sont essentielles, car de suite, j'ai repéré les activités que je pratiquais, mon environnement était relativement présent dans ma tête. Le seul problème, comme je vous ai dit, c'est la rapidité du geste. Mais je sais que, quand je vais voir, sous mon bureau les cartons d'archives, je vais penser à l'ergothérapeute. Donc oui, les mises en situations sont très importantes, quel que soit la mise en situation. Comme, quand je sors à	Les mises en situation sont essentielles pour B et lui permettent de se questionner avant de réaliser les activités. Pour B, la mise en situation et l'utilisation d'activité en séances sont des facteurs de reprise d'activité et de confiance en soi.

	<p>l'extérieur pour faire des activités, et que je marche, je me suis dit, faire des activités à l'intérieur c'est bien, enfin il faut commencer par cela. Mais, le fait de sortir, de n'être plus dans le cadre médicalisé, que voir que dehors, c'est la vie, et que je peux y arriver, alors là, ça m'a également redonné confiance en moi. Oui, car je vois que maintenant je peux refaire des choses, comme faire une longue marche, car j'adore marcher, et j'y arriverai et ça sera quelque chose qui me plaît et que je pourrai encore faire. Et cela, c'est bon pour le moral, pouvoir continuer pour vivre. Moi, les activités ont été des déclics, une reprise d'activités. Vous savez une fois on a marché sur un terrain vallonné, cela m'a fait énormément de bien, car j'habite un peu dans la colline, je me suis dit que je peux aller marcher, car sinon, je ne serais restée que sur ma terrasse, j'aurais fait des tours sur ma terrasse, pour dire que je marche, mais jamais j'aurais pris l'initiative d'aller dans des chemins de terre. De l'avoir fait, ça a été très bien pour moi. Après, j'ai quand même ce sentiment en moi de deuil, un petit deuil, peut-être parce que je suis très sensible.</p>	<p>Les apprentissages ont permis à B d'accroître sa confiance en elle et, de réaliser de nouveau des activités de la vie quotidienne. Cependant, B reste très craintive concernant ses capacités.</p> <p>Les activités réalisées avec l'ergothérapeute ont permis à B de reprendre ses occupations et de reprendre confiance en elle.</p>
--	--	---

## Annexe 13 : Catégorisation de la variable dépendante pour l'entretien 1 :

<i>Lignes</i>	<i>Identité</i>	<i>Réponses</i>	<i>Analyse</i>
1	MF	Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?	
2	A	Pour moi bien, très bien.	
3-4	MF	D'accord, mais est-ce que vous pouvez approfondir sur ce que vous avez fait en ergothérapie ?	
5-7	A	J'ai appris beaucoup de choses, j'ai appris déjà bon, enfin j'ai tout appris, tout ce que je ne savais pas : sur le dos, sur la pathologie, sur les traitements qu'il fallait prendre, les gestes et postures qu'il fallait faire. Voilà, j'ai appris tout ça.	A avait peu de connaissances et à corréliser les apprentissages faits séances avec la réalisation d'activité. A a acquis de nombreux éléments durant les séances d'ergothérapie.
8-9	MF	D'accord, vous reprenez alors les apprentissages, mais quel était l'organisation des séances d'ergothérapie, aussi bien au début, au milieu ou à la fin de l'intervention ?	
10-11	A	Comme je vous l'ai dit, j'ai appris les gestes du quotidien qu'il fallait faire pour éviter la récurrence du dos.	A prend conscience des gestes et postures à mettre en place pour éviter la douleur et réaliser les activités de la vie quotidienne. Les apprentissages permettent à A d'appréhender les activités de la vie quotidienne.
12	MF	D'accord	
13	A	Oui, j'ai énormément appris.	De nombreux apprentissages
14-15	MF	Comment ses apprentissages se sont-ils installés dans votre activité de la vie quotidienne ? Comment ont-ils été apportés ?	
16-20	A	A force de les répéter quotidiennement, car je faisais les séances de 8h30 à 12h donc 4h par jour. Voilà, donc tout cela, au bout de 6 mois quand même, ça m'est rentré dans la tête. Donc comme je vous disais, j'ai vraiment appris les gestes qu'il fallait faire et les gestes qu'il fallait éviter. J'ai fait plusieurs fois l'école du dos, l'école du rachis et donc ça a fini par rentrer dans la tête.	La persévérance de A dans sa rééducation énonce une croyance en ses capacités de réussite. Les séances ont permis à A, grâce aux apprentissages d'accroître ses capacités. L'assiduité de A en séance, lui permet d'avoir une capacité de jugement essentielle pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne.

XLIX

21-22	MF	D'accord, donc la répétition vous a permis d'apprendre, mais est-ce que les postures, c'est vous les avez essayées avant même que l'ergothérapeute vous les présente ?	
23-26	A	A : Non, moi je ne les connaissais pas du tout c'est eux qui me les ont appris et réappris et réappris : c'est justement comme ça que c'est entré dans ma tête. Mais c'est vrai que maintenant, je les utilise machinalement. Alors qu'avant, je ne connaissais même pas les positions qu'il fallait adopter.	<p>Les séances ont permis à A d'accroître ses activités, alors qu'il n'avait initialement aucune connaissance.</p> <p>A a augmenté considérablement ses capacités grâce aux séances d'ergothérapie et notamment aux apprentissages.</p> <p>Les acquis augmentent cette capacité de jugement pour la réaliser les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Les séances d'ergothérapie permettent à A de réaliser de nouveau des activités de la vie quotidienne.</p>
27-28	MF	D'accord, et chez vous, est ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance d'ergothérapie ?	
29-32	A	Oui, exactement, je les pratique et je fais vraiment exactement ce que j'ai appris : les fentes, les flexions, pour soulever les poids, pour aller faire les courses, comment faire les courses, comment porter les paquets, comment porter le sac à dos dans le dos... Enfin j'ai vraiment appris un tas de choses. Mais aussi, comment m'allonger, comment me lever, comment m'asseoir.	<p>Le transfert des acquisitions permet à A de réaliser de nouveau des activités en croyant en ses capacités.</p> <p>A reproduit les éléments acquis en séances pour réaliser diverses activités de la vie quotidienne.</p> <p>La reproduction des apprentissages faits en séance montrent à A que les efforts sont suffisants pour réaliser des activités de la vie quotidienne.</p> <p>L'ergothérapie assure à A une croyance en ses capacités afin de réaliser des activités pouvant être complexes.</p>
33	MF	Oui, donc vraiment toutes les postures utiles au quotidien.	
34	A	Oui, tout ce qu'il fallait faire pour éviter les douleurs au dos et, les problèmes de dos.	<p>A est en capacité d'identifier les ce qu'il faut, ou ne faut pas faire pour les activités de la vie quotidienne.</p> <p>A est en capacité d'identifier les postures néfastes pour son dos.</p>
35	MF	D'accord, donc tout cela a été fait au fur et à mesure de l'intervention en ergothérapie ?	
36-37	A	Oui, il m'a fallu quand même plusieurs mois pour apprendre et vraiment les intégrer parce que ce n'était pas évident.	<p>La durée de l'accompagnement en ergothérapie doit être longue pour identifier ses capacités.</p>

			<p>Le jugement des efforts à fournir pour réaliser une activité nécessite du temps.</p> <p>Cette capacité de jugement nécessite du temps.</p>
38	MF	Donc la actuellement, vous vous servez de tout ce que vous avez appris à domicile ?	Les efforts sont perçus par A au fur et à mesure de l'accompagnement en ergothérapie.
39-42	A	Absolument, tout à fait, je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités : les courses, quand je fais des travaux à la maison, comment me baisser, comment me relever, soulever des poids. Voilà, j'ai tout appris et cela m'a été très utile. Et maintenant, je continue encore à renforcer mon dos et je n'arrêterai pas en sortant d'ici.	<p>A croit en ses capacités, car il retranscrit les apprentissages dans d'autres activités.</p> <p>A a augmenté grâce aux séances, ses activités et, continue encore de travailler.</p> <p>Les connaissances semblent suffisantes pour réaliser les activités et un jugement personnel de ses capacités.</p> <p>A aborde désormais des activités pouvant initialement être problématiques.</p>
43	MF	Oui, car là, vous avez encore des séances c'est ça ?	
44	A	Oui j'ai encore des séances.	A continue à fournir des efforts en continuant les séances d'ergothérapie.
45-45	MF	D'accord, donc vous continuez chez vous et est-ce qu'à votre domicile vous essayez de faire plus que ce que l'on vous apprend ici ?	
47	A	Oui bien-sûr, maintenant j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus.	A croit en ses capacités, car il essaie de réaliser plus d'activités.
48	MF	Très bien. Je continue là-dessus, quels sont pour vous, les effets de réaliser des activités ?	
49-62	A	Cela a surtout été positif, car avant j'avais peur de me baisser, je ne pouvais plus faire la vaisselle, je ne pouvais plus me faire à manger tout seul, je ne pouvais plus m'habiller et j'avais peur de me baisser et j'avais des douleurs. Et maintenant, ça va beaucoup mieux, c'est de mieux en mieux. Je peux me faire à manger, j'arrive à faire des machines à laver, je reprends les gestes que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos. Donc, c'est vrai que je suis content, c'est bénéfique pour moi, je suis content, oui, je suis heureux même. Je suis heureux de pouvoir enfin revivre normalement, c'est vraiment	<p>Au-delà de croire en ses capacités, A réfléchit sur la réalisation d'activités antérieures, et, postérieures à l'accompagnement en ergothérapie.</p> <p>Au préalable des séances d'ergothérapie, A ne réalisait aucun activités. Ces séances lui ont permis de prendre consciences des efforts à fournir et d'appréhender ses difficultés.</p> <p>A identifie les activités problématiques, et tente, de trouver une solution.</p>

		valorisant, car ça n'était pas évident. Quand j'ai été opéré, je me suis dit c'est bon, je suis foutu, je ne pourrai plus du tout faire ce que je faisais avant, je ne pourrai plus faire le travail que je faisais avant. Mais maintenant, c'est vrai que j'arrive à peu près à vivre normalement, même si je sais que je ne pourrai plus reprendre mon métier de mécanicien, car je ne pourrai plus soulever la boîte à vitesse, de poids trop lourd. Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux, peut-être, pour l'instant je ne sais pas donc, il va falloir que je m'oriente vers autre chose.	A peut désormais réaliser des activités de la vie quotidienne initialement problématiques. Même si, certaines paraissent encore difficiles, il tente de croire en ses capacités.
63-64	MF	D'accord, et quand, vous réalisez des activités à domicile, quel est votre niveau d'assurance face à celles-ci ?	
65	A	C'est-à-dire ?	
66	MF	J'entends par là, est-ce que vous êtes confiant ?	
67	A	J'ai toujours des appréhensions quand même.	Des efforts sont encore à fournir pour A.
68	MF	Mais, vous la réalisez ?	
69-75	A	Oui, je la réalise, mais je fais très attention parce que l'appréhension est toujours là. Oui, depuis que je suis là, elles ont énormément diminuées, mais elles restent présentes, elles sont toujours là, je vous ne le cache pas. J'ai toujours peur quand même, de récidiver, d'avoir des douleurs. Actuellement, j'ai toujours les traitements, parce qu'on m'a dit que la douleur était chronique pour l'instant. Mais bon, disons que pour les gestes, c'est déjà ça, ça va beaucoup mieux. Maintenant, comme je vous ai dit avant, je ne pouvais même plus aller en courses, et maintenant je peux. Disons, que je reprends goût à la vie donc c'est très positif.	L'appréhension présente chez A n'est pas un frein pour réaliser des activités de la vie quotidienne. Même si, une anxiété est encore présente, A identifie les bénéfices à réaliser les activités de la vie quotidienne. L'inquiétude de A ne restreint plus la réalisation de ses activités. Si certains appréhensions sont toujours présentes, A croit en ses capacités d'agir.



76-79	MF	Vous reprenez goût à la vie, et est-ce que, de vous-même, pendant les séances ou chez vous, vous vous dites : allé j'essaie de faire cette activité, tout en faisant attention bien-sûr mais j'en suis capable, je peux le faire ? Vous ne l'avez pas vu en ergothérapie ou vous ne l'avez pas travaillé, mais j'essai, je la réalise ?	
80-90	A	Oui, moi j'ai déjà essayé de faire bien-sûr de moi-même, en gardant toujours en tête tout ce que j'ai appris, mais oui, j'ai déjà fait, ça m'est déjà arrivé. C'est ce qu'il faut, sinon je ne fais plus beaucoup de choses et ce n'est pas le but. Ça fait 6mois que je travaille, que je suis ici, que je ne manque aucune séance, c'est justement pour apprendre des choses, réaliser des activités et aller de l'avant. J'essaie de faire même autre chose, mais je garde bien en tête les choses que j'ai apprises : les bonnes postures, les bons gestes. Avant, je ne pouvais plus faire de la moto, enfin j'ai des loisirs, comme la moto, comme la pêche, que je veux refaire. Et je me dis que je vais essayer quand même de reprendre tout cela, car il n'y a pas que le travail, il y a aussi les loisirs qui sont très importants. Avant, je faisais beaucoup de sports comme du tennis, et je ne pouvais plus le faire, alors il y a des loisirs que je dois éviter, je le sais, mais d'autres, que je peux encore faire donc il faut que je me réadapte.	A analyse ses capacités en fonction de l'activité à réaliser. Si celle-ci semble difficile A s'adapte. Les apprentissages permettent à A d'accroître ses activités et d'appréhender les plus difficiles autrement. A a conscience de l'importance de réaliser des activités, si celles-ci semblent problématiques, A envisage d'autres solutions alternatives. A aborde les activités, quel que soit leur niveau en croyant en ses capacités d'agir. Si certaines restent problématiques, A tente de les aborder autrement.
91	MF	Est-ce que vous avez des éléments à préciser en ce qui concerne l'ergothérapie ?	
92-95	A	Non, moi j'ai été très content de faire de l'ergothérapie, car, comme je vous l'ai dit j'ai appris énormément de choses sur les postures. J'ai bien travaillé, aussi bien avec les ergothérapeutes, les médecins que les kinésithérapeutes, ils ont été supers, compréhensifs, attentifs, gentils, voilà c'est tout ce que j'ai à dire.	

## Annexe 14 : Catégorisation de la variable dépendante pour l'entretien 2 :

<i>Lignes</i>	<i>Identité</i>	<i>Réponses</i>	<i>Analyse</i>
1	MF	Comment se sont déroulées vos séances d'ergothérapie ?	
2-8	B	Alors j'ai été pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, mais avec l'ergothérapeute, au départ, elle m'a posé des questions pour savoir ce que j'avais, ce que je ressentais, elle m'a aussi demandé qu'elle était mon métier, depuis quand j'étais en arrêt de travail... et, à mis au point quelques exercices très doux, au départ, pour me montrer que la priorité était d'abord le verrouillage de mon dos : chose que je n'avais jamais faite. Puis, petit à petit, elle a mis en place des activités en lien avec celles que l'on réalise tous les jours et que j'arrive de mieux en mieux à réaliser. Grâce à elle, j'avais plus confiance en moi.	<p>Les séances d'ergothérapie ont permis à B d'accroître la croyance en ses capacités.</p> <p>Les efforts progressifs demandés par B pour réaliser des activités, lui permettent d'accroître ses capacités.</p> <p>B se sent apte à réaliser de nouvelles activités de la vie quotidienne.</p> <p>B réalise de nouveau des activités de la vie quotidienne.</p>
9-10	MF	Qu'avez-vous fait en début de suivi en ergothérapie, au milieu et à la fin de l'intervention ?	
11-30	B	Alors moi, je n'ai pas terminé encore, mais au début, des activités plus simples comme reprendre à marcher sur un terrain qui n'est pas plat, puis on a commencé les activités comme monter et descendre de la voiture : chose que je ne faisais plus, mon positionnement dans la voiture : la façon dont j'étais de mieux pour prendre plus conscience de mon corps, de la façon dont j'étais le mieux installée. Il faut verrouiller le dos, je peux m'allonger avec les jambes un petit peu en l'air pour que je sois bien durant le trajet. Cela m'a beaucoup aidé, c'est ce que j'ai fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps. Après, ce qui est difficile au début s'est sortir de l'établissement en ayant dans la tête tout ce que l'on met au point, mais c'est disons du réel et de la mise en situation. De la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire. Maintenant, bon, c'est vrai que chez moi, j'ai mon environnement avec les escaliers qui sont assez pentues, qui descendent aux chambres. Mais c'est vrai que depuis les séances, je regarde beaucoup plus mon environnement : comment est mon évier, où est placée ma vaisselle... J'ai fait un peu un	<p>B reprend progressivement ses capacités. Les séances lui permettent d'accroître la croyance en ses capacités et, de réfléchir sur la façon d'agir pour réaliser une activité.</p> <p>B identifie les activités plus complexes pour accroître ses efforts. Progressivement, cela lui a permis d'augmenter ses capacités de réaliser des activités de la vie quotidienne.</p> <p>Les séances d'ergothérapie permettent à B d'accroître sa capacité de jugement concernant ses capacités à réaliser des activités de la vie quotidienne.</p> <p>B croit en ses capacités et réfléchit aux situations qu'elle va aborder pour identifier si elles les contrôlent ou non.</p>

		<p>tour comme ça. Et puis, maintenant je prends plus régulièrement la voiture, côté passager bien sûr. La dernière fois, j'étais invitée et j'étais énormément à l'écoute de mon corps, en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise le dos bien droit... Je fais très attention à ce que l'on m'a dit, je ne vais pas non plus trop en faire. Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire, certes moins qu'avant, mais, j'ai essayé de faire ce que j'avais l'habitude de faire, c'est-à-dire, ne pas rester à table, mais aider à débarrasser, à aller dans la cuisine, descendre des escaliers pour aller dans le jardin... Et, j'étais, toujours pareil, grâce à tous les conseils, un peu moins raide.</p>	
31-32	MF	<p>D'accord, et quand vous réalisez une activité, vous réfléchissez à ce que vous allez faire, où, cela vient spontanément ?</p>	<p>B réfléchit et reproduit les apprentissages faits en séances pour réaliser une activité.</p>
33-42	B	<p>Alors, non, je ne peux pas dire que c'est spontané pour l'instant, j'y pense encore beaucoup. Alors il paraît qu'ensuite, les gestes vont s'intégrer à mon cerveau, mais pour le moment, j'y pense. Je pense à chaque geste que je fais, c'est pour cela que je vous dis que parfois je suis raide, et non, dans l'action. Instinctivement, j'ai besoin de réfléchir encore un peu parce qu'aussi j'ai un caractère et je pense que cela dépend de chacun. Moi je suis assez peureuse donc je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre. Je ne peux pas me dire, je fais, j'essaye, et, on verra bien. Non moi je ne suis pas comme ça, je suis très scolaire donc ça je pense que ça joue. Et puis, je ne suis pas très sportive au départ donc, ça joue aussi. Donc comme je vous disais, je suis un peu raide donc dans ma tête, je dois suivre correctement ce que l'on m'a dit de faire : je suis scolaire.</p>	<p>B a besoin de réfléchir avant de réaliser l'action, car elle semble avoir encore des appréhensions. Cependant, les conseils prodigués par l'ergothérapeute lui permettent de fournir des efforts nécessaires pour réaliser les activités de la vie quotidienne.</p> <p>B croit en sa capacité de jugement concernant ses aptitudes.</p> <p>B réfléchit au préalable aux mouvements à réaliser pour réussir l'activité.</p>
43	MF	<p>Qu'avez-vous appris pendant les séances d'ergothérapie ?</p>	
44-51	B	<p>Alors, j'ai appris beaucoup de choses. Mais ce que j'ai appris, alors, qu'il fallait, pour éviter d'avoir mal au dos, éviter certaines positions à tout prix, positions que je pouvais faire en verrouillant mon dos. Oui, certaines positions que je ne dois plus faire : se pencher en avant, en arrière, vriller mon corps, voilà ça je sais que je ne dois pas le faire. Et après le reste, j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses alors que pour mon cerveau, ça allait être fini pour moi, que je ne pourrai plus le faire. Donc</p>	<p>B en réfléchit sur les étapes pour réaliser l'activité.</p> <p>B a conscience des efforts à fournir en fonction du niveau de difficultés de l'activité.</p> <p>B a acquis de nombreuses connaissances durant les séances d'ergothérapie lui permettant de réaliser de nouveau des activités.</p>

		cela m'a rassuré, on m'a aussi assuré que oui, je pourrai le faire et ça, c'est très important parce que sinon on se dit que l'on doit « recommencer une autre vie » et que tout est terminé. Et ça, c'est important aussi de rassurer tous nous rassurer.	
52	MF	Comment ça de tous vous rassurer ?	
53-57	B	De rassurer le groupe complet. C'est très important que l'on soit ensemble, moi je vois, j'ai notamment noué des liens d'amitié avec une dame, et, en sortant, avec le groupe on discute beaucoup et, on fait des échanges et c'est très appréciable. Moi, je préfère être avec tout le monde. Bon, après on fait des ateliers où, on est seule, mais, les ateliers de groupe sont tout aussi important. Après, c'est mon avis.	
58-59	MF	D'accord. Chez vous, est-ce que vous vous servez de ce que vous avez appris en séance d'ergothérapie ?	
60-73	B	Oui, bien sûr que j'ai mis en pratique ce que j'ai appris. Mon lit, chez moi, est plus bas que les leurs, donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée. Après, faire mon lit, j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant : avant, je me penchais en avant alors que là, j'étais en position chevalier servant, car le lit est très bas. Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va lentement, mais, j'y arrive. Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela deviendra des automatismes. Oui, et puis, je suis obligée de faire des choses, il y a mon mari, mais je ne peux pas tout lui demander. Donc je fais, en pensant bien au verrouillage, porter les charges près du corps, descendre des livres dans les escaliers en gardant bien les choses près de moi, je fais même les machines à laver maintenant, que j'ai ensuite étendu, alors que je ne le faisais plus du tout. Là, j'ai bien pensé à verrouiller en levant les bras. Donc voilà, je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités. Mais, après, si on ne me l'avait pas expliqué avant, je ne sais pas si je l'aurai fait, à moins de le lire dans les livres. Donc tout cela m'aide beaucoup.	<p>La réflexion concernant la réalisation de l'activité permet à B d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle en croyant en ses capacités.</p> <p>Les séances d'ergothérapie permettent à B d'accroître ses capacités pour réaliser de nouvelles activités de la vie quotidienne.</p> <p>B possède suffisamment de connaissance pour être en capacité de réaliser des activités de la vie quotidienne et croire en elle.</p> <p>Même si, B semble avoir encore des craintes, elle aborde les situations initialement problématiques avec assurance.</p>
74	MF	Selon vous, quels sont les effets de la réalisation d'une activité ?	

75-97	B	<p>Alors c'est vrai que les effets figent dans tous les mouvements, et, la douleur elle prend la tête tellement que l'on se sent plus capable de ne rien faire. La douleur, est là, présente sans cesse et, vraiment, on ne pense qu'à cela. On ne peut vraiment pas penser à autre chose qu'à la douleur tellement qu'elle est intense : donc une douleur horrible, comme une rage de dent, comme une aiguille à tricoter que l'on aurait mis dans le feu et que l'on m'aurait enfoncé et jusqu'au jour où je ne pouvais plus me déplacer, plus marcher donc pour moi, c'était fini. Je pensais que je ne pourrai plus rien faire. Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant, je me dis que je marche. Alors, quand je marche je me dis, si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué. Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle : je crois que je me suis mis ça en tête. Après, avec les activités proposées par les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible, qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais : ce qui m'inquiète, mais je sais que cela reviendra, c'est de le faire très rapidement. Et ça, il va falloir, car je ne peux pas être trop raide, au travail je n'ai pas le droit de prendre trop mon temps. Donc il faut qu'il y ait une rapidité dans l'action, que cela soit plus fluide. Mais cela, je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils. Là, je fais mais un peu comme un robot. Mais je vais vous dire, pour moi c'est quand même un deuil de notre personne. Après je me dis que ça arrive à d'autre et je ne suis pas la seule, dans le groupe on est 5, 6 donc je ne suis pas la seule qui a ressenti cela et puis, c'est arrivé également à ma fille. Et je vois, avec le recul, en 4 ans, elle, elle a des gestes qui sont devenus automatiques : le verrouillage.... Et même dans le groupe je vois les gestes qu'ils font eux, quand ils viennent me dire bonjour, et qu'ils sont plus grands, ils se baissent sur les jambes et ne se penchent pas en avant. Tout cela, je l'ai observé et je l'ai vu.</p>	<p>Les séances permettent à B d'analyser ses expériences pour les reproduire dans son environnement et accroître son sentiment d'efficacité personnelle.</p> <p>En augmentant son sentiment d'efficacité personnelle, B envisage de reprendre une activité professionnelle.</p> <p>B assimile la notion d'échec à un manque de connaissances, d'effort, d'automatismes qui viendront avec le temps.</p> <p>Les séances d'ergothérapie permettent d'accroître l'assurance de B.</p>
98	MF	Comment vivez-vous la réalisation d'une activité ?	B croit en ses capacités de réussite.
99-102	B	Comme je vous l'ai dit, l'ergothérapeute m'a beaucoup aidé, on a beaucoup pratiqué, essayé et appris énormément de choses donc là, quand je suis chez	

		moi, certes on n'a pas passé en revue toutes les activités donc, j'essaye. Mais, parfois je demande à mon mari qu'il vienne m'aider. Je ne veux pas pour l'instant prendre trop de risque.	
103	MF	Face à une activité, quel est votre niveau d'assurance ?	
104-110	B	En fait, j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même, mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux et que je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités. Donc oui, avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver, je ne me dis pas, que je fais sans pouvoir. Au début oui, je me serais dit, je ne peux pas y arriver. Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver.	B croit, au fur et à mesure des séances en ses capacités. B a pris confiance en elle et en ses capacités. Grâce aux séances d'ergothérapie, B croit en ses capacités de réaliser des situations pouvant être problématiques.
111-112	MF	Je vous remercie, avez-vous des éléments à préciser en ce qui concerne l'ergothérapie auprès de vous ?	
113-130	B	Oui, ce que je peux dire c'est que, oui, les mises en situation sont essentielles, car de suite, j'ai repéré les activités que je pratiquais, mon environnement était relativement présent dans ma tête. Le seul problème, comme je vous ai dit, c'est la rapidité du geste. Mais je sais que, quand je vais voir, sous mon bureau les cartons d'archives, je vais penser à l'ergothérapeute. Donc oui, les mises en situations sont très importantes, quel que soit la mise en situation. Comme, quand je sors à l'extérieur pour faire des activités, et que je marche, je me suis dit, faire des activités à l'intérieur c'est bien, enfin il faut commencer par cela. Mais, le fait de sortir, de n'être plus dans le cadre médicalisé, que voir que dehors, c'est la vie, et que je peux y arriver, alors là, ça m'a également redonné confiance en moi. Oui, car je vois que maintenant je peux refaire des choses, comme faire une longue marche, car j'adore marcher, et j'y arriverai et ça sera quelque chose qui me plaît et que je pourrai encore faire. Et cela, c'est bon pour le moral, pouvoir continuer pour vivre. Moi, les activités ont été des délices, une reprise d'activités. Vous savez une fois on a marché sur un terrain vallonné, cela m'a fait énormément de bien, car j'habite un peu dans	Les mises en situation ont permis à B de retrouver confiance en elle et en ses capacités. B croit en sa capacité de jugement concernant ses aptitudes. Même si B est craintive, elle aborde progressivement les activités complexes avec assurance.

LVIII

	<p>la colline, je me suis dit que je peux aller marcher, car sinon, je ne serais restée que sur ma terrasse, j'aurai fait des tours sur ma terrasse, pour dire que je marche, mais jamais j'aurai pris l'initiative d'aller dans des chemins de terre. De l'avoir fait, ça a été très bien pour moi. Après, j'ai quand même ce sentiment en moi de deuil, un petit deuil, peut-être parce que je suis très sensible.</p>	
--	--	--

## Annexe 15 : Analyse des résultats des deux entretiens pour la participation active :

Entretien 1 : A		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<b>Participation active :</b> La volonté de M. A en ergothérapie lui permet de réaliser de nouveau ses activités de la vie quotidienne à domicile et notamment, ses soins personnels et ses loisirs. Cela est permis d'une part, grâce à l'utilisation de techniques compensatrices et la mise en pratique des apprentissages. Et, d'autre part, même si, la rééducation est longue, son assiduité lui permet d'être acteur de sa rééducation.	Volontaire	L41-42 : « je continue encore », « je n'arrêterai pas », L47 : « j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus »
	Acteur	L29 : « je les pratique », L52 : « je peux », L52-53 : « je reprends les gestes que je faisais avant », L80 : « j'ai déjà essayé de faire bien-sûr de moi-même », L83-84 : « c'est justement pour apprendre des choses, réaliser des activités et aller de l'avant. J'essaie de faire même autre chose », L85-87 : « avant je ne pouvais plus...et je me dis que je vais essayer ».
	Techniques compensatrices	Pour les activités de la vie quotidienne : L30 : « poids », « courses », L31 : « porter les paquets », « porter le sac dans le dos », L32 : « m'allonger, me lever, m'asseoir », L52 : « faire à manger », « faire des machines à laver »
	Assiduité	L16-17 : « répéter quotidiennement », « séances de 8h30 à 12h donc 4h par jour », L17 : « 6 mois quand même », L19 : « j'ai fait plusieurs fois », L29 : « je fais vraiment exactement ce que j'ai appris », L36 : « plusieurs mois », L82-83 : « ça fait 6 mois que je travaille, que je suis ici, que je ne manque aucune séance », L93 : « j'ai bien travaillé »

Entretien 2 : B		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<b>Participation active :</b> L'ergothérapeute a questionné B durant le processus d'intervention pour, recueillir les données relatives à la personne et,	Mise en situation	L5 : « quelques exercices très doux », L6-7 : « petit à petit, elle a mis en place des activités », L11 : « des activités plus simples », L12-13 : « puis, on a commencé les activités comme monter et descendre de la voiture », L19 : « disons du réel, et de la mise en situation », L19-20 : « de la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L23-24 : « maintenant je prends plus régulièrement la voiture », L26-27 : « je ne vais pas non plus trop en faire. Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire », L28 : « j'ai essayé de faire ce que j'avais »



<p>adapter progressivement ses activités. La difficulté croissante de ses dernières, permettent à B de se mettre en situation pour se questionner et, d'appliquer scrupuleusement les apprentissages fait en séance. Cela lui permet d'acquérir des automatismes pour envisager une reprise d'activités de la part de B. Cependant, B ne semble pas être actrice puisqu'elle a besoin des conseils de l'ergothérapeute pour réaliser une activité.</p>		<p>l'habitude de faire », L29 : « aider », L47 : « voilà ça je sais que je ne dois pas le faire », L56-57 : « on fait des ateliers où, on est seule, mais, les ateliers de groupe sont tout aussi important », L60 : « j'ai mis en pratique ce que j'ai appris », L61 : « je me suis remémorée et j'y suis arrivée », L66 : « je suis obligée de faire des choses », L70-71 : « je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités », L81-82 : « Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses », L85-86 : « les activités proposées par les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible », L99-100 : « on a beaucoup pratiqué, essayé et appris énormément de choses », L104 : « j'ai vu que je pouvais y arriver », L105-106 : « j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner », L109-110 : « je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver », L113 : « les mises en situation sont essentielles », L117 : « Donc oui, les mises en situations sont très importantes, quel que soit la mise en situation », L118-119 : « , je me suis dit, faire des activités à l'intérieur c'est bien, enfin il faut commencer par cela », L124 : « Moi, les activités ont été des déclics, une reprise d'activités »</p>
	Acteur	<p>L15 : « je peux », L16-17 : c'est ce que j'ai fait de nouveau », L26-27 : « je ne vais pas non plus trop en faire. Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire », L63-64 : « ça va lentement, mais, j'y arrive », L70-71 : « je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités », L83-84 : « si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué », L101 : « j'essaye », L106-107 : « je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités », L120 : « je peux y arriver », L121-122 : « maintenant je peux refaire des choses », L123 : « je pourrai encore faire », L126 : « je peux aller marcher »</p>
	Techniques compensatrices	<p>L5 : « au départ ... la priorité était », L6 : « verrouillage de mon dos », L11 : « des activités plus simples », L12-13 : « puis, on a commencé les activités comme monter et descendre de la voiture », L14 : « prendre plus conscience de mon corps », L19-20 : « de la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L24-25 : « j'étais énormément à l'écoute de mon corps », L30 : « grâce à tous les conseils », L38 : « je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre », L61-62 : « j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant », L 97: « Tout cela, je l'ai observé et je l'ai vu »,</p>
	Questionnement	<p>L3 : « elle m'a posé des questions pour savoir ce que j'avais, ce que je ressentais », L3-4 : « elle m'a aussi demandé qu'elle était mon métier, depuis quand j'étais en arrêt de travail », L17-18 : « difficile au début s'est sortir de l'établissement en ayant dans la tête tout ce que l'on met au point », L22 : « depuis les séances, je regarde beaucoup plus mon environnement », L33 : « je ne</p>

		<p>peux pas dire que c'est spontané pour l'instant, j'y pense encore beaucoup », L34-35 : « mais pour le moment, j'y pense », L35 : « je pense à chaque geste que je fais », L36 : « Instinctivement, j'ai besoin de réfléchir encore un peu », L54-55 : « on discute beaucoup et, on fait des échanges », », L61 : « je me suis remémorée et j'y suis arrivée » L64-65 : « je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n'y penserai plus », L84-85 : « Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle : je crois que je me suis mis ça en tête », L86-87 : « qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais », L90 : « , je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils », L107-108 : « avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver », L114-115 : « j'ai repéré les activités que je pratiquais, mon environnement était relativement présent dans ma tête »</p>
--	--	--

## Annexe 16 : Analyse des résultats des deux entretiens pour les étapes définies par Kolb :

Entretien 1 : A		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<p><b>4 étapes :</b> Initialement, M. A éprouvait de nombreuses difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne. En effet, la douleur et l'absence de connaissances concernant les techniques compensatrices le restreignaient. Cependant, les séances d'ergothérapie lui ont permis d'appréhender autrement les situations problématiques. L'apprentissage de gestes et de postures, devenus désormais des automatismes, et, les techniques compensatrices, lui permettent, une reprise progressive des activités de la vie quotidienne. En effet, M. A applique scrupuleusement les conseils prodigués lors des séances d'ergothérapie à son domicile. Cependant, les activités relatives au domaine de la productivité (travail) et des loisirs restent des situations problématiques auxquelles, il tente en réfléchissant d'y faire face.</p>	Situations problématiques	L36-37 : « parce ce que ce n'était pas évident », L49 : « avant j'avais peur », « je ne pouvais plus faire », L58-59 : « je sais que je ne pourrai plus reprendre mon métier de mécanicien », L71 : « j'ai toujours peur quand même, de récidiver, d'avoir des douleurs », L89 : « il y a des loisirs de que je dois éviter, je le sais »
	Questionnement personnel	L23-24 : « Non, moi je ne les connaissais pas du tout »... « appris et réappris et réappris : c'est justement comme ça que c'est entré dans ma tête », L34 : « oui, tout ce qu'il fallait faire pour éviter », L36 : « pour apprendre et vraiment les intégrer », L60-61 : « enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux, peut-être, pour l'instant je ne sais pas », L83-84 : « réaliser des activités et aller de l'avant », L89-90 : « je peux encore faire donc il faut que je me réadapte »
	Réflexion, techniques compensatrices	L16 : « à force de les répéter quotidiennement », L17 : « ça m'est rentré dans la tête », L34 : « oui, tout ce qu'il fallait faire pour éviter », L36 : « pour apprendre et vraiment les intégrer », L60-61 : « enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux, peut-être, pour l'instant je ne sais pas », L72-73 : « actuellement, j'ai toujours les traitements, parce qu'on m'a dit que la douleur était chronique pour l'instant. Mais bon, disons que pour les gestes, c'est déjà ça », L83-84 : « réaliser des activités et aller de l'avant », L89-90 : « je peux encore faire donc il faut que je me réadapte »
	Transfert des apprentissages, mise en pratique	L25 : « maintenant je les utilise machinalement », L29 : « oui, exactement, je les pratique et je fais vraiment exactement ce que j'ai appris », L39 : « absolument, tout à fait, je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités », L47 : « j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus », L51 : « et maintenant, ça va beaucoup mieux », L57-58 : « maintenant, c'est vrai que j'arrive à peu près à vivre normalement », L83-84 : « réaliser des activités et aller de l'avant », L89-90 : « je peux encore faire...je me réadapte »

Entretien 2 : B		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<p><b>4 étapes :</b> Les difficultés rencontrées par B avant les séances d'ergothérapie semblent atténuées, mais restent néanmoins présentes. Pour pallier au déconditionnement physique, les conseils prodigués par l'ergothérapeute sont indispensables. De plus, pour B, les apprentissages, la mise en situation et l'utilisation d'activité en séances sont autant de facteurs favorisant la confiance en soi. Cependant, cette personne semble devoir faire le deuil d'une partie d'elle. La réflexion menée pour réaliser une activité l'a contraint à agir doucement, l'a rendant craintive pour réaliser de nouvelles activités.</p>	Situations problématiques	<p>L6 : « Verrouillage de mon dos : chose que je n'avais jamais faite », L13 : « chose que je ne faisais plus », L17 : « ce qui est difficile », L27 : « j'ai essayé de faire, certes moins qu'avant », L35-36 : « que je vous dis que parfois je suis raide, et non, dans l'action », L38-40 : « je ne peux pas me dire, je fais, j'essaye, et, on verra bien. Non moi je ne suis pas comme ça, je suis très scolaire donc ça je pense que ça joue », L40 : « je ne suis pas très sportive au départ donc, ça joue aussi », L75-76 : « figent dans tous les mouvements, et, la douleur elle prend la tête tellement que l'on se sent plus capable de ne rien faire », L87-88 : « ce qui m'inquiète, mais je sais que cela reviendra, c'est de le faire très rapidement », L101 : « Mais, parfois je demande à mon mari », L115 : « Le seul problème, comme je vous ai dit, c'est la rapidité du geste », L127-128 : « jamais j'aurai pris l'initiative »</p>
	Questionnement personnel	<p>L24-26 : « l'écoute de mon corps, en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise le dos bien droit », L36 : « j'ai besoin de réfléchir », L71-72 : « après, si on ne me l'avait pas expliqué avant, je ne sais pas si je l'aurai fait », L80-81 : « Je pensais que je ne pourrai plus rien faire », L89-90 : « il faut qu'il y ait une rapidité dans l'action, que cela soit plus fluide », L91-92 : « pour moi c'est quand même un deuil de notre personne », L97 : « tout cela je l'ai observé et je l'ai vu », L126 : « je me suis dit que je peux aller marcher »</p>
	Réflexion, techniques compensatrices	<p>L13-14 : « mon positionnement dans la voiture », L15 : « verrouiller le dos », L19-20 : de la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L22 : « je regarde beaucoup plus mon environnement », L33 : « j'y pense encore beaucoup », L35 : « je pense à chaque fois que je fais un geste », L36 : « j'ai besoin de réfléchir », L37-38 : « moi je suis assez peureuse donc je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre », L55 : « échange », L61 : « je me suis remémorée et j'y suis arrivée », L61-62 : « j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant », L64 : « j'y arriverai de mieux en mieux », L67-68 : « Donc je fais, en pensant bien au verrouillage, porter les charges près du corps, descendre des livres dans les escaliers en gardant bien les choses près de moi », L86-87 : « qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais », L95-97 : « quand ils viennent me dire bonjour, et qu'ils sont plus grands, ils se baissent sur les jambes et ne se penchent pas en avant », L107-108 : « avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver », L114-115 : « mon environnement était relativement présent dans ma tête », L116 : « quand je vais voir, sous mon bureau les cartons d'archives, je vais penser à l'ergothérapeute »</p>

	<p>Transfert des apprentissages, mise en pratique</p>	<p>L7 : « mieux en mieux », L16-17 : « C'est ce que j'ai fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps », L23-24 : « je prends plus régulièrement la voiture », « L28-29 : « j'ai essayé de faire ce que j'avais l'habitude de faire, c'est-à-dire, ne pas rester à table, mais aider à débarrasser, à aller dans la cuisine, descendre des escaliers pour aller dans le jardin... », L47-48 : « j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses », L49-50 : « je pourrai le faire et ça », L60 : « j'ai mis en pratique ce que j'ai appris », L64 : « j'y arrive », L66 : « automatisme », L70 : « j'ai bien pensé à verrouiller en levant les bras », L71 : « je reprends petit à petit mes activités », L83-84 : « je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué », L84-85 : « Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle : je crois que je me suis mis ça en tête », L99-100 : « on a beaucoup pratiqué, essayé et appris énormément de choses », L100-101 : « quand je suis chez moi, certes on n'a pas passé en revue toutes les activités, donc j'essaye », L104-106 : « j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même, mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux », L109-110 : « je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver. », L113-114 : « les mises en situation sont essentielles, car de suite, j'ai repéré les activités que je pratiquais », L117 : « mises en situations sont très importantes, quel que soit la mise en situation »</p>
--	---	--

## Annexe 17 : Analyse des résultats des deux entretiens pour l'apprentissage :

Entretien 1 : A		
Indicateurs et résumé	Indices	Texte
<p><b>Apprentissages :</b> M. A, avant de débiter les séances d'ergothérapie, n'avait aucune connaissance sur sa pathologie. Il a beaucoup appris durant la rééducation, aussi bien, sur l'anatomie, sa pathologie, les traitements médicamenteux et l'éducation gestuelle. Cette dernière lui a permis d'acquérir, de nombreux automatismes pour réaliser les gestes du quotidien, des savoir-faire, et, d'accroître ses connaissances pour protéger son dos. M. A, a conscience de tous les apprentissages fait lors des séances. Selon lui, cela lui permet d'appréhender toutes les activités de la vie quotidienne auxquelles il doit faire face.</p>	Questionnement et réflexion personnel	L23-24 : « c'est eux qui me les ont appris et réappris et réappris », L29-31 : « je fais vraiment exactement ce que j'ai appris : les fentes, les flexions, pour soulever les poids, pour aller faire les courses, comment faire les courses, comment porter les paquets, comment porter le sac à dos dans le dos », L32 : « comment m'allonger, comment me lever, comment m'asseoir », L36 : « plusieurs mois pour apprendre », L47 : « j'essaie vraiment de faire », L49 : « avant j'avais peur », L51 : « maintenant, ça va beaucoup mieux », L82-83 : « ça fait 6 mois que je travaille...c'est justement pour apprendre des choses »
	Sentiment d'acquisition	L5-6 : « j'ai appris beaucoup de choses, j'ai appris déjà bon », « j'ai tout appris, tout ce que je ne savais pas », L13 : « j'ai énormément appris », L17 : « ça m'est rentré dans la tête », L19-20 : « donc ça a fini par rentrer dans la tête », L23 : « moi je ne les connaissais pas du tout », L24 : « c'est entré dans ma tête », L25-26 : « avant, je ne connaissais même pas ses positions qu'il fallait adopter », L31-32 : « j'ai vraiment appris un tas de choses », L44 : « j'ai tout appris »
	Acquisition de compétences et de savoir-faire	L5-7 : « j'ai tout appris », « sur le dos, sur la pathologie, sur les traitements qu'il fallait prendre, les gestes et postures qu'il fallait faire », L7 : « j'ai appris tout ça », L10-11 : « j'ai appris les gestes du quotidien qu'il fallait faire pour éviter la récurrence du dos », L25 : « maintenant, je les utilise machinalement », L29 : « je les pratique », L34 : « tout ce qu'il fallait faire pour éviter les douleurs au dos », L36 : « intégrer », L39-41 : « je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités : les courses, quand je fais des travaux à la maison, comment me baisser, comment me relever, soulever des poids », L69 : « oui, je la réalise », L92-93 : « j'ai appris énormément de choses sur les postures ».
	Éducation du patient	L6-7 : « sur le dos, sur la pathologie, sur les traitements qu'il fallait prendre, les gestes et postures qu'il fallait faire », L16 : « à force de les répéter quotidiennement », L18-19 : « j'ai vraiment appris les gestes qu'il fallait faire et les gestes qu'il fallait éviter », L19-20 : « j'ai fait plusieurs fois l'école du dos, l'école du rachis », L29 : je fais vraiment exactement ce que j'ai appris », L73 : « pour les gestes...ça va beaucoup mieux », L80-81 : « en gardant toujours en tête tout ce que j'ai appris », L84-85 : « je garde bien en tête les choses que j'ai appris : les bonnes postures, les bons gestes »

Entretien 2 : B		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<p><b>Apprentissages :</b> Les apprentissages ont été réalisés au fur et à mesure des séances. Cela a permis à B d'acquérir progressivement des compétences, pour les retranscrire par la suite dans son environnement. L'éducation du patient prodigué par l'ergothérapeute concernant les activités de la vie quotidienne, permet à B de reprendre confiance en elle. Cependant, même si, elle a pris conscience de ses capacités, la réflexion permanente la restreint dans ses activités. Pour elle, les acquisitions ne sont pas encore intégrer et demande du temps.</p>	Questionnement et réflexion personnel	L3 : « elle m'a posé des questions pour savoir ce que j'avais, ce que je ressentais », L5 : « pour me montrer la priorité », L33-35 : « je ne peux pas dire que c'est spontané pour l'instant, j'y pense encore beaucoup. Alors il paraît qu'ensuite, les gestes vont s'intégrer à mon cerveau, mais pour le moment, j'y pense. Je pense à chaque geste que je fais », L36-37: « j'ai besoin de réfléchir encore un peu parce qu'aussi j'ai un caractère et je pense que cela dépend de chacun », L56-57 : « on fait des ateliers où, on est seule, mais, les ateliers de groupe sont tout aussi important », L65-66 : « cela deviendra des automatismes », L80 : « plus marcher donc pour moi, c'était fini », L86-87 : « qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais », L88-89 : « je ne peux pas être trop raide, au travail je n'ai pas le droit de prendre trop mon temps », L95-97 : « qu'ils sont plus grands, ils se baissent sur les jambes et ne se penchent pas en avant », L105-106 : « j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux », L107-108 : « avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver, je ne me dis pas, que je fais sans pouvoir », L114 : « j'ai repéré les activités que je pratiquais, mon environnement était relativement présent »
	Sentiment d'acquisition	L14-15 : « la façon dont j'étais de mieux pour prendre plus conscience de mon corps, de la façon dont j'étais le mieux installée », L18 : « en ayant dans la tête tout ce que l'on met au point », L44 : « j'ai appris beaucoup de choses », L47-49 : « j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses alors que pour mon cerveau, ça allait être fini pour moi, que je ne pourrai plus », L60 : « j'ai mis en pratique ce que j'ai appris », L83-84 : « si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué », L100 : « appris énormément de choses », L104 : « j'ai vu que je pouvais y arriver », L105-106 : « j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux », L115-116 : « je sais que, quand je vais voir, sous mon bureau les cartons d'archives, je vais penser à l'ergothérapeute »
	Acquisition de compétences et de savoir-faire	L6 : « chose que je n'avais jamais faite », L7-8 : « que j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L16-17 : « c'est ce que j'ai fait de nouveau », L19-20 : « mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L26 : « Je fais très attention à ce que l'on m'a dit », L49-50 : « cela m'a rassuré, on m'a aussi assuré que oui, je pourrai le faire et ça, c'est très important », L61-62 :

		<p>« je me suis remémorée et j’y suis arrivée. Après, faire mon lit, j’ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant », L64-65 : « plus tard, j’y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu’après, avec l’habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n’y penserai plus », L70-72 : « je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités. Mais, après, si on ne me l’avait pas expliqué avant, je ne sais pas si je l’aurai fait », L81-82 : « voir que l’on peut réaliser des choses ça m’a fait un bien énorme », L82 : « maintenant, je me dis que je marche », L106-107 : « je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités », L120 : « je peux y arriver », L122-123 : « j’adore marcher, et j’y arriverai et ça sera quelque chose qui me plaît et que je pourrai encore faire », L124-125 : « une fois on a marché sur un terrain vallonné, cela m’a fait énormément de bien »</p>
	Éducation du patient	<p>L6-7 : « petit à petit, elle a mis en place des activités en lien avec celles que l’on réalise tous les jours », L11-13 : « au début, des activités plus simples comme reprendre à marcher sur un terrain qui n’est pas plat, puis on a commencé les activités comme monter et descendre de la voiture », L13-14 : « positionnement dans la voiture », L15-16 : « m’allonger avec les jambes un petit peu en l’air pour que je sois bien durant le trajet », L30 : « Et, j’étais, toujours pareil, grâce à tous les conseils, un peu moins raide », L44-45-46 : « j’ai appris, alors, qu’il fallait, pour éviter d’avoir mal au dos, éviter certaines positions à tout prix, positions que je pouvais faire en verrouillant mon dos », L46-47 : « certaines positions que je ne dois plus faire : se pencher en avant, en arrière, vriller mon corps, voilà ça je sais que je ne dois pas le faire », L63 : « , j’étais en position chevalier servant, car le lit est très bas », L67-68 : « Donc je fais, en pensant bien au verrouillage, porter les charges près du corps, descendre des livres dans les escaliers en gardant bien les choses près de moi », L70 : « , j’ai bien pensé à verrouiller en levant les bras », L109-110 : « Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l’on m’a donné, alors je me suis que je peux y arriver »</p>



## Annexe 18 : Analyse des résultats des deux entretiens pour la transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être :

Entretien 1 : A		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<p>Transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être : L'échange entre le M. A et l'ergothérapeute a été pour lui, très bénéfique. En effet, M.A a conscience d'avoir appris beaucoup grâce à l'ergothérapie, puisqu'il n'avait, au préalable aucune connaissance sur le sujet. Pour cela, les différents moyens mis en place par l'ergothérapeute ont permis à M. A d'assimiler les informations et de les mettre en pratique pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Cependant, un facteur est à prendre en compte : la durée de l'accompagnement. Celle-ci est importante pour essayer les différents conseils prodigués par l'ergothérapeute avant de les assimiler. C'est pourquoi, M. A semble satisfait d'avoir participé aux séances d'ergothérapie.</p>	<p>Application des conseils et échange avec l'ergothérapeute</p>	<p>L2 : « très bien », L10 : « j'ai appris les gestes... qu'il fallait faire pour éviter la récurrence du dos », L19 : « plusieurs fois l'école du dos, l'école du rachis », L34 : « tout ce qu'il fallait faire pour éviter », L36 : « il m'a fallu quand même plusieurs mois pour apprendre et vraiment les intégrer », L49-51 : « positif, car avant j'avais peur ... et maintenant ça va », L92 : « j'ai été très content de faire de l'ergothérapie », L93 : « j'ai bien travaillé, aussi bien avec les ergothérapeutes », L94 : « super, compréhensifs, attentifs, gentils »</p>
	<p>Prise de conscience d'apprentissage</p>	<p>L5-6 : « j'ai appris beaucoup de choses... enfin j'ai tout appris, tout ce que je ne savais pas », L7 : « j'ai appris tout ça », L16 : « répéter quotidiennement », L18-19 « j'ai vraiment appris les gestes qu'il fallait faire et les gestes qu'il fallait éviter », L23-24 : « non, moi je ne les connaissais pas du tout c'est eux qui me les ont appris et réappris et réappris, c'est justement comme ça que c'est entré dans ma tête », L25 : « alors qu'avant », L52-53 : « je reprends les gestes que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos », L54 : « c'est bénéfique pour moi », L55 : « revivre normalement », L55-58 : « quand j'ai été opéré, je me suis dit c'est bon, je suis foutu...mais maintenant, c'est vrai que j'arrive à peu près à vivre normalement », L70 : « depuis que je suis là, elles ont énormément diminuées »</p>
	<p>Transfert, mise en pratique des apprentissages</p>	<p>L29 : « oui, exactement, je les pratique et je fais vraiment exactement ce que j'ai appris », L39 : « absolument, tout à fait, je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités », L47 : « oui bien sûr, maintenant j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus », L52-53 : « je reprends les gestes que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos », L74-75 : « maintenant, je peux... c'est très positif », L80-81 : « j'ai déjà essayé de faire ... en gardant toujours en tête ... mais oui, j'ai déjà fait, ça m'est arrivé ».</p>

Entretien 2 : B		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<p>Transformation de l'expérience en savoir, savoir-faire, savoir-être : L'échange avec l'ergothérapeute permet de cibler les difficultés de B pour orienter le processus d'intervention. Les conseils prodigués lors des séances, les mises en situation et les apprentissages permettent à B de les appliquer scrupuleusement dans les activités de la vie quotidienne. Cela permet à B de reprendre ses occupations et sa confiance en elle. En plus de l'ergothérapeute, les échanges avec le groupe sont bénéfiques pour la transformation de savoirs.</p>	<p>Application des conseils et échange avec l'ergothérapeute</p>	<p>L3-6 : « elle m'a posé des questions pour savoir ce que j'avais, ce que je ressentais, elle m'a aussi demandé qu'elle était mon métier, depuis quand j'étais en arrêt de travail...et, à mis au point quelques exercices très doux, au départ, pour me montrer que la priorité était d'abord le verrouillage de mon dos », L30 : « Et, j'étais, toujours pareil, grâce à tous les conseils, un peu moins raide », L37-38 : « je suis assez peureuse donc je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre », L39 : « je suis très scolaire », L41-42 : « je vous disais, je suis un peu raide donc dans ma tête, je dois suivre correctement ce que l'on m'a dit de faire : je suis scolaire », L47 : « voilà ça je sais que je ne dois pas le faire », L54-55 : « avec le groupe on discute beaucoup et, on fait des échanges et c'est très appréciable », L67 : « Donc je fais, en pensant bien », L71-72 : « Mais, après, si on ne me l'avait pas expliqué avant, je ne sais pas si je l'aurai fait », L83-84 : « je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué », L85-87 : « Après, avec les activités proposées par les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible, qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais », L90 : « je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils », L99 : « l'ergothérapeute m'a beaucoup aidé », L108-110 : « Au début oui, je me serais dit, je ne peux pas y arriver. Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver », L114-115 : « j'ai repéré les activités que je pratiquais, mon environnement était relativement présent dans ma tête », L116 : « je vais penser à l'ergothérapeute », L126-128 : « je me suis dit que je peux aller marcher, car sinon, je ne serais restée que sur ma terrasse, j'aurai fait des tours sur ma terrasse, pour dire que je marche, mais jamais j'aurai pris l'initiative d'aller dans des chemins de terre »</p>
	<p>Prise de conscience d'apprentissage</p>	<p>L7-8 : « que j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L15-17 : « Il faut verrouiller le dos, je peux m'allonger avec les jambes un petit peu en l'air pour que je sois bien durant le trajet. Cela m'a beaucoup aidé, c'est ce que j'ai fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps », L22-23 : « je regarde beaucoup plus mon environnement : comment est mon évier, où est placée ma vaisselle... J'ai fait un peu un tour comme ça », L44-46 : « j'ai appris beaucoup de choses. Mais ce que j'ai appris, alors, qu'il fallait, pour éviter d'avoir mal au dos, éviter certaines positions à tout prix, positions que je pouvais faire en verrouillant mon dos », L47 : « voilà ça je sais que je ne dois pas le faire », L47-48 : « j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses », L60-61 : « Mon lit,</p>

		<p>chez moi, est plus bas que les leurs, donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée », L63-64 : « Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va lentement, mais, j'y arrive », L70-71 : « je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités », L81-82 : « Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant, je me dis que je marche », L94-95 : « je vois, avec le recul, en 4 ans, elle, elle a des gestes qui sont devenus automatiques : le verrouillage », L100-101 : « appris énormément de choses donc là, quand je suis chez moi, certes on n'a pas passé en revue toutes les activités donc, j'essaye », L107-108 : « Donc oui, avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver », L119-121 : « Mais, le fait de sortir, de n'être plus dans le cadre médicalisé, que voir que dehors, c'est la vie, et que je peux y arriver, alors là, ça m'a également redonné confiance en moi », L121-122 : « Oui, car je vois que maintenant je peux refaire des choses », L124 : « Moi, les activités ont été des déclics, une reprise d'activités »</p>
	<p>Transfert, mise en pratique des apprentissages</p>	<p>L6-7 : « petit à petit, elle a mis en place des activités en lien avec celles que l'on réalise tous les jours », L13 : « chose que je ne faisais plus », L18-19 : « mais c'est disons du réel », L26-27 : « Je fais très attention à ce que l'on m'a dit, je ne vais pas non plus trop en faire. Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire », L35-36 : « Je pense à chaque geste que je fais, c'est pour cela que je vous dis que parfois je suis raide, et non, dans l'action », L61-62 : « j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant », L64-66 : « j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encré dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela deviendra des automatismes », L68-70 : « je fais même les machines à laver maintenant, que j'ai ensuite étendu, alors que je ne le faisais plus du tout », L99 : « on a beaucoup pratiqué », L105-106 : « mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux », L117 : « Donc oui, les mises en situations sont très importantes, quel que soit la mise en situation »</p>

## Annexe 19 : Analyse des résultats des deux entretiens pour l'expérience analysée :

Entretien 1 : A		
Indicateurs et résumé entretien	Indices	Texte
<p>Expérience analysée comme une réussite, croyance dans la capacité d'apprendre :</p> <p>Les séances ont permis à A d'accroître ses activités, alors qu'il n'avait initialement aucune connaissance. Sa persévération en d'ergothérapie permet d'augmenter la croyance en ses capacités. Pour cela, l'accompagnement en ergothérapie doit être long pour identifier ses capacités. Après cela, A analyse ses capacités en fonction de l'activité à réaliser. Si celle-ci semble difficile A s'adapte.</p>	Augmentation du sentiment d'efficacité, croyance en ses capacités	L17 : « au bout de 6 mois quand même, ça m'est rentré dans la tête », L19 : J'ai fait plusieurs fois l'école du dos, l'école du rachis », L29 : « Oui, exactement, je les pratique et je fais vraiment », L39 : « je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités », L41-42 : « Et maintenant, je continue encore à renforcer mon dos et je n'arrêterai pas en sortant d'ici », L47 : « j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus », L51-53 : « Et maintenant, ça va beaucoup mieux, c'est de mieux en mieux. Je peux me faire à manger, j'arrive à faire des machines à laver, je reprends les gestes que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos », L55-58 : « Quand j'ai été opéré, je me suis dit c'est bon, je suis foutu, je ne pourrai plus du tout faire ce que je faisais avant, je ne pourrai plus faire le travail que je faisais avant. Mais maintenant, c'est vrai que j'arrive à peu près à vivre normalement », L59-61 : « Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux », L83-84 : « c'est justement pour apprendre des choses, réaliser des activités et aller de l'avant »
	Activités réussie ou non réussie	L25 : « maintenant, je les utilise machinalement », L36-37 : « plusieurs mois pour apprendre et vraiment les intégrer parce que ce n'était pas évident », L74-75 : « avant, je ne pouvais même plus aller en courses, et maintenant je peux »
	Adaptation de l'activité	L30-31 : « pour aller faire les courses, comment faire les courses, comment porter les paquets, comment porter le sac à dos dans le dos », L32 : « Mais aussi, comment m'allonger, comment me lever, comment m'asseoir »
	Réflexion sur l'activité, nécessite des apprentissages	L5-6 : « tout ce que je ne savais pas », L6-7 : « les gestes et postures qu'il fallait faire », L10-11 : « j'ai appris les gestes du quotidien qu'il fallait faire pour éviter la récurrence du dos », L25-26 : « Alors qu'avant, je ne connaissais même pas les positions qu'il fallait adopter », L54-55 : « pouvoir enfin revivre normalement », L59-61 : « Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux », L61-62 : « il va falloir que je m'oriente vers autre chose. », L69 : « je fais très attention parce que l'appréhension est toujours là », L80-81 : « j'ai déjà essayé de faire bien-sûr de moi-même, en gardant toujours en tête tout ce que j'ai appris », L84-85 : « J'essaie de faire même autre chose, mais je garde bien en tête les choses que j'ai apprises », L89-90 : « mais d'autres, que je peux encore faire donc il faut que je me réadapte »

Entretien 2 : B		
Indicateurs et entretien	Indices	Texte
<p>Expérience analysée comme une réussite, croyance dans la capacité d'apprendre :</p> <p>Les mises en situation réalisées en ergothérapie ont permis à B de retrouver confiance en elle et en ses capacités de réussite. B procède à une analyse de ses expériences, mais réfléchit aussi sur sa façon d'agir afin de les reproduire dans son environnement.</p>	<p>Augmentation du sentiment d'efficacité, croyance en ses capacités</p>	<p>L7-8 : « j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L8 : « j'avais plus confiance en moi », L13 : « chose que je ne faisais plus », L16-17 : « c'est ce que j'ai fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps », L23-24 : « maintenant je prends plus régulièrement la voiture », L24-26 : « j'étais énormément à l'écoute de mon corps, en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise le dos bien droit », L27 : « je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire », L47-49 : « j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses alors que pour mon cerveau, ça allait être fini pour moi, que je ne pourrai plus le faire », L49-50 : « je pourrai le faire et ça, c'est très important », L60 : « j'ai mis en pratique ce que j'ai appris », L61-62 : « j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant », L63-65 : « Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va lentement mais, j'y arrive. Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encré dans mon cerveau et que je n'y penserai plus », L66 : « Oui, et puis, je suis obligée de faire des choses », L68-69 : « je fais même », L71 : « je reprends petit à petit mes activités », L81-82 : « les séances et voir que l'on peut réaliser des choses », L83-84 : « si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué », L86 : « j'ai vu que c'était possible », L90 : « Mais cela, je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils », L101 : « j'essaye », L104 : « j'ai vu que je pouvais y arriver », L106-107 : « j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux et que je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités », L107-108 : « au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver », L109-110 : « Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver », L113-115 : « les mises en situation sont essentielles, car de suite, j'ai repéré les activités que je pratiquais, mon environnement était relativement présent dans ma tête », L120-121 : « je peux y arriver, alors là, ça m'a également redonné confiance en moi », L121-122 : « je vois que maintenant je peux refaire des choses »</p>
	<p>Activités réussie ou non réussie</p>	<p>L7-8 : « j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L12-14 : « reprendre à marcher sur un terrain qui n'est pas plat, puis on a commencé les activités comme monter et descendre de la voiture », L16-17 : « c'est ce que j'ai fait de nouveau », L30 : « j'étais, toujours pareil », L63-65 : « Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va lentement mais, j'y arrive. Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encré dans mon cerveau et que je n'y penserai plus », L104 : « j'ai vu que je pouvais y arriver », L122-123 : « j'y arriverai et ça sera quelque chose qui me plaît et que je pourrai encore faire »</p>

	Adaptation de l'activité	L7 : « activités en lien avec celles que l'on réalise tous les jours », L11 : « au début, des activités plus simples », L15-16 : « Il faut verrouiller le dos, je peux m'allonger avec les jambes un petit peu en l'air pour que je sois bien durant le trajet », L22 : « je regarde beaucoup plus mon environnement », L101 : « j'essaye », L101-102 : « parfois je demande à mon mari qu'il vienne m'aider. »
	Réflexion sur l'activité, nécessité des apprentissages	L5-6 : « quelques exercices très doux, au départ, pour me montrer que la priorité était d'abord le verrouillage de mon dos », L6 : « chose que je n'avais jamais faite », L14 : « prendre plus conscience de mon corps », L18-19 : « du réel et de la mise en situation », L19-20 : « De la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L20-21 : « escaliers qui sont assez pentues, qui descendent aux chambres », L26 : « Je fais très attention à ce que l'on m'a dit », L35 : « j'y pense encore beaucoup », L34-35 : « j'y pense », L35 : « Je pense à chaque geste que je fais », L36 : « j'ai besoin de réfléchir encore un peu », L38-39 : « Je ne peux pas me dire, je fais, j'essaye, et, on verra bien », L39 : « je suis très scolaire », L60-61 : « Mon lit, chez moi, est plus bas que les leurs, donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée », L63-65 : « Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va lentement mais, j'y arrive. Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n'y penserai plus », L67 : « Donc je fais, en pensant bien », L70 : « j'ai bien pensé » ; L86-87 : « qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais », L97 : « Tout cela, je l'ai observé et je l'ai vu », L105 : « j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris », L107-108 : « au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver », L109-110 : « Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver », L128 : « De l'avoir fait, ça a été très bien pour moi »

## Annexe 20 : Analyse des résultats des deux entretiens pour les efforts fournis :

Entretien 1 : A		
<p><b>Efforts fournis et éventuellement augmentés pour la réalisation d'activité :</b></p> <p>Les séances d'ergothérapie permettent à A d'accroître ses capacités et de prendre consciences des efforts à fournir. En reproduisant les éléments acquis en séances, A appréhende les activités difficiles. Cependant, même si, une anxiété est encore présente, A identifie les bénéfices apportés par la réalisation d'activités de la vie quotidienne.</p>	<p>Augmentation des capacités</p> <p>Jugement des efforts à fournir selon le niveau de difficulté</p>	<p>L16 : « À force de les répéter quotidiennement », L17 : « ça m'est rentré dans la tête », L19-20 : « ça a fini par rentrer dans la tête », L23-26 : « Non, moi je ne les connaissais pas du tout c'est eux qui me les ont appris et réappris et réappris : c'est justement comme ça que c'est entré dans ma tête », L25 : « Alors qu'avant », L29 : « je fais vraiment exactement ce que j'ai appris », L39 : « Absolument, tout à fait, je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités », L41-42 : « et maintenant je continue à renforcer mon dos », L49-51 : « avant j'avais peur de me baisser, je ne pouvais plus faire la vaisselle, je ne pouvais plus me faire à manger tout seul, je ne pouvais plus m'habiller et j'avais peur de me baisser et j'avais des douleurs. Et maintenant, ça va beaucoup mieux », L54 : « c'est bénéfique pour moi », L55-57 : « Quand j'ai été opéré, je me suis dit c'est bon, je suis foutu, je ne pourrai plus du tout faire ce que je faisais avant, je ne pourrai plus faire le travail que je faisais avant. Mais maintenant, c'est vrai que j'arrive à peu près à vivre normalement », L73-75 : « Mais bon, disons que pour les gestes, c'est déjà ça, ça va beaucoup mieux. Maintenant, comme je vous ai dit avant, je ne pouvais même plus aller en courses, et maintenant je peux. Disons, que je reprends goût à la vie donc c'est très positif. », L84-85 : « mais je garde bien en tête les choses que j'ai apprises : les bonnes postures, les bons gestes »</p> <p>L19 : « J'ai fait plusieurs fois », L29 : « je fais vraiment exactement ce que j'ai appris », L34 : « Oui, tout ce qu'il fallait faire pour éviter les douleurs au dos et, les problèmes de dos », L36 : « il m'a fallu quand même plusieurs mois », L54-55 : « Je suis heureux de pouvoir enfin revivre normalement, c'est vraiment valorisant, car ça n'était pas évident », L59-61 : « Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux, peut-être, pour l'instant je ne sais pas », L69 : « Oui, je la réalise mais je fais très attention », L70 : « elles ont énormément diminuées mais elles restent présentes », L85-87 : « Avant... et je me dis que je vais essayer quand même de reprendre »</p>
Entretien 2 : B		
<p><b>Efforts fournis et éventuellement augmentés pour la réalisation d'activité :</b></p>	<p>Augmentation des capacités</p>	<p>L6 : « Puis, petit à petit », L7-8 : « j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L8 : « Grâce à elle, j'avais plus confiance en moi », L11 : « au début », L15-16 : « je peux m'allonger avec les jambes un petit peu en l'air pour que je sois bien durant le trajet », L21-23 : « Mais c'est vrai que depuis les séances, je regarde beaucoup plus mon environnement : comment est mon évier, où est placée ma vaisselle », L23-</p>

<p>B réalise progressivement les activités de la vie quotidienne et envisage même de reprendre une activité professionnelle. Sa confiance en elle et en ses capacités ont augmentés. Désormais, B est en capacité d'identifier les efforts à fournir en fonction du niveau de complexité de l'activité.</p>		<p>24 : « je prends plus régulièrement la voiture, côté passager bien sûr. », L28 : « j'ai essayé de faire ce que j'avais l'habitude de faire », L30 : « Et, j'étais, toujours pareil, grâce à tous les conseils, un peu moins raide », L47 : « ça je sais que je ne dois pas le faire », L47-48 : « j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses alors que pour mon cerveau, ça allait être finit pour moi, que je ne pourrai plus le faire », L49-51 : « je pourrai le faire et ça, c'est très important parce que sinon on se dit que l'on doit recommencer une autre vie » et que tout est terminé », L61 : « j'y suis arrivée », L61-63 : « j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant : avant, je me penchais en avant alors que là, j'étais en position chevalier servant, car le lit est très bas », L64 : « j'y arrive », L68-70 : « je fais même les machines à laver maintenant, que j'ai ensuite étendu, alors que je ne le faisais plus du tout », L70-71 : « Donc voilà, je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités », L81-82 : « Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant, je me dis que je marche », L83 : « je peux », L101 : « donc, j'essaye », L104 : « En fait, j'ai vu que je pouvais y arriver », L105-106 : « cela allait fonctionner », L106-107 : « je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités », L110 : « je peux y arriver », L118 : « quand je sors à l'extérieur pour faire des activités », L120 : « je peux y arriver », L124 : « Moi, les activités ont été des déclics, une reprise d'activités »</p>
	<p>Jugement des efforts à fournir selon le niveau de difficulté</p>	<p>L5-6 : « quelques exercices très doux, au départ, pour me montrer que la priorité était d'abord le verrouillage de mon dos », L7-8 : « j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L14 : « la façon dont j'étais de mieux », L14-15 : « la façon dont j'étais le mieux installée », L16 : « Cela m'a beaucoup aidé », L17 : « ce qui est difficile au début », L26-27 : « Je fais très attention à ce que l'on m'a dit, je ne vais pas non plus trop en faire », L28 : « j'ai essayé de faire », L33 : « j'y pense encore beaucoup », L35 : « Je pense à chaque geste que je fais », L37-38 : « Moi je suis assez peureuse donc je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre », L41-42 : « , je suis un peu raide donc dans ma tête, je dois suivre correctement ce que l'on m'a dit de faire », L44-46 : « j'ai appris, alors, qu'il fallait, pour éviter d'avoir mal au dos, éviter certaines positions à tout prix, positions que je pouvais faire en verrouillant mon dos », L60-61 : « Mon lit, chez moi, est plus bas que les leurs, donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée », L64-66 : « j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encré dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela deviendra des automatismes », L84-85 : « Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle », L85-86 : « Après, avec les activités proposées par les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible », L87-88 : « ce qui m'inquiète mais je sais que cela reviendra, c'est de le faire très rapidement », L89-90 : « rapidité dans l'action, que cela soit plus</p>



fluide », L108 : « je ne me dis pas, que je fais sans pouvoir », L115-116 : « Mais je sais que, quand je vais voir »

### Annexe 21 : Analyse des résultats des deux entretiens pour l'échec :

Entretien 1 : A		
<p>Associe l'échec à un manque d'investissement ou de connaissances pouvant être acquis :</p> <p>A a acquis de nombreux éléments durant les séances d'ergothérapie. D'une part, son inquiétude ne le restreint plus dans ses activités. D'autre part, son assiduité lui permet d'avoir une capacité de jugement. En effet, A a conscience de l'importance de réaliser des activités, si celles-ci semblent problématiques, il envisage alors des solutions alternatives. Cependant, pour acquérir cette capacité de jugement, cela nécessite du temps.</p>	Effort suffisant	L16-17 : « À force de les répéter quotidiennement, car je faisais les séances de 8h30 à 12h donc 4h par jour », L29-31 : « je fais vraiment exactement ce que j'ai appris : les fentes, les flexions, pour soulever les poids, pour aller faire les courses, comment faire les courses, comment porter les paquets, comment porter le sac à dos dans le dos », L69 : « Oui, je la réalise mais je fais très attention parce que l'appréhension est toujours là », L81 : « mais oui, j'ai déjà fait, ça m'est déjà arrivé »
	Suffisamment de connaissances	L5 : « J'ai appris beaucoup de choses », L5 : « j'ai tout appris », L7 : « Voilà, j'ai appris tout ça », L10 : « j'ai appris les gestes du quotidien », L13 : « Oui, j'ai énormément appris », L31-32 : « Enfin j'ai vraiment appris un tas de choses », L39-41 : « Absolument, tout à fait, je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités : les courses, quand je fais des travaux à la maison, comment me baisser, comment me relever, soulever des poids », L92-93 : « j'ai appris énormément de choses sur les postures »
	Capacité de jugement	L5 : « j'ai tout appris », L17-19 : « Donc comme je vous disais, j'ai vraiment appris les gestes qu'il fallait faire et les gestes qu'il fallait éviter », L24-26 : « Mais c'est vrai que maintenant, je les utilise machinalement. Alors qu'avant, je ne connaissais même pas les positions qu'il fallait adopter », L34 : « Oui, tout ce qu'il fallait faire pour éviter les douleurs au dos et, les problèmes de dos », L36-37 : « Oui, il m'a fallu quand même plusieurs mois pour apprendre et vraiment les intégrer parce que ce n'était pas évident », L41 : « j'ai tout appris et cela m'a été très utile », L52-53 : « Je peux me faire à manger, j'arrive à faire des machines à laver, je reprends les gestes que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos », L54 : « bénéfique », L58-59 : « même si je sais que je ne pourrai plus reprendre mon métier de mécanicien, car je ne pourrai plus soulever la boîte à vitesse, de poids trop lourd », L82-84 : « Ça fait 6mois que je travaille, que je suis ici, que je ne manque aucune séance, c'est justement pour apprendre des choses », L89-90 : « mais d'autres, que je peux encore faire donc il faut que je me réadapte. »

<b>Entretien 2 : B</b>		
<p>Associe l'échec à un manque d'investissement ou de connaissances pouvant être acquis :</p> <p>Les séances d'ergothérapie permettent à B d'accroître sa capacité de jugement concernant ses aptitudes pour réaliser des activités de la vie quotidienne. De plus, B assimile la notion d'échec à un manque de connaissances, d'effort, d'automatismes qui s'acquièrent avec le temps.</p>	Effort suffisant	<p>L7-8 : « que j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L16-17 : « c'est ce que j'ai fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps », L61 : « je me suis remémorée et j'y suis arrivée », L61-63 : « Après, faire mon lit, j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant : avant, je me penchais en avant alors que là, j'étais en position chevalier servant, car le lit est très bas », L67-68 : « Donc je fais, en pensant bien au verrouillage, porter les charges près du corps, descendre des livres dans les escaliers en gardant bien les choses près de moi », L81-82 : « Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant, je me dis que je marche », L86 : « j'ai vu que c'était possible », L99-101 : « on a beaucoup pratiqué, essayé et appris énormément de choses donc là, quand je suis chez moi, certes on n'a pas passé en revue toutes les activités donc, j'essaye », L104-105 : « En fait, j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même, mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris », L118-119 : « je me suis dit, faire des activités à l'intérieur c'est bien, enfin il faut commencer par cela »</p>
	Suffisamment de connaissances	<p>L15-16 : « Il faut verrouiller le dos, je peux m'allonger avec les jambes un petit peu en l'air pour que je sois bien durant le trajet. Cela m'a beaucoup aidé », L18-19 : « mais c'est disons du réel et de la mise en situation. De la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L44 : « j'ai appris beaucoup de choses », L46 : « Oui, certaines positions que je ne dois plus faire », L60 : « j'ai mis en pratique ce que j'ai appris », L61 : « je me suis remémorée et j'y suis arrivée », L113 : « mises en situation sont essentielles, »</p>
	Capacité de jugement	<p>L7-8 : « que j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L13 : « chose que je ne faisais plus », L16-17 : « c'est ce que j'ai fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps », L17-18 : « Après, ce qui est difficile au début », L18-19 : « mais c'est disons du réel et de la mise en situation. De la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L20-21 : « c'est vrai que chez moi, j'ai mon environnement avec les escaliers qui sont assez pentues, qui descendent aux chambres », L22 : « je regarde beaucoup plus mon environnement », L24-27 : « j'étais énormément à l'écoute de mon corps, en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise le dos bien droit... Je fais très attention à ce que l'on m'a</p>

## LXXVIII

		<p>dit, je ne vais pas non plus trop en faire », L27 : « je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire, certes moins qu'avant », L28-29 : « ne pas rester à table mais aider », L35-36 : « c'est pour cela que je vous dis que parfois je suis raide, et non, dans l'action », L37-38 : « Moi je suis assez peureuse donc je vais plus écouter ce que l'on me dit, et, essayer de suivre », L56-57 : « sont tout aussi important », L63-66 : « Bon, là je me suis dit, d'accord, ça va lentement mais, j'y arrive. Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encré dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela deviendra des automatismes », L70 : « Là, j'ai bien pensé à verrouiller en levant les bras », L70-73 : « je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités. Mais, après, si on ne me l'avait pas expliqué avant, je ne sais pas si je l'aurai fait, à moins de le lire dans les livres. Donc tout cela m'aide beaucoup », L80-81 : « Je pensais que je ne pourrai plus rien faire », L84-85 : « Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle », L90 : « Mais cela, je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils », L94 : « Et je vois, avec le recul, en 4 ans, elle, elle a des gestes qui sont devenus automatiques », L99-101 : « on a beaucoup pratiqué, essayé et appris énormément de choses donc là, quand je suis chez moi, certes on n'a pas passé en revue toutes les activités donc, j'essaye », L104-105 : « En fait, j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même, mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris », L106 : « ça ne peut aller que mieux », L107-108 : « Donc oui, avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver, je ne me dis pas, que je fais sans pouvoir », L122-123 : « et j'y arriverai et ça sera quelque chose qui me plaît et que je pourrai encore faire »</p>
--	--	---

## Annexe 22 : Analyse des résultats des deux entretiens pour les situations difficiles :

Entretien 1 : A		
<p>Aborde les situations difficiles avec assurance, car il les contrôle :</p> <p>Les apprentissages permettent à A d'appréhender les activités de la vie quotidienne, en croyant en ses capacités d'agir, quel que soit le niveau de difficulté. Si certaines restent problématiques, A tente de les aborder autrement.</p>	Capacité de contrôle, réalisable	L10-11 : « j'ai appris les gestes du quotidien qu'il fallait faire pour éviter la récurrence du dos », L24-25 : « Mais c'est vrai que maintenant, je les utilise machinalement », L32 : « Mais aussi, comment m'allonger, comment me lever, comment m'asseoir », L39-41 : « , je fais ce que l'on m'a appris à domicile, pour toutes les activités : les courses, quand je fais des travaux à la maison, comment me baisser, comment me relever, soulever des poids », L52-53 : « Je peux me faire à manger, j'arrive à faire des machines à laver, je reprends les gestes que je faisais avant, avant que j'ai mes problèmes de dos », L54-55 : « Je suis heureux de pouvoir enfin revivre normalement », L59-61 : « Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux », L69 : « Oui, je la réalise mais je fais très attention parce que l'appréhension est toujours là », L74-75 : « Maintenant, comme je vous ai dit avant, je ne pouvais même plus aller en courses, et maintenant je peux. Disons, que je reprends goût à la vie donc c'est très positif »
	Assurance en leurs capacités	L24 : « c'est justement comme ça que c'est entré dans ma tête », L29-31 : « je fais vraiment exactement ce que j'ai appris : les fentes, les flexions, pour soulever les poids, pour aller faire les courses, comment faire les courses, comment porter les paquets, comment porter le sac à dos dans le dos », L49-51 : « Cela a surtout été positif, car avant j'avais peur de me baisser, je ne pouvais plus faire la vaisselle, je ne pouvais plus me faire à manger tout seul, je ne pouvais plus m'habiller et j'avais peur de me baisser et j'avais des douleurs. Et maintenant, ça va beaucoup mieux », L57-58 : « Mais maintenant, c'est vrai que j'arrive à peu près à vivre normalement », L59-61 : « Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux », L81-82 : « C'est ce qu'il faut, sinon je ne fais plus beaucoup de choses et ce n'est pas le but », L85-88 : « Avant, je ne pouvais plus faire de la moto, enfin j'ai des loisirs, comme la moto, comme la pêche, que je veux refaire. Et je me dis que je vais essayer quand même de reprendre tout cela, car il n'y a pas que le travail, il y a aussi les loisirs qui sont très importants », L93 : « J'ai bien travaillé »
	Effort	L36-37 : « il m'a fallu quand même plusieurs mois pour apprendre et vraiment les intégrer parce que ce n'était pas évident », L44 : « Oui j'ai encore des séances », L47 : « maintenant j'essaie vraiment de faire d'une part et de faire plus. », L59-61 : « Il y a beaucoup de choses dans ce métier que je ne

		pourrai plus faire. Enfin, peut-être que je pourrai faire des petits travaux », L67 : « J'ai toujours des appréhensions quand même », L69 : « Oui, je la réalise mais je fais très attention parce que l'appréhension est toujours là », L71 : « J'ai toujours peur quand même, de récidiver, d'avoir des douleurs », L73 : « Mais bon, disons que pour les gestes, c'est déjà ça, ça va beaucoup mieux », L83-84 : « c'est justement pour apprendre des choses, réaliser des activités et aller de l'avant », L88-89 : « Avant, je faisais beaucoup de sports comme du tennis, et je ne pouvais plus le faire, alors il y a des loisirs que je dois éviter, je le sais »
--	--	---

<b>Entretien 2 : B</b>		
<p>Aborde les situations difficiles avec assurance, car il les contrôle :</p> <p>Grâce aux séances d'ergothérapie, B réfléchit aux différentes étapes pour réussir l'activité. Même si, B semble craintive, elle aborde progressivement les situations initialement problématiques avec assurance.</p>	<p>Capacité de contrôle, réalisable</p>	<p>L5-6 : « quelques exercices très doux, au départ, pour me montrer que la priorité était d'abord le verrouillage de mon dos », L7-8 : « j'arrive de mieux en mieux à réaliser », L16 : « Cela m'a beaucoup aidé », L16-17 : « c'est ce que j'ai fait de nouveau, que je n'avais pas fait depuis très longtemps », L23-24 : « Et puis, maintenant je prends plus régulièrement la voiture », L25-26 : « en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise le dos bien droit », L60 : « bien sûr que j'ai mis en pratique ce que j'ai appris », L61-62 : « donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée. Après, faire mon lit, j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant », L64-66 : « Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela deviendra des automatismes », L67 : « je fais », L68-69 : « je fais même », L70 : « Là, j'ai bien pensé à verrouiller en levant les bras », L81-82 : « . Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant », L83-85 : « je me dis, si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué. Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle », L85-87 : « Après, avec les activités proposées par les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible, qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais », L104-107 : « j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même, mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux et que je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités », L107-108 : « Donc oui, avant de réaliser une activité, au départ, je veux, dans ma tête, je veux y arriver, je ne me dis pas, que je fais sans pouvoir », L108-110 : « Au début oui, je me serais dit, je ne peux pas y arriver. Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver », L120 : « que voir que dehors, c'est la vie, et que je peux y arriver », L121-123 : « je vois que maintenant je peux refaire des choses, comme faire une longue marche, car j'adore</p>

		marcher, et j'y arriverai et ça sera quelque chose qui me plait et que je pourrai encore faire », L126 : « , je me suis dit que je peux »
	Assurance en leurs capacités	L18-20 : « mais c'est disons du réel et de la mise en situation. De la mise en situation sur ce que j'avais appris et ce que j'allais pouvoir faire », L27-28 : « Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire, certes moins qu'avant mais, j'ai essayé de faire ce que j'avais l'habitude de faire, », L47 : « voilà ça je sais que je ne dois pas le faire », L47-49 : « j'ai appris aussi que je pourrai faire certaines choses alors que pour mon cerveau, ça allait être fini pour moi », L61-62 : « donc je me suis remémorée et j'y suis arrivée. Après, faire mon lit, j'ai pris déjà certaines positions que je ne prenais pas avant », L64-66 : « Donc plus tard, j'y arriverai de mieux en mieux, car je pense qu'après, avec l'habitude, ça sera encre dans mon cerveau et que je n'y penserai plus : cela deviendra des automatismes », L67 : « je fais », L68-69 : « je fais même », L70-71 : « je me suis aperçue que chez moi, je reprends petit à petit mes activités », L81-82 : « . Et là, bien évidemment, les séances et voir que l'on peut réaliser des choses ça m'a fait un bien énorme, car maintenant », L83-85 : « je me dis, si je peux marcher alors je vais pouvoir mettre en œuvre tout ce que l'on nous a expliqué. Et commencer peut-être à voir pour reprendre une activité professionnelle », L85-87 : « Après, avec les activités proposées par les ergothérapeutes, j'ai vu que c'était possible, qu'il va falloir quand même que je réfléchisse un peu à tout ce que je fais », L90 : « Mais cela, je pense viendra au fur et à mesure avec tous les conseils », L104-107 : « j'ai vu que je pouvais y arriver, non sans douleur totale, parce que quand même, mais oui, j'ai eu l'impression de bien mettre en application ce que j'avais appris et, que, cela allait fonctionner et, que, j'y étais arrivé donc que ça ne peut aller que mieux et que je peux, au fur et à mesure, réaliser des activités », L108-110 : « Au début oui, je me serais dit, je ne peux pas y arriver. Mais maintenant, je sais que grâce aux exercices, aux conseils, à cette assurance que l'on m'a donné, alors je me suis que je peux y arriver », L115-116 : « Mais je sais que, quand je vais voir, sous mon bureau les cartons d'archives, je vais penser à l'ergothérapeute », L120 : « que voir que dehors, c'est la vie, et que je peux y arriver », L126 : « , je me suis dit que je peux »
	Effort	L20-21 : « c'est vrai que chez moi, j'ai mon environnement avec les escaliers qui sont assez pentues, qui descendent aux chambres », L25-26 : « en me disant tiens la tu peux aider, tu peux rester assise le dos bien droit », L27-28 : « Mais, je ne vais pas rester statique donc j'ai essayé de faire, certes moins qu'avant mais, j'ai essayé de faire ce que j'avais l'habitude de faire, », L33-35 : « il paraît qu'ensuite, les gestes vont s'intégrer à mon cerveau, mais pour le moment, j'y pense », L66-67 : Oui, et puis, je suis obligée de faire des choses, il y a mon mari mais je ne peux pas tout lui demander, L100-102 :



**Abstract en français :**

Ce mémoire traite de l'ergothérapie au sein du programme d'éducation thérapeutique pour les personnes souffrant de lombalgie chronique, pathologie étant un véritable enjeu de santé publique. Toutes les répercussions engendrées par la douleur chronique placent la personne dans un cercle vicieux, diminuant progressivement leur sentiment d'efficacité personnelle. Ce mémoire cherche la possible influence de l'apprentissage expérientiel sur ce sentiment. En utilisant la démarche hypothético-déductive, nous questionnons, par un entretien, deux personnes. L'analyse des résultats montre que, l'apprentissage expérientiel augmente le sentiment d'efficacité personnelle, mais, ne semble pas être le seul facteur. D'autres hypothèses, comme les styles d'apprentissages l'identité occupationnelle et/ou le groupe, peuvent avoir une influence. L'échantillon restreint ne semble pas généraliser les résultats, mais laisse place à d'éventuelles recherches.

**Abstract en anglais :**

This dissertation talks about occupational therapy within the therapeutic patient education program for people with chronic low back pain, a chronic pathology, as a major public health issue. All the repercussions of chronic pain places the person in a vicious circle, gradually diminishing its sense of self-efficacy. This dissertation searches for the possible influence of experiential learning, related to this sentiment. According to a hypothetico-deductive reasoning, the experimental method questions, via a personal interview, two suffering persons. If experiential learning increases the sense of self-efficacy, it does not appear to be the only factor. Other assumptions, such as learning styles, occupational identity or group of patients, can have an influence. The small sample does not seem to generalize the results, but gives way to future research.