



Institut de Formation

En
Ergothérapie


Hôpitaux de Toulouse



- TOULOUSE -

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES D'ERGOTHÉRAPIE

« L'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
avec le patient atteint de douleurs chroniques orofaciales

Un premier pas vers la collaboration interdisciplinaire avec le
chirurgien-dentiste »

*Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 (S6) et en vue de
l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute*

Directeur de mémoire : Florent DESTRUHAUT

Florian THIERTANT
Promotion 2018-2021

Engagement et autorisation

Je soussigné Florian THIERTANT, étudiant en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 10/05/2021

Signature du candidat :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Florian Thiertant', written over a light blue horizontal line.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Tout d'abord je souhaite remercier mon directeur de mémoire Florent Destruhaut. Son accompagnement, sa bienveillance et nos différents échanges m'ont permis de mener à bien ce travail.

Merci aux différents professionnels qui ont généreusement accepté de participer à cette étude à travers les entretiens. La richesse de ces échanges ont permis à ce travail d'aboutir. Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Toulouse pour les connaissances qu'ils ont pu m'apporter. Cet environnement m'a autant permis de développer mon identité professionnelle que personnelle tout au long de la formation.

Mes remerciements vont à mes camarades de la promotion 2018-2021. La genèse de notre amitié n'en est qu'à ses débuts. Une attention plus particulière pour Mathis, il est rare de trouver cet ami sur lequel on peut compter en toute circonstance, même si le coup de téléphone à 7h du matin aurait pu attendre. Je ne peux oublier Mélodie, l'oiseau de nuit avec qui j'ai tant discuté. Nos querelles ne sont que la surface d'une relation franche et sincère qui s'est développée au fil de cette année. Finalement je suis assez content de t'avoir rencontré, bas les masques.

Bien évidemment, ce sont plus que des remerciements qui vont à mon père, ma mère, ma sœur et mes grands-parents. On ne remercie jamais assez les personnes qui nous entoure de leurs simples présences. La vie nous apprend à chérir ce quotidien, détenir ce bonheur est un privilège dont je suis fier d'y avoir accès. A toi Gé, tu as fait bien plus que le simple accompagnement dont tu te vantes.

Pour toi Jeff

Tu ne sais à quel point j'aimerais revoir ton sourire, tu fais partie de ces personnes qui ont marqué ma vie

A très vite

« Ne l'oubliez jamais : celui qui laisse commettre une injustice ouvre la voie à la suivante »

Willy Brandt (1913-1992)

SOMMAIRE

Table des matières

Introduction	1
1) Cadre théorique	2
a) L’ergothérapie : une discipline interdisciplinaire affirmant sa singularité.....	2
i) Définition et recherche appliquée en ergothérapie	2
ii) Pratique centrée sur le client et utilisation dans le cadre de la douleur chronique ..	4
b) La douleur	5
i) Définition.....	5
ii) Une expérience à part entière.....	7
iii) Les douleurs chroniques en France.....	8
(1) Contexte épidémiologique.....	8
(2) Une problématique complexe de Santé Publique.....	8
(3) Les structures spécialisées douleurs chroniques	8
(4) L’entretien : un espace d’échange approprié dans le contexte de la douleur chronique.....	9
c) Les douleurs chroniques orofaciales et leur prise en soin.....	10
i) Contexte épidémiologique.....	10
(1) Exemple de la Grande Bretagne.....	10
(2) Les facteurs de risques	10
ii) Un diagnostic complexe.....	11
(1) Vers un diagnostic précis	11
(2) Une chronicité différente.....	12
(3) Symptômes associés.....	12
iii) Douleurs chroniques orofaciales et qualité de vie	14
iv) Le parcours de soin d’un patient en service d’occlusodontie : exemple de la Faculté Dentaire de l’Université Paul Sabatier de Toulouse.....	15
(1) Processus d’intervention	15
(2) L’évaluation de l’impact des douleurs chroniques orofaciales	16
d) Modèle Conceptuel et outil d’évaluation	17
i) Le Modèle Canadien du Rendement et de l’Engagement Occupationnel	17
ii) La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	18

(1) Description de l’outil d’évaluation.....	18
(2) Validation de l’utilisation de la MCRO avec les personnes atteintes de douleurs chroniques orofaciales.....	19
iii) L’engagement occupationnel : socle de la performance et de la participation de l’individu.....	20
e) L’interdisciplinarité : une collaboration pertinente.....	21
i) Définitions.....	21
ii) Un atout pour le raisonnement clinique.....	22
2) Objectif de recherche.....	23
3) Méthode exploratoire.....	24
a) Recueil de données.....	24
i) Méthodologie d’investigation.....	24
(1) Méthode qualitative.....	24
(2) Approche ethnographique.....	25
(3) L’entretien.....	26
b) Population de l’étude.....	26
c) Construction de l’outil.....	27
d) Analyse des résultats.....	28
i) Analyse textuelle.....	29
ii) Analyse des données.....	29
(1) Données des ergothérapeutes.....	29
(2) Données des chirurgiens-dentistes.....	33
e) Discussion.....	36
i) Interprétation des résultats.....	36
ii) Limites et biais de la recherche.....	37
iii) Projection professionnelle.....	38
Conclusion.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	
Annexes.....	

Introduction

Dans l'ouvrage *Anthropologie de la douleur*, Le Breton disait : « ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier » (Le Breton, 2012). Bien qu'attaché à sa vision anthropologique de la douleur, l'auteur amène des principes propres à l'ergothérapie : la vision holistique de l'individu et l'approche centrée sur la personne. L'intervention de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du patient atteint de douleur chronique est un élément indispensable (Jacquot, 2003). Cependant un phénomène douloureux n'est pratiquement pas étudié dans la littérature ergothérapique : les douleurs chroniques orofaciales.

La première phase du processus d'intervention de l'ergothérapeute est l'évaluation. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est une évaluation de base en ergothérapie. Elle permet d'identifier les problématiques occupationnelles de l'individu. Nous verrons donc si l'utilisation de cet outil a été validée auprès de cette population.

Dans le contexte de la douleur chronique, la qualité de vie d'une personne est souvent impactée. Nous verrons quelles sont les répercussions de ces douleurs orofaciales sur la qualité de vie du patient et sur son engagement dans ses activités de vie quotidienne.

Comme l'ergothérapeute n'intervient pas auprès de cette population, nous allons nous intéresser à la pratique d'un professionnel de santé spécialiste de ces douleurs : le chirurgien-dentiste. Nous verrons comment ces praticiens évaluent l'impact des douleurs chroniques orofaciales sur la qualité de vie de ces personnes. Il nous faudra comprendre leur raisonnement clinique et mettre en évidence les savoirs de l'ergothérapeute autour des problématiques occupationnelles du patient douloureux chronique. Nous allons voir dans ce travail si la MCRO pourrait devenir un outil d'évaluation complémentaire à ceux des chirurgiens-dentistes. Pour se faire, nous allons nous intéresser à la collaboration interdisciplinaire qui pourrait naître entre l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste.

A travers un travail bibliographique ciblé et l'étude de la pratique des chirurgiens-dentistes du service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse, nous allons définir le cadre de ce mémoire. Enfin, une étude auprès d'ergothérapeutes et de chirurgiens-dentistes sera menée pour répondre à la problématique définie. Les réponses apportées par cette enquête seront une ressource pour ouvrir ce travail vers d'autres éléments.

1) Cadre théorique

a) L'ergothérapie : une discipline interdisciplinaire affirmant sa singularité

i) Définition et recherche appliquée en ergothérapie

De nos jours, l'ergothérapie est une discipline singulière dans le paysage paramédical et social de la santé. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit l'ergothérapeute comme « *un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes* » (ANFE, 2021). L'ergothérapeute est le « *spécialiste du rapport entre l'activité et la santé* ». Les activités représentent une « *suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (Meyer, 2013). Par taxonomie, les occupations siègent au plus haut niveau, elles sont un « *groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs* » (Meyer, 2013). Pierce définit l'occupation selon deux niveaux, d'une part l'expérience individuelle et d'autre part selon le contexte culturel de l'activité (Pierce, 2001, p.) :

« *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues.* »

« *Une activité est une idée véhiculée dans l'esprit des gens et dans leur langage culturel partagé. Une activité est définie culturellement et est une classe générale d'actions humaines. La signification de sens commun des activités telles que le jeu ou la cuisine nous permet de communiquer à propos de catégories généralisées d'expériences occupationnelles d'une façon large et accessible. Une activité n'est pas vécue par une personne donnée, elle n'est pas observable dans une occurrence donnée et n'est pas située dans un contexte pleinement existant temporel, spatial, et socio-culturel.* »

Wilcock disait « *l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé* » (Wilcock, 1998, 2006). En conséquent l'objectif premier de l'ergothérapeute est de permettre l'accès aux activités pour développer le bien-être, la qualité de vie et la santé des individus. L'ouvrage de Townsend et Polatajko de 2013 : « *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de*

la santé, bien-être et justice à travers l'occupation » développe le concept d'habilitation. Ce concept a enrichi le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel en 2013. Il est défini par « *la création de possibilités et par le renforcement du pouvoir et de la capacité d'être ou d'agir* » (Caire et Rouault, 2017). Pour se faire l'ergothérapeute se centre sur les activités importantes pour un individu, dites signifiantes, et significatives dès lors que l'activité prend une dimension sociale.

Malgré ce caractère et cette personnalité, l'ergothérapie, qui fonde sa pratique sur la science de l'occupation a longtemps été considérée comme une rencontre interdisciplinaire à l'inverse d'une discipline singulière (Clark, 2006, Rudman et al., 2008). « *L'idée que la science de l'occupation puisse évoluer comme objet d'études interdisciplinaires plutôt que comme une discipline propre est un concept qui s'est répandu dans le monde scientifique* » (Pierce, 2016). Pourtant c'est à partir de ses origines interdisciplinaires que la science de l'occupation puise sa force. Nous pouvons présenter la science de l'occupation selon quatre niveaux de recherche (voir annexe n°1) : « *descriptive, relationnelle, prédictive et prescriptive (Dickoff, James & Weidenbach, 1968 ; Pierce, 2012)* » (Pierce, 2016, p.28).

Le premier niveau descriptif représente les fondements conceptuels de la science de l'occupation. Cette base scientifique doit être solide pour permettre aux ergothérapeutes une compréhension des différents liens entre leurs clients, leurs occupations et leurs environnements (Pierce, 2016, p.29). Le deuxième niveau relationnel s'intéresse aux liens existants entre l'occupation et concepts fondamentaux d'autres disciplines « *pour étudier l'occupation en relation avec l'incapacité, l'identité et la culture* » (Pierce, 2016, p.29). Le troisième niveau « *cherche à décrire l'occupation selon de larges profils, à travers le temps et le développement, de larges espaces et dans des conditions socioculturelles diverses* » (Pierce, 2016, p.29). Ce niveau est sûrement le moins développé, il nécessite l'étude de larges profils comme disait Pierce, or « *la recherche quantitative est moins courante en science de l'occupation (Glove, 2009)* » (Pierce, 2016, p.29). Le quatrième niveau prescriptif est le plus haut niveau de recherche puisqu'il doit faire le lien entre la science de l'occupation et la pratique des ergothérapeutes. Il a le défi de rassembler tous les autres niveaux de recherche pour « *aider les ergothérapeutes à comprendre la pensée et l'efficacité de la pratique fondée sur l'occupation, ainsi qu'à fournir des outils d'évaluation fondés sur l'occupation* » (Pierce, 2016, p.29). A tous ses niveaux, la science de l'occupation se développe. Ces recherches permettent de cultiver la science de l'occupation et de rapprocher les ergothérapeutes de leur cœur de métier : l'occupation.

Comme nous venons de le voir, c'est à la croisée de toutes les disciplines dont elle s'est imprégnée que la science de l'occupation est arrivée à construire une vision nouvelle de l'accompagnement et profondément humaniste. La nouvelle approche proposée par Carl Rogers dans les années 70 bouleverse la vision biomédicale du système de santé actuelle : l'approche centrée sur le client.

ii) Pratique centrée sur le client et utilisation dans le cadre de la douleur chronique

La pratique centrée sur le client est développée par le psychothérapeute Carl Rogers dans les années 70. Largement utilisée dans la science de l'occupation de nos jours, elle est décrite par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes comme une « *approche fondée sur la collaboration et le partenariat, utilisée pour promouvoir l'occupation [...] l'ergothérapeute démontre du respect pour les clients, les encourage à participer au processus décisionnel, défend leurs droits et leurs besoins et reconnaît la valeur de leurs expériences et de leurs connaissances (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2002, p.208)* » (Meyer, 2013). Même si l'approche est ancrée dans la pratique ergothérapique, elle tend à se développer à l'ensemble du monde de la santé. Madame Agnès Buzin a commencé le colloque de la Haute Autorité de Santé intitulé « La dynamique patient : innover et mesurer » en Novembre 2016 par ces mots : « *Le vécu du patient apporte un point de vue complémentaire à celui des professionnels de santé. En tenir compte est une nécessité pour que notre système de santé évolue vers plus de démocratie* ». Ce n'est pas uniquement une vision de la science de l'occupation, mais une volonté gouvernementale de placer le patient au centre du processus d'intervention et de le considérer comme la pierre angulaire du système de santé.

« *Ce sont eux qui doivent guider nos orientations, nos productions, nos méthodes* » (HAS, 2016).

Plus spécifiquement en ergothérapie, l'approche centrée sur le client est au cœur de notre pratique. L'ergothérapeute cherche à créer le partenariat avec le client. La relation entre le client et le thérapeute passe à un autre niveau : « *une vraie collaboration est recherchée visant la facilitation de l'occupation et son engagement dans l'activité* » (Caire et Rouault, 2017). Dans sa recherche de partenariat le thérapeute doit adopter une nouvelle attitude face au patient selon Rogers. Il ne s'agit plus d'interroger le patient dans une relation unilatérale mais plutôt d'engager une conversation avec lui et de « *considérer, en son for intérieur, la personne que l'on a en face de soi comme son égal, comme celle qui seule détient les clefs du sens qu'elle donne à sa vie* » (Rogers, 2013, p.13). Pour arriver à ce niveau de partenariat, Rogers énonce

trois principes de communication primordiaux : la congruence, un regard inconditionnellement positif et une compréhension empathique (Rogers, 2013, p.166-167). Le thérapeute ne peut espérer et rechercher le partenariat avec le client s'il n'est pas authentique, transparent et ouvert face à lui.

Dans le contexte de la douleur, plusieurs études ont montré l'intérêt de l'approche centrée sur le client (Tonga, Düger et Karatas, 2016 ; Jedlicka, Haskins et Stube, 2010 ; Shankland, Beaton, Ahmed et Nedelec, 2017). Elle permet de réduire les restrictions de participation et les limitations d'activités et améliore la capacité des clients à s'engager dans leurs activités. Ainsi la place de l'ergothérapeute dans la prise en soin du patient douloureux est indispensable (Jacquot, 2003).

b) La douleur

i) Définition

A la suite de la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire en 2018, une nouvelle définition de la douleur est publiée. C'est une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion réelle ou potentielle des tissus* » (Srinivasa, 2020). Cependant, la définition n'est pas le seul élément sur lequel nous devons porter notre regard, mais aussi les notes qui l'accompagnent :

- La douleur est toujours une expérience subjective qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents : l'expérience de la douleur ne peut être réduite à une activité dans les voies sensorielles.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur et ses applications.
- Le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être accepté comme tel et respecté.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'annule pas la possibilité qu'un humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

Outre le fait de définir un cadre à la notion de douleur, cette définition rend légitime cette sensation. Elle offre à chaque individu un respect notable sur son propre ressenti et met en avant l'expérience personnelle à laquelle il fait face (Srinivasa N, 2020).

Cette expérience multidimensionnelle comme nous venons de le voir peut-être décrite selon plusieurs composantes (Wrobel & Allaz, 2003) :

- Composante sensori-discriminative : elle correspond aux différents mécanismes nous permettant d'analyser la nature, la durée, l'intensité et la localisation des messages nociceptifs.
- Composante affectivo-émotionnelle : du fait de son caractère désagréable, l'expérience de la douleur envahit l'individu, l'amenant parfois à l'anxiété ou la dépression. Cette composante affective est déterminée par le stimulus nociceptif mais aussi par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué.
- Composante cognitive : le terme cognitif désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention, détournement de l'attention, interprétation et valeurs attribuées à la douleur, anticipation, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter.
- Composante comportementale : elle rassemble toutes les manifestations verbales et non verbales observables chez la personne souffrante. Les différentes réactions d'une personne à un stimulus nociceptif assurent une fonction de communication avec l'entourage.

De plus, il n'existe pas un seul mécanisme d'apparition de la douleur, mais plusieurs :

- Nociceptives : correspondant à une atteinte tissulaire locale, mécanique et/ou inflammatoire
- Neuropathiques : correspondant à une lésion du système nerveux central ou périphérique
- Mixtes : des pathologies associant une double composante nociceptive et neuropathique
- Dysfonctionnelles : dues à une perturbation de la modulation de la douleur, au niveau cérébral et/ou périphérique, sans qu'il n'existe de lésion objectivable (fibromyalgie, colopathie...)

Nous venons de voir que la douleur est un phénomène complexe par ses différents mécanismes d'apparition et ses différentes composantes. A partir de ces composantes, Boureau développe le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique (voir annexe n°2). Le modèle permet de visualiser les différentes interactions entre ces composantes, avec pour conséquence une restriction de participation importante qui affecte les activités du quotidien de la personne (Caire et al. 2004) et l'environnement humain de la personne (Boureau, 2000).

« *L'inactivité laisse alors place à la douleur* » (Boureau, 1991).

Cependant la douleur ne peut être définie uniquement par ses mécanismes d'apparition et ses différentes composantes expérientielles. Comme nous l'avons vu, la douleur modifie les comportements de l'homme. Une discipline a pour but d'étudier l'homme : c'est l'anthropologie. L'approche anthropologique de la douleur nous donnera des éléments supplémentaires pour comprendre ce phénomène complexe.

ii) Une expérience à part entière

Du latin « *dolor* », la douleur est un concept en science médicale se traduisant par la souffrance chez l'individu : « *elle marque un individu et déborde vers son rapport au monde, elle est donc souffrance* » (Le Breton, 2009). L'individu qui expérimente la douleur, endure sa souffrance et fait preuve d'une résignation personnelle intime dont il est le seul gouverneur. En effet, même si l'individu peut recevoir le soutien de ses proches et la confiance des professionnels de santé, cette expérience n'en reste pas moins un face à face avec son mal être qui « *contamine la totalité de son rapport au monde* » (Le Breton, 2009). Une phrase de David Le Breton fait écho à la vision de l'ergothérapie et apporte beaucoup de sens à l'envahissement de la douleur sur les occupations d'un individu : « *le mal de dent n'est pas dans la dent, il est dans la vie, il altère toutes les activités de l'homme, même celles qu'il affectionne* ». En ce sens nous comprenons bien que ce sont toutes les activités qui ont un caractère signifiant pour une personne qui sont impactées par la douleur. Freud, quant à lui, considère la douleur comme un deuil (Freud, 1990), c'est-à-dire la perte d'une évidence d'exister à travers une brisure intérieure (Le Breton, 2009). La difficulté, autant pour les patients que les thérapeutes, est la condition abstraite de ce phénomène douloureux. Le sentiment de perdre le contrôle sur sa vie et sa destinée envahit l'individu. Se tourner vers les thérapeutes peut se comparer aux derniers espoirs de ces personnes pour tenter de maîtriser leurs douleurs.

Mark Zborowski, anthropologue soviétique, a montré l'influence de la culture sur la perception de la douleur (1952). Quand bien même nous ne pouvons nous limiter à une vision stéréotypée de la perception de la douleur, Cathébras nous dit que la culture peut déterminer l'attitude et le comportement face à la douleur, à travers les représentations, et les croyances attachées à celle-ci (2000). L'importance de prendre en compte l'appartenance culturelle et le vécu personnel dans la prise en charge de la douleur apparaît comme une évidence pour permettre un accompagnement personnalisé et centré sur la personne.

iii) Les douleurs chroniques en France

(1) Contexte épidémiologique

Peu d'études nous permettent de chiffrer la prévalence exacte des douleurs chroniques en France. Cependant des études sur de grandes populations ont permis de donner des approximations sur la prévalence des douleurs chroniques. Prenons l'exemple de l'étude pilotée par Breivik publiée en 2006 dans laquelle il sonde la prévalence, l'impact sur la vie quotidienne et les traitements utilisés sur quinze pays européens dont la France, et l'Israël. En France, il apparaît que quinze pourcents de la population serait touchée par une douleur chronique sur un échantillon de 3846 participants. Parmi ces participants, ce sont les femmes qui sont les plus touchées. Les douleurs chroniques les plus recensées par les différentes populations sont les lombalgies, les douleurs orofaciales, les migraines et les arthroses et/ou arthrites.

(2) Une problématique complexe de Santé Publique

Par son impact multidimensionnel, la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, a un coût socio-économique. Elle représente le premier motif de consultation chez le médecin généraliste et les services d'urgences (Agence Régionale de Santé, 2019). Les lombalgies coûteraient 6 000€ par an par personne atteinte (Depont, 2010), les migraines et les douleurs orofaciales coûteraient 1 milliard d'euros par an (Pradalier, 2004). En ce sens, la douleur représente un véritable défi tant par la complexité de sa prise en charge que par sa prévalence dans les populations. Elle est d'ailleurs devenue une véritable préoccupation gouvernementale avec la mise en place de plans gouvernementaux. Un premier plan triennal de lutte contre la douleur a vu le jour de 1998 à 2000, il est suivi d'un deuxième programme national de lutte contre la douleur de 2002 à 2005 et enfin un troisième plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006 à 2010. En France la prise en charge de la douleur est un droit donné à tous citoyens d'après le Code de la Santé Publique.

Finalement, la considération accordée aux patients douloureux est une véritable chance en France, l'organisation des établissements et services de santé autour de ces pathologies permettent une prise en soin efficace. La mise en place de structures spécialisées pour l'accompagnement de la douleur chronique en est la preuve même.

(3) Les structures spécialisées douleurs chroniques

Lorsque la douleur devient trop envahissante dans le quotidien d'un individu, un diagnostic plus poussé peut être envisagé pour en déterminer les causes. En France, chaque ARS dispose de deux niveaux de structures pour répondre aux besoins de personnes souffrantes (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Dans un premier temps, on retrouve les établissements de proximité qui assurent les consultations. Ces consultations permettent une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur avec des médecins, des infirmiers et des psychologues. Le deuxième niveau de prise en charge correspond aux centres spécialisés, disposant de lits d'hospitalisation, pouvant accueillir ces personnes bénéficiant d'un accompagnement plus personnalisé. Dans ces établissements, l'équipe pluridisciplinaire est plus exhaustive avec des neurologues, des psychiatres, des orthopédistes, etc.

En revanche, il n'existe que 10 consultations spécialisées pour la douleur orofaciale en France. Dans son livre blanc publié en 2017, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur met en avant la nécessité de lancer des projets de recherche clinique multicentriques, afin de disposer de données épidémiologiques fiables, de mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques de ces douleurs et d'améliorer la prise en charge pharmacologique et/ou non pharmacologique de ces maladies. La recherche d'alternatives thérapeutiques à la prise en charge médicamenteuse est d'ailleurs très importante dans le cadre des douleurs chroniques orofaciales.

(4) L'entretien : un espace d'échange approprié dans le contexte de la douleur chronique

Si l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en soin de la douleur chronique est un élément indispensable (Jacquot, 2003) ; l'évaluation et l'établissement d'objectifs est la première étape du processus d'intervention. Plusieurs études mettent en évidence les problèmes de performance occupationnelle des patients atteints de douleurs chroniques dans plusieurs domaines d'activités : « *independence, work performance, family and social role fulfillment (Strunin & Boden, 2004), community participation, physical activity (van den Berg-Emons, Schasfoort, de Vos, Bussmann, & Stam, 2007), leisure, sexual relations, roles (Harris, Morley, & Barton, 2003), and self-care performance are frequently disrupted or altered because of chronic pain (Breivik et al., 2006; Henricksson, 1995; Müllersdorf, 2002)* » (Robinson et al., 2011). Pour évaluer l'ensemble des problématiques occupationnelles du patient, l'entretien semble être l'espace d'échange le plus approprié.

Nous pouvons découper le processus d'intervention de l'ergothérapeute en trois grandes phases : l'évaluation et l'établissement d'objectifs, l'intervention et la réévaluation (Fisher, 2009). Pour tout processus d'intervention, l'évaluation est le socle permettant d'orienter le

raisonnement clinique de l'ergothérapeute et de tous praticiens. L'évaluation de la douleur chronique en ergothérapie va nous permettre d'analyser la complexité de ces phénomènes douloureux et leurs impacts sur la qualité de vie du patient, son bien-être et sa santé. L'entretien, comme celui de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, « *montre que comprendre différemment la situation apporte d'autres éléments à la fois au patient et à l'équipe* » (Caire et al. 2004). L'entretien propose une nouvelle façon de s'intéresser au patient, qui a besoin que sa souffrance soit reconnue par son entourage thérapeutique et personnel (Mallifage, 1994). Plus récemment, Caire et Destruhaut ont montré que la MCRO était un outil de support pour le diagnostic de l'ergothérapeute, tant dans l'identification d'objectifs que dans la construction de plans d'interventions pour faciliter les décisions d'équipe et la collaboration interprofessionnelle (En cours de publication, 2021).

c) Les douleurs chroniques orofaciales et leur prise en soin

i) Contexte épidémiologique

(1) Exemple de la Grande Bretagne

La douleur orofaciale est bien plus présente et invasive qu'on ne le pense dans notre société. En 2002, une grande étude a été réalisée sur la prévalence des douleurs orofaciales sur la population de Grande Bretagne (MacFarlane, 2002). 2054 participants ont participé à cette étude, la tranche d'âge était comprise entre 18 et 65 ans. Il est apparu que 26% de la population étudiée souffrait de douleurs orofaciales. Cette statistique est à étendre à l'ensemble de la population mondiale : un quart des êtres humains expérimentent une douleur orofaciale. Parmi cette population, les femmes sont plus atteintes par ces douleurs que les hommes, à 30% contre 21%. La tranche d'âge [18-25] est la plus touchée, alors que les [56-65] sont les moins touchées (Figure). Concrètement, ce sont les personnes avec une activité professionnelle ou qui vont entrer dans la vie active qui sont les plus touchées. Pour finir, cette étude met en évidence deux statistiques importantes : 46% de ces personnes ne disposent pas de traitement pour cette douleur en raison d'une errance thérapeutique importante, et 17% révèlent avoir des difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne.

(2) Les facteurs de risques

En 2006, l'étude OPPERA (*Orofaciales Pain : Prospective Evaluation and Risk Assessment*) voit le jour et commence son protocole. Elle a pour objectif d'identifier la prévalence des douleurs orofaciales, leurs dysfonctions associées et les différents facteurs de risques liés à ces douleurs. La cohorte de l'étude rassemblait 4,346 participants, et elle ciblait

plus particulièrement les désordres temporo-mandibulaires. L'étude est publiée une décennie plus tard, plusieurs auteurs ont étudié et analysé les différents facteurs de risques récoltés par l'étude OPPERA. Premièrement, nous avons les facteurs de risque génétiques. Une différence est faite entre les hommes et les femmes, les personnes caucasiennes et afro-américaines. Un total de 358 gènes a été étudié pour permettre une compréhension plus profonde des désordres temporo-mandibulaires (Smith et al, 2011). Deuxièmement, nous avons les facteurs de risque psychosociaux (Fillingim et al, 2011). Les situations de détresse psychologique et affective, la catastrophisation de la douleur, une plus grande perception du stress et une conscience somatique accrue. Enfin, nous retrouvons d'autres facteurs de risque secondaires comme la sensibilité à la douleur (Greenspan et al, 2011), ou la dérégulation du système nerveux autonome (Maixner et al, 2011).

ii) Un diagnostic complexe

(1) Vers un diagnostic précis

Le terme « douleurs chroniques orofaciales » est acquis, pourtant la communauté scientifique a mis du temps à s'accorder sur la classification de ces douleurs. Une question revient régulièrement dans le cadre de la recherche clinique : que devons-nous ranger derrière ce terme ? Devant une multitude de symptômes pouvant être interprétés de différentes manières et qui mènent les praticiens à établir des diagnostics différents, le diagnostic des douleurs chroniques orofaciales se doit d'avoir une classification précise et commune pour tous. Jusqu'alors le diagnostic des douleurs chroniques orofaciales relevait de trois principales sources : la classification des douleurs chroniques de l'International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), la classification de l'American Academy of Orofacial Pain et la classification internationale des céphalées de l'International Headache Society.

Cependant ces différentes sources se sont rapidement trouvées critiquées. Avec un faible niveau de preuve scientifique (Evidence Based Medicine) utilisé pour établir ces classifications, ces différents organismes se sont plus largement appuyés sur des avis d'experts étant arrivés à un consensus. En 2008, Benoliel montre l'intérêt d'approfondir le diagnostic des douleurs orofaciales, et par la même occasion d'intégrer la douleur orofaciale dans la Classification Internationale des Maladies (Benoliel, Birman, Eliav et Sharav, 2008). En effet, les douleurs chroniques orofaciales et aiguës ne sont pas tout le temps différenciées, de la même façon que les douleurs faciales primaires dites idiopathiques et les douleurs orofaciales secondaires dites symptomatiques. De plus, la douleur orofaciale ne représente pas un chapitre à part entière dans la CIM-10, elle est souvent associée à l'anatomie de base de la douleur (Benoliel & Svensson,

2019). Le groupe de travail international sur la recherche de la douleur développé pour répondre à cette problématique en déduit que le terme de « Douleurs Chroniques Orofaciales » est un terme général englobant des troubles individuels et spécifiques ayant pour point commun leur schéma de chronicité (Ananthan, Benoliel, 2020). Pour la première fois, les praticiens disposent d'un outil concret s'appuyant sur des preuves scientifiques. Les troubles répertoriés (voir annexe n°3) sont la douleur myofasciale, les désordres temporo-mandibulaires, la douleur orofaciale idiopathique, la douleur orofaciale attribuée au lésion ou maladies des nerfs crâniens, la douleur orofaciale similaire au mal de tête primaire, la douleur orofaciale attribuée aux désordres dentoalvéolaire et structures anatomiques relatives.

Comme nous l'avons vu pour la douleur chronique, il existe des consultations spécialisées pour le traitement des douleurs orofaciales lorsque celle-ci nécessite une expertise spécifique (Pionchon & Melin, 2011). Ainsi plusieurs services peuvent collaborer entre eux (neurologie, rhumatologie, médecine interne, psychiatrie, ORL et maxillo-faciale) pour poser un diagnostic. Dans le cas des douleurs chroniques orofaciales, le diagnostic en ergothérapie n'existe pas à ce jour. Pourtant, ce diagnostic, avec une volonté de proposer une prise en charge spécifique au patient, pourrait s'appuyer sur celui de l'ergothérapeute pour développer une prise en soin centrée sur le patient, ses occupations et son environnement. L'ergothérapie pourrait devenir une alternative thérapeutique aux traitements déjà utilisés dans la prise en soin des douleurs chroniques orofaciales.

(2) Une chronicité différente

Une douleur est dite chronique lorsqu'elle est persistante au-delà de trois mois (INSERM, 2016). Dans le contexte des douleurs orofaciales, la chronicité prend une tout autre ampleur. Elle dépend de nouveaux critères de diagnostic, définis par l'International Headache Society. Ainsi, pour être qualifiée de chronique, la douleur orofaciale doit être expérimentée au moins 50% des jours sur une période de 3 mois et au moins 4h par jour (IHS, 2018). Par comparaison de critères de diagnostic, les douleurs chroniques orofaciales représentent donc un ensemble de troubles envahissants la vie quotidienne de la personne, pouvant l'amener à bouleverser ses habitudes et sa manière de réaliser ses activités de vie quotidienne, ses rôles familiaux, sociaux et professionnels.

(3) Symptômes associés

Plusieurs symptômes et comorbidités peuvent être associés aux douleurs chroniques orofaciales et régulièrement identifiés. La dépression apparaît comme le diagnostic psychiatrique le plus récurrent pour 51% des patients atteints de désordres temporo-mandibulaires (voir annexe n°4) (Korszun, 1996). De plus, l'anxiété, le stress, la détresse émotionnelle et l'altération de la qualité du sommeil sont des symptômes que beaucoup de patients rapportent (Natu, Yap, Su, Irfan Ali et Ansari, 2018).

Ces symptômes amènent la personne à changer ses comportements face à ses habitudes de vie. Vlaeyen et Crombez ont développé le modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur (voir annexe n°5). Ils mettent en évidence plusieurs conduites et comportements modifiés par ces personnes :

- Les jugements négatifs vis-à-vis de la douleur et de ses conséquences, comme la pensée catastrophique, initient la peur liée à la douleur et amplifient l'expérience douloureuse.
- La peur liée à la douleur se caractérise par des conduites d'échappement/évitement et une hypervigilance, qui sont considérées comme des conduites de « sécurité » destinées à réduire l'impact de la douleur ou de la lésion. Paradoxalement, ces conduites peuvent être responsables de dysfonctionnements sur le long terme.
- Les conduites d'évitement se produisent davantage par anticipation de la douleur qu'en réponse à celle-ci, elles peuvent persister, car la possibilité de corriger les attentes (erronées) et les croyances vis-à-vis de la douleur comme signal d'une menace corporelle est réduite. Les croyances en termes de peur peuvent alors se dissocier des expériences douloureuses réelles.
- Les conduites d'échappement/évitement conduisent également à une moindre possibilité de s'engager dans des activités valorisées comme le travail, les activités de loisirs ou les contacts sociaux, ce qui peut être à l'origine de troubles de l'humeur, tels que l'irritabilité, la frustration et la dépression.
- Les patients qui rapportent une peur liée à la douleur rencontrent des difficultés à dégager leur attention de la douleur, au détriment de leurs tâches en cours.

Les personnes atteintes de douleurs chroniques développent souvent des stratégies d'ajustement. Les patients atteints de douleurs chroniques orofaciales également. Ces stratégies d'ajustement appelées « coping » dans la littérature anglophone sont définies comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (Lazarus et Folkman, 1984).

Ces différents éléments nous montrent que les composantes affectives, psychologiques, émotionnelles et comportementales sont autant, voire plus importantes à évaluer que les composantes physiques à travers les dysfonctionnements de la mandibule par exemple. La qualité de vie des patients va donc se retrouver altérée par l'impact multidimensionnel des douleurs chroniques orofaciales.

iii) Douleurs chroniques orofaciales et qualité de vie

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité de vie comme « *la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Ce concept peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (1993). Par cette définition nous comprenons bien que le concept de qualité de vie est compliqué. Nous avons d'une part des indicateurs objectifs comme la santé physique du patient, son état psychologique ou son niveau d'indépendance, et d'autre part des indicateurs subjectifs puisque la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'appuie sur la perception de la personne dans son contexte de vie en prenant en compte sa spiritualité et ses croyances personnelles. Plus spécifiquement liée à la santé, le concept de qualité de vie est défini par Patrick et Erickson comme « *la valeur qui est attribué à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau de capacité fonctionnel, des perceptions, et opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé* » (1999). Cette définition porte son attention sur les modifications des indicateurs de qualité de vie par la maladie. Comment les douleurs chroniques orofaciales modifient-elles la qualité de vie ? Pour répondre à cette question nous pouvons nous appuyer sur l'étude de Forssell datant de 2019 dans laquelle les chercheurs comparent le score d'une échelle de qualité de vie liée à la santé (voir annexe n°6), le questionnaire D15 utilisé et validé dans l'évaluation des douleurs chroniques généralement, entre des patients atteints de douleurs chroniques orofaciales et des patients atteints de maladies chroniques autres comme le cancer, les lombalgies, la dépression ou encore l'arthrose. Nous pouvons remarquer parmi les indicateurs recherchés par le questionnaire que ce sont l'ensemble des domaines d'activités de la personne qui sont impactés, les soins personnels, le repos, les loisirs et les activités productives. La qualité de vie liée à la santé des personnes souffrantes de douleurs chroniques orofaciales est donc très inférieure à la population souffrante de conditions chroniques en général.

iv) Le parcours de soin d'un patient en service d'occlusodontie : exemple de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse
(1) Processus d'intervention

Pour nous intéresser et comprendre au mieux la pratique du chirurgien-dentiste, nous avons pu nous rendre directement sur son lieu d'exercice, à savoir le service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier. Le schéma ci-dessous nous a permis de mieux comprendre le processus d'intervention dans ce service, c'est-à-dire les différentes étapes qui vont permettre au praticien de construire son raisonnement clinique pour apporter une prise en charge adaptée et cohérente aux besoins du patient.

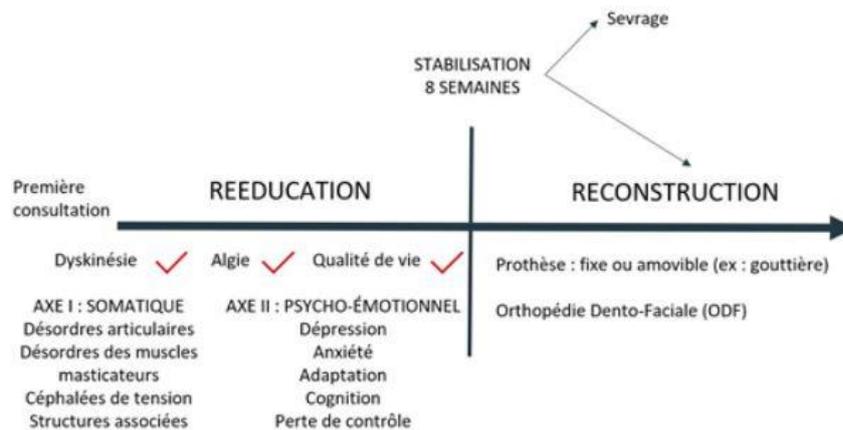


Figure 7 : Processus d'intervention d'un patient au service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier (Thiertant, 2021 & Hennequin and al. 2020)

Lors de la première consultation, le chirurgien-dentiste recherche trois éléments : des dyskinésies, des algies et une altération de la qualité de vie. Si le patient présente ce tableau clinique, il entre alors dans un cycle de rééducation s'articulant autour de deux axes : somatique et/ou psycho-émotionnel. A la fin de cette période de rééducation, nous allons retrouver deux scénarios. Soit le patient passe par une phase de stabilisation de 8 semaines. Puis il commence un sevrage, c'est-à-dire l'arrêt de la rééducation pour savoir si les dyskinésies et les algies notamment, n'apparaissent pas de nouveau. Dans le cas où ces éléments n'apparaissent pas, le patient commence la phase de reconstruction. Sinon il continue la rééducation. Soit le patient passe par une phase de stabilisation de 8 semaines. Puis il commence la phase de reconstruction. La phase de reconstruction peut avoir recourt à des prothèses fixes ou amovibles et de l'orthopédie dento-faciale. Le premier axe somatique est la base de l'évaluation pour le chirurgien-dentiste. L'ergothérapeute quant à lui pourrait intervenir pour travailler avec le patient lors de l'évaluation du deuxième axe, à savoir l'axe psycho-émotionnel. Une consultation en ergothérapie expérimentale pourrait voir le jour dans le service d'occlusodontie. Elle permettrait d'identifier avec le patient les problématiques occupationnelles de sa vie

quotidienne, à savoir l'impact des douleurs chroniques orofaciales sur ses activités significatives et significatives. Comme nous l'avons vu, l'échelle de qualité de vie D15 permet de montrer l'impact des douleurs chroniques orofaciales sur la qualité de vie liée à la santé, pour continuer en ce sens une évaluation de l'ergothérapeute centrée sur les occupations du patient serait pertinente.

(2) L'évaluation de l'impact des douleurs chroniques orofaciales

À la suite d'une phase d'observation au sein du service d'occlusodontie de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Toulouse III – Paul Sabatier, nous avons pu recueillir les différentes évaluations utilisées par les chirurgiens-dentistes pour identifier les impacts des douleurs chroniques orofaciales sur la qualité de vie. Ces évaluations sont réalisées dans un second temps après une évaluation fonctionnelle ostéoarticulaire, musculaire, et sensitive de la mandibule. Bien-sûr ces évaluations ne sont pas exhaustives, mais elles sont toutes reconnues au niveau international. Les chirurgiens-dentistes s'intéressent à plusieurs sphères occupationnelles à travers ces évaluations. En analysant cette batterie d'évaluation nous allons mettre en évidence l'intérêt d'une évaluation de l'ergothérapeute en complémentarité de celle du chirurgien-dentiste pour identifier les problématiques occupationnelles des patients. Ces évaluations sont toutes des auto-questionnaires, qui vont être distribués à la première consultation des patients. Premièrement, nous avons l'Echelle graduée de douleur chronique - Version 2.0. Nous pouvons remarquer que cette évaluation différencie des activités qu'elle qualifie de normale comme travailler, aller à l'école ou encore les travaux domestiques, des activités quotidiennes. Pourtant ces activités appartiennent à différents domaines d'activités de la vie quotidienne. Ensuite elle cherche à savoir si la douleur interfère avec les loisirs, les activités sociales et familiales de la personne. Cet élément fait le lien avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) que nous allons développer par la suite. Enfin l'échelle évalue l'interférence avec la capacité à travailler de la personne. Avec cet élément, nous pouvons évidemment faire le lien avec le rendement occupationnel, toujours avec le MCREO. Deuxièmement, nous avons l'Echelle de limitation fonctionnelle de la mandibule - 8 et 20 items. En questionnant le patient sur ces limitations fonctionnelles spécifiquement liées au repas et à la communication, cette évaluation s'intéresse à l'aspect social du repas et à la capacité du patient à interagir avec son environnement. Finalement, le Patient Health Questionnaire – 4, 9 et items et le questionnaire Generalized Anxiety Disorder – 7 items sont distribués au patient. Ces deux questionnaires ont pour objectifs de détecter les troubles anxieux et la dépression chez les patients atteints de douleurs chroniques orofaciales. Ces évaluations représentent le versant psycho-émotionnel évalué par le chirurgien-dentiste. Cela leur permet

d'aborder les problématiques occupationnelles du patient. Cependant, les différentes données récoltées précédemment nous permettent de dire que les impacts de la douleur chronique représentent un champ bien plus vaste. L'identification des problématiques occupationnelles du patient atteint de douleurs chroniques orofaciales permettra une évaluation centrée sur la personne et holistique. L'utilisation du MCREO pour comprendre la singularité de la personne, de ses occupations et de son environnement est pertinente.

d) Modèle Conceptuel et outil d'évaluation

i) Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (voir annexe n°8) (Law et al., 1991, 2005 ; Townsend, 2015) est un modèle général en ergothérapie centrée sur la personne. Il peut être utilisé dans de nombreuses situations professionnelles auxquelles l'ergothérapeute pourra être confronté (Kortman, 1994). En effet, l'essence même de ce modèle est de mettre en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé (Law and al., 2005). L'ergothérapeute pourra s'appuyer sur ce modèle dans le but d'établir des objectifs de traitements et d'évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçue du client lors du traitement (Caire, Rouault, 2017). L'objectif premier de ce modèle était de mieux faire comprendre la spécificité de l'ergothérapeute aux autres professionnels de santé et la complémentarité de l'ergothérapie (Caire, Rouault, 2017). Comme nous avons pu le voir, « *l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé* » (Wilcock, 1998, 2006). Le MCREO s'appuie donc sur trois composantes essentielles pour l'ergothérapeute : la personne, ses occupations et son environnement. Pour l'ergothérapeute, la promotion de l'activité permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie et de satisfaction (Caire et Rouault, 2017). Faire le lien entre ses composantes est alors essentielle pour favoriser le bien-être de l'individu. La « personne » est représentée par sa dimension spirituelle, par spirituelle il faut comprendre les croyances et les valeurs de la personne, sa dimension physique, sa dimension cognitive et sa dimension affective.

L'occupation est définie selon trois domaines d'activités : la productivité, les soins personnels et les loisirs. L'environnement correspond à plusieurs éléments : physique, institutionnel, culturel et social. « *Ramener l'occupation au centre des préoccupations des ergothérapeutes autant comme moyen que comme finalité* (Townsend, 2002) » (Caire, Rouault, 2017), est l'objectif de ce modèle. Pour y parvenir, le MCREO accorde une place importante à

la relation instaurée entre la personne et le thérapeute. Cette relation se veut égalitaire, c'est-à-dire qu'elle ne prend plus en compte la balance déséquilibrée entre le soignant et le soigné généralement observée dans notre système de santé et sa vision biomédicale. L'objectif pour l'ergothérapeute est de créer un véritable partenariat avec la personne, de ce fait la personne peut alors devenir l'auteur de son plan traitement en lui donnant un pouvoir décisionnel sur le choix des problématiques travaillées. En lui procurant la capacité d'agir sur sa santé, l'ergothérapeute permet l'habilitation. Cette notion a été introduite dans le modèle en 2013, elle est définie par Hammell comme un processus d'autorisation, qui rend capable la personne. L'habilitation donne le pouvoir et le contrôle sur sa santé (Hammell, 2013, p. 175 & 2016, p. 282). Pour cela, « *l'ergothérapeute doit créer une structure pour favoriser le développement de ce potentiel* » (Caire, Rouault, 2017). Ainsi l'entretien avec la personne douloureuse s'articule autour de trois questions : quelles activités cette personne veut-elle faire, doit-elle faire, voudrait-elle faire dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs ? Quel rendement et quelle satisfaction peut-elle coter pour les activités importantes ? Quel est l'impact de la douleur sur ces activités ? (Brousseau, Gauthier et Morel-Bracq, 2017, p.226). L'outil développé pour identifier des objectifs de traitement avec la personne est la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

ii) La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

(1) Description de l'outil d'évaluation

La MCRO est un entretien semi-structuré, il est composé de cinq étapes (Law et al., 2014) :

1. Identification des problèmes de performance occupationnelle du client dans les domaines des soins personnels, des loisirs et de la productivité. Aux premiers abords cette étape peut être difficile pour le client. L'ergothérapeute peut alors lui demander de décrire une journée type dans une semaine. Il est important que le thérapeute laisse le client se raconter, en revanche il doit inviter le client à décrire chacune de ses habitudes, activités, tâches en décrivant sa manière de faire mais aussi sa motivation pour les faire. En effet, la perception de ses différentes activités varie en fonction de son niveau d'engagement dans celle-ci. De ce fait, l'ergothérapeute doit tenir compte de l'environnement du client, ses rôles sociaux et sa motivation (Law et al., 2014).
2. Pondération des problématiques occupationnelles identifiés. La première partie de cette étape consiste à déterminer l'importance de chacun des problèmes retenus. Le thérapeute demande au client de coter sur une échelle de 1 (qui signifie ici que ce problème n'est pas important) à 10 (qui signifie ici que ce problème est extrêmement important). Par la suite, le client va choisir cinq problématiques prioritaires. Ces

problématiques sont cohérentes avec l'importance que le client a accordée à celles-ci. Par cette première cotation, le thérapeute amène et favorise la prise de décision du client (Law et al., 2014).

3. Cotation objective du rendement occupationnel de chaque problématique identifiée. L'ergothérapeute va demander au client de coter sur une échelle de 1 (je ne suis pas capable de réaliser cette activité) à 10 (je suis totalement capable de réaliser cette activité) sa capacité à faire l'activité problématique. L'addition des notes de rendement à chaque problématique permet d'obtenir une moyenne, que le thérapeute pourra utiliser lors de la réévaluation pour observer l'évolution du client.
4. Cotation subjective de la satisfaction du rendement occupationnel des problématiques occupationnelles. La satisfaction se cote également sur une échelle graduée de 1 (je ne suis pas satisfait du tout) à 10 (je suis extrêmement satisfait). L'addition des notes de satisfaction attribuée à chaque rendement permet également d'obtenir une moyenne, que le thérapeute pourra utiliser lors de la réévaluation pour observer l'évolution du client.
5. La dernière étape correspond à la phase de réévaluation. Le client et le thérapeute vont de nouveau coter le rendement et la satisfaction de ce rendement. Il y a amélioration si la réévaluation obtient +2 par rapport aux moyennes calculées durant l'évaluation initiale. Cette partie est nécessaire puisqu'elle permet de déterminer si l'ergothérapeute doit arrêter, modifier ou poursuivre le plan de traitement initié avec le client.

(2) Validation de l'utilisation de la MCRO avec les personnes atteintes de douleurs chroniques orofaciales

A ce jour, une seule étude (Rochman et al., 2008) portant sur l'utilité et la validité de la MCRO en tant qu'outil d'évaluation de l'impact des douleurs orofaciales sur la performance occupationnelle est recensée. Malgré le fait que la population étudiée ne comprenne que 29 personnes avec des désordres temporo-mandibulaires, considérés désormais comme des douleurs chroniques orofaciales, cette étude a permis de démontrer l'impact des douleurs chroniques orofaciales sur la performance et la satisfaction occupationnelle de plusieurs activités. Les résultats obtenus par cette étude ont permis de mettre en évidence les domaines d'activités impactés par les douleurs chroniques orofaciales (voir annexe n°9). Pour les soins personnels, 45 problèmes de performance occupationnelle ont été relevés dont le brossage des dents, l'entretien du domicile, l'habillage et les rapports sexuels. Pour les activités productives, 40 problèmes de performance occupationnelle sont identifiés dont le travail, la conduite et le repas. Enfin, l'étude rapporte 54 problèmes de performance occupationnelle pour le domaine des loisirs comme avoir une vie sociale et la lecture. L'utilisation de la MCRO comme un outil

d'évaluation auprès des personnes atteintes de douleurs chroniques orofaciales s'est révélée prometteuse. Elle pourrait être utilisée comme support du plan de traitement et comme un instrument d'identification d'objectifs pour l'ergothérapeute mais également le travail interdisciplinaire des praticiens. (Rochman, 2008). Cette étude représente un premier pas vers l'utilisation de la MCRO auprès de cette population. La littérature en ergothérapie manque considérablement de données, pourtant les besoins de cette population sont multiples par l'atteinte multidimensionnelle des douleurs chroniques orofaciales. La spécificité de ces douleurs pourrait être responsable du manque de littérature à leur sujet. Plus que jamais la notion de douleur apparaît abstraite pour les praticiens. L'ergothérapeute pourrait permettre de centrer la prise en soin sur les problématiques d'engagement occupationnel, de participation et de performance occupationnelle.

iii) L'engagement occupationnel : socle de la performance et de la participation de l'individu

La notion d'engagement occupationnel a été traduite par Sylvie Meyer dans son travail de traduction dans le CCTE autour des principaux concepts en ergothérapie publiés à ce jour. Elle le traduit comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (2013). Ainsi l'engagement est le versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation ou de l'activité (Caire and al. 2018). Promouvoir l'engagement d'une personne dans ses occupations et ses activités est un des enjeux de l'ergothérapie et un de ses rôles majeurs (Kielhofner, 2008 ; Morel-Bracq, 2009) en raison de l'effet positif qu'il peut avoir sur la santé et le bien-être d'une personne (Clark and al., 2001 ; Townsend et Polatajko, 2007). Le concept d'engagement est d'autant plus lié à l'expérience de la douleur dans la mesure où son approche est holistique et l'intervention s'adresse indissociablement à l'esprit et au corps qui sont conjointement altérés par la maladie (Meyer, 2013). En effet, l'engagement dans des occupations est important parce qu'elles organisent la vie, occupent le temps, divertissent le malade de ses préoccupations et équilibrent la vie de tous les jours (Meyer, 2013). Dans le contexte de la douleur et de la souffrance, il paraît d'autant plus important de maintenir et de favoriser l'engagement du patient dans ses occupations de façon à ce que « *l'inactivité ne laisse pas l'esprit disponible à la douleur* » (Boureau, 1991). Quand la personne douloureuse chronique tend à se désengager, l'engagement dans des occupations produit naturellement la participation et le maintien (Meyer, 2013). Meyer définit la participation comme « *l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées* » (Meyer, 2013). Mais la participation

occupationnelle de l'individu est altérée par la douleur lorsque celle-ci envahit totalement la sphère professionnelle, sociale et familiale de l'individu (Caire and al., 2004). Nous pouvons alors introduire le concept de performance occupationnelle, c'est-à-dire « *le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement* » (Meyer, 2013). Cependant, l'engagement occupationnel ne correspond pas uniquement à un ensemble de performances physiques observables comme pourrait le laisser suggérer les définitions établies, mais aussi à une expérience émotionnelle (AOTA, 2008). « *L'individu engagé ressent du plaisir, de la compétence, de la motivation, de l'autonomie et de la liberté : il a l'impression que ce qu'il fait est structuré et a du sens* » (AOTA, 2008 ; Stewart & Craig, 2007). L'engagement permet même à l'individu de faire un pas vers son processus de changement interne : s'engager dans une occupation en y étant pleinement présent peut révéler des compréhensions plus profondes du processus de « faire » ses occupations (Elliot, 2011). La motivation de l'individu, c'est-à-dire « *l'élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins* » (Meyer, 2013), pour réaliser ses occupations n'en sera qu'améliorée. Ainsi l'objectif de l'ergothérapeute est de « *permettre aux individus de prendre conscience de leurs occupations, processus essentiel pour promouvoir des changements favorables dans leurs activités de vie quotidienne pour leur santé et leur bien-être* » (Atler, 2016). Pour la personne douloureuse chronique, où la causalité personnelle se trouve altérée, c'est-à-dire que le sentiment qu'elle éprouve d'être l'instigatrice des comportements qu'elle déploie pour agir sur l'environnement est mis à mal par l'expérience de la douleur qui envahit son quotidien. L'individu n'est plus l'instigateur de ses comportements mais plutôt le subordonné de sa douleur qui dicte ses actes. La mission de l'ergothérapeute est de rendre la personne capable d'agir sur son environnement, elle doit se penser à la source de ses actions et comme l'auteure de ses résultats (Meyer, 2013). Finalement, par l'engagement, la performance et la participation dans ses occupations, l'individu peut trouver un sentiment de contrôle sur sa vie. Pour la première fois depuis longtemps, ce n'est pas la douleur qui choisit les activités, mais bien l'individu lui-même. La relation entre l'engagement occupationnel, la santé et la qualité de vie ne peut-être qu'intimement liée (Morris et Cox, 2017).

e) L'interdisciplinarité : une collaboration pertinente

i) Définitions

La collaboration représente « l'action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres » (Larousse, 2021). Dans le domaine de la santé, la collaboration a évolué au fil du temps avec la volonté des praticiens d'améliorer la qualité des soins réalisés. Nous pouvons

recenser trois grands types de collaboration : la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Ces notions sont définies par Resweber (2011) :

- La pluridisciplinarité correspond à « *une mise à l'épreuve des pouvoirs inhérents à chaque discipline qui a tendance, de par sa clôture, à ériger des conclusions provisoires en dogmes ou en vérités. Cependant, elle nous invite à réinterroger les représentations, les notions et les concepts utilisés.* » Resweber explique qu'elle n'est pas simplement « *une juxtaposition de savoirs comme le prétend Patrick Charaudeau (2010)* ». Elle est le premier pas vers l'interdisciplinarité.
- L'interdisciplinarité représente « *le transfert de concept d'une discipline à une autre* ». D'ailleurs ce transfert permettrait d'après Resweber « *d'élargir le champ de compétence et de performance de la discipline* ». Pour réaliser ce transfert de connaissance, il est nécessaire de confronter les savoirs de chaque discipline pour améliorer la prise en soin du patient.
- La transdisciplinarité évoque la continuité de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité. Nous pouvons la définir comme « *la traversée des disciplines* ». Elle cherche à « *mettre les savoirs à l'épreuve de l'évolution des connaissances disciplinaires, d'une part et, d'autre part, à l'épreuve des besoins culturels* ».

A travers ces différentes définitions, l'interdisciplinarité est la plus adaptée dans le cadre de notre travail. Elle paraît être le meilleur interface pour entrevoir une nouvelle collaboration, celle des ergothérapeutes et des chirurgiens-dentistes. En effet, comment espérer découvrir la discipline de l'autre sans passer par le transfert de concept ?

Concernant la pluridisciplinarité, elle nous paraît moins adaptée dans le cadre de notre travail, mais elle fait partie intégrante de l'interdisciplinarité. Enfin, la transdisciplinarité nous paraît être une étape beaucoup trop avancée pour une collaboration nouvelle d'une part et, d'autre part, le champ de compétence entre l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste est assez éloigné. En vulgarisant, le chirurgien-dentiste n'apprendra pas à l'ergothérapeute à retirer une dent, et à l'inverse, l'ergothérapeute n'apprendra pas au chirurgien-dentiste la passation de la MCRO. En revanche, c'est la confrontation des concepts, pour apprendre à découvrir la profession de l'autre qui nous intéresse. Dans l'objectif d'enrichir le raisonnement clinique et d'améliorer la qualité de la prise en soin.

ii) Un atout pour le raisonnement clinique

Dans l'ouvrage *Démarches et raisonnements en ergothérapie*, Sylvie Meyer explique les différentes formes du raisonnement clinique (2008). Nous retiendrons le terme

« raisonnement clinique » puisque des « *études menées en santé communautaire, c'est-à-dire hors de la clinique, ne montrent pas des formes différentes de raisonnement entre le raisonnement clinique et professionnel* ». Le raisonnement est défini comme « *l'exercice de la raison, de la pensée* » (Larousse, 2021). Le raisonnement est la pensée du thérapeute. Nous pouvons décrire le raisonnement du thérapeute d'une façon explicite et d'une autre implicite. « *Le raisonnement peut être autant considéré comme un processus de résolution de problèmes considéré comme tel par l'ergothérapeute qui le produit, qu'un sentiment donnant lieu à une réaction du thérapeute sans même que celui-ci prenne conscience de sa pensée ou de ses intentions (Benamy, 1996 ; Mattingly & Fleming, 1994)* » (Meyer, 2008). En ergothérapie, ce processus rassemble l'ensemble des procédures permettant de comprendre la condition de santé de l'utilisateur, d'évaluer l'impact de cette condition sur les performances, d'évaluer l'impact de cette condition sur les habiletés ou sur les fonctions physiques, mentales et psychologiques, de déterminer les facteurs environnementaux associés à cette condition de santé, d'accéder aux théories et aux études utiles à l'évaluation et au traitement et de décider des meilleures options de traitement possibles en matière d'objectifs et de méthodes (Schell, 1998, 2003). Pour arriver à comprendre l'état de santé du patient atteint de douleurs chroniques orofaciales, la collaboration, interdisciplinaire comme nous l'avons vu, semble être une réelle valeur ajoutée.

« *Si nous respectons tous le même sens de la démarche clinique en partant du patient, nous allons obligatoirement évoluer vers une démarche interdisciplinaire qui sera une valeur ajoutée à la qualité des soins* » (Psiuk, 2006).

L'interdisciplinarité n'est pas une démarche clinique utopique. Elle fait partie intégrante des concepts fondamentaux qui ont vu le jour en science de l'occupation. Cette forme de collaboration amène une réelle valeur ajoutée à la qualité des soins comme nous l'avons vu. L'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste pourront s'appuyer sur cette collaboration pour développer des liens entre leurs disciplines respectives. De plus, une étude en cours de publication montre que la MCRO est un outil de support pour le diagnostic de l'ergothérapeute, tant dans l'identification d'objectifs que dans la construction de plans d'interventions pour faciliter les décisions d'équipe et la collaboration interprofessionnelle (Caire et Destruhaut, 2021).

2) Objectif de recherche

Comme nous avons pu le voir durant cette première partie, à travers des notions théoriques mais aussi pratiques, les douleurs chroniques orofaciales représentent un domaine peu étudié en ergothérapie dans la littérature. Encore moins sur le terrain puisqu'il n'existe pas d'ergothérapeute travaillant avec cette population à ce jour. Nous nous sommes donc appuyés

sur la pratique d'un professionnel de santé spécifique étant confronté à ces douleurs régulièrement : le chirurgien-dentiste. Notre œil s'est porté sur l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales réalisées par ce professionnel, et plus particulièrement le versant psycho-émotionnel. En effet, comme tout processus d'intervention, l'évaluation est la première des étapes, qui permet aux praticiens de construire son raisonnement clinique. Au travers de son approche centrée sur la personne, l'ergothérapeute est le plus à même de comprendre les relations entre la personne, ses occupations et son environnement. L'identification des problématiques occupationnelles avec la MCRO en partenariat avec le patient représente un premier pas vers la collaboration interdisciplinaire entre l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste. Ainsi nous pouvons formuler une question de recherche :

« Quel serait l'intérêt d'utiliser la MCRO comme un outil d'évaluation dans la prise en soin interdisciplinaire des adultes atteints de douleurs chroniques orofaciales ? »

3) Méthode exploratoire

a) Recueil de données

L'objectif de ce travail est d'imaginer la collaboration qui pourrait naître entre le chirurgien-dentiste et l'ergothérapeute pour proposer une réponse toujours plus adaptée à la personne, en y ajoutant l'expertise de l'ergothérapeute. Pour envisager cette collaboration je m'intéresse à la base du processus d'intervention : l'évaluation. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel représente un outil de choix dans l'identification des problématiques occupationnelles du patient atteint de douleurs chroniques en général, pourrions-nous également l'utiliser dans le contexte des douleurs chroniques orofaciales ?

i) Méthodologie d'investigation

Afin de répondre à notre questionnement, nous avons choisi de nous orienter sur une méthode qui va permettre de récolter des données de façon qualitative. Cette méthode a pour objectif de cadrer nos recherches sur le terrain pour collecter des informations pertinentes nécessaires à notre travail.

(1) Méthode qualitative

En recherche, l'approche qualitative est introduite par les anthropologues et les sociologues dans les années 1920. Elle est utilisée pour mener des recherches sur des phénomènes humains dans leur environnement naturel et d'un point de vue holistique (Aubin-Auger, et al. 2008). Cette approche nous intéresse dans notre étude car elle permet d'explorer

les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles à partir de propos. Pour Aubin-Auger l'approche qualitative en recherche requiert « *des dispositions humanistes, de la curiosité, de l'imagination et de la créativité* » (2008). C'est là tout l'intérêt de cette approche puisque « *la recherche qualitative cherche à comprendre, elle ne cherche pas à mesurer* » (Morel Bracq, 2016). Mesurer la douleur est important dans notre pratique, mais ne nous attachons-nous pas plus particulièrement à comprendre ce phénomène en ergothérapie ? Ainsi la méthode qualitative semble la plus appropriée pour notre étude en raison de l'importance qu'elle accorde à l'expérience et aux vécus des professionnels interviewés dans un contexte de pratique différent.

(2) Approche ethnographique

L'ethnographie est définie par Reeves comme « *the study of social interactions, behaviours, and perceptions that occur within groups, teams, organisations, and communities* » (Reeves, Kuper and Hodges, 2008). Cette approche nous intéresse particulièrement par l'intérêt qu'elle porte aux différents comportements, interactions sociales et perceptions des personnes dans leurs environnements. Au regard de notre population d'étude, à savoir les ergothérapeutes et les chirurgiens-dentistes, cette approche nous paraît encore plus pertinente pour s'intéresser à deux points de vue et pratiques différents.

L'ouvrage de Marcel Mauss publié en 1926 s'intitulant *Manuel d'ethnographie* met en évidence certaines limites à l'utilisation de l'approche ethnographique et des principes d'observation. Premièrement nous avons la subjectivité, que nous allons retrouver dans la méthode de récolte de données de ce mémoire, l'entretien. Mauss nomme cette difficulté comme le « *danger de l'observation superficielle* ». Pour éviter de tomber dans ce piège, la rigueur méthodologique est importante. L'observateur « *ne doit pas porter de jugement moral, ne pas croire et ne pas s'étonner* » pour ne pas biaiser l'interprétation des résultats. Par ces principes il sera à même d'être le plus proche de la réalité, être le plus exhaustif possible dans l'objectif de « *ne négliger aucun détail* ». Pour se faire, la personne analysant les données devra tout décrire à travers un verbatim, c'est-à-dire une retranscription mot pour mot de l'entretien avec la personne interviewée. Mais le plus important reste l'analyse des données, dans laquelle la personne analysant les données fait valoir sa valeur d'observateur ou son « *génie sociologique* » comme disait Marcel Mauss. Enfin des difficultés matérielles sont rapportées par Mauss. Pour pallier ces difficultés, nous allons choisir soigneusement les personnes interviewées et collectionner des objets, à savoir les « verbatim » pour montrer la réalité du terrain.

(3) L'entretien

L'entretien apparaît comme une méthode de choix pour récolter les données nécessaires à l'étude. Il est défini par Sylvie Tétreault comme « *une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie* » (Tétreault, 2014). Dans le cadre de notre travail, où nous allons interroger deux populations différentes, l'entretien est d'autant plus intéressant car « *il se place dans une approche phénoménologique, c'est-à-dire qu'il explore la réalité perçue par la personne, afin de mieux saisir les différentes facettes d'un phénomène* ».

D'après Tétreault, l'entretien possède plusieurs caractéristiques. Permettre la contribution d'une personne à l'avancement des connaissances sur un sujet doit se faire dans le cadre du consentement. Le chercheur doit s'assurer que la personne a bien compris la démarche du travail de recherche et que les données récoltées seront utilisées dans le cadre du mémoire. L'intervieweur doit posséder de bonnes habiletés de communications pour interagir avec la personne interviewée. L'objectif est d'instaurer un climat de confiance pour que la personne interrogée « *soit à l'aise de puiser dans son vécu et d'aborder des aspects autant concrets qu'émotionnels* ». La spontanéité et la sincérité sont requises pour réaliser des entretiens de recherche. En faisant appel à ses souvenirs et aux émotions qui y sont liés, celles-ci peuvent se manifester de manières inattendues durant l'entretien. La capacité à faire face à des situations inattendues est alors requise pour faciliter les interactions pendant l'entretien.

Dans le cadre de ce mémoire, nous utiliserons l'entretien semi-structuré. Cet entretien se déroule selon un guide créé par le chercheur. L'entretien semi-structuré permet au chercheur de laisser libre cours à la pensée de la personne interrogée tout en l'aidant à se recentrer sur le thème de l'entretien grâce au guide d'entretien. L'entretien est ici judicieusement utilisé pour récolter les points de vue, les croyances et l'expérience des ergothérapeutes et des chirurgiens-dentistes auprès des personnes atteintes de douleurs chroniques d'une part et de douleurs chroniques orofaciales d'autre part.

b) Population de l'étude

Dans ce travail, nous allons interroger des ergothérapeutes, et des chirurgiens-dentistes spécialisés dans l'occlusodontie, de la Faculté Dentaire de l'université Paul Sabatier III de Toulouse. Pour permettre aux chirurgiens-dentistes d'imaginer la collaboration qui pourrait exister avec l'ergothérapeute nous n'avons pas donné d'informations sur le métier d'ergothérapeute en amont de l'entretien, de ce fait nous pourrions identifier leurs représentations sur ce métier.

Enfin, puisque l’ergothérapeute n’intervient pas auprès de cette population comme nous avons pu le voir, nous allons interviewer des ergothérapeutes travaillant avec des personnes atteintes de douleurs chroniques en général, qui utilisent la MCRO pour identifier leurs problématiques occupationnelles. Pour recruter ces ergothérapeutes, la problématique des douleurs chroniques orofaciales n’a pas été abordée.

Plusieurs thèmes ont été donné durant la phase de recrutement : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ; Douleurs chroniques ; Qualité de vie ; Interdisciplinarité. La notion des douleurs chroniques orofaciales sera introduite durant l’entretien.

Pour se faire, des critères d’inclusion et d’exclusion ont été définis :

Professionnel	Critères d’inclusion	Critères d’exclusion
Pour l’ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ergothérapeute ayant le diplôme d’état ➤ Ergothérapeute utilisant ou ayant utilisé la MCRO avec des patients atteints de douleurs chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tous professionnels ne disposant pas d’un diplôme d’état en ergothérapie ➤ Ergothérapeute n’utilisant pas la MCRO avec des patients atteints de douleurs chroniques
Pour le chirurgien-dentiste	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chirurgien-dentiste ayant le diplôme d’état ➤ Chirurgien-dentiste en cours d’internat étant spécialiste de l’occlusodontie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tous professionnels n’étant pas chirurgien-dentiste ➤ Chirurgien-dentiste n’étant pas spécialiste de l’occlusodontie

c) Construction de l’outil

La difficulté, ou plutôt l’originalité de ces entretiens est que nous avons deux populations distinctes à interroger. Une trame d’entretien adaptée à chaque professionnel nous permettra de confronter les savoirs de chaque professionnel et leurs représentations mais aussi de mettre en avant les convergences. Par ce choix, la notion d’interdisciplinarité n’en sera que mise en valeur. En revanche, ces trames d’entretien, bien qu’elles soient différentes par leurs questions, sont composés des mêmes parties, pour faciliter la confrontation et la convergence des échanges.

Deux trames d’entretien ont donc été réalisées : une pour les ergothérapeutes (voir annexe n°10) et une pour les chirurgiens-dentistes (voir annexe n°11).

La première partie de l’entretien me permet de poser le contexte de l’entretien pour les deux populations. Ce contexte est différent puisque pour les ergothérapeutes il portera sur

l'utilisation de la MCRO avec le patient douloureux chronique, alors que pour les chirurgiens-dentistes il portera sur l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales.

La deuxième partie s'intitule « Parcours, expérience et représentation de la douleur ». Elle a pour but de connaître la personne interviewée. La personne commencera par se présenter, ce qui nous permettra de juger la qualité des propos de la personne interrogée. Puis nous lui demanderons de citer une expérience professionnelle qui l'a particulièrement marquée.

La troisième partie s'intéresse à l'évaluation des impacts de la douleur chronique pour l'ergothérapeute avec la MCRO, et à l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales pour le chirurgien-dentiste.

La quatrième partie s'intéresse à l'impact des douleurs orofaciales sur la qualité de vie du patient. Pour cette partie, l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste auront les mêmes questions.

Durant la cinquième partie nous allons introduire pour les ergothérapeutes le thème des douleurs chroniques orofaciales. Pour faciliter la compréhension du terme nous les appellerons « douleurs chroniques cervico-orofaciales ». Après avoir introduit cette notion nous leur demanderons d'imaginer le rôle que pourrait avoir l'ergothérapeute autour de ces douleurs. Nous nous attarderons plus précisément sur l'évaluation, mais aussi sur l'intervention selon la tournure de l'entretien. Pour les chirurgiens-dentistes, nous donnerons quelques précisions sur le métier d'ergothérapeute, puis nous les questionnerons sur le rôle de l'ergothérapeute autour des douleurs chroniques orofaciales. L'objectif n'est pas de prendre au dépourvu les participants s'ils ne connaissent pas le métier de l'autre.

La sixième partie porte sur l'interdisciplinarité et le raisonnement professionnel. Durant cette partie nous questionnerons les participants de l'étude sur la différence qu'ils font entre la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité. Enfin, nous demanderons aux participants si l'évaluation de l'ergothérapeute, permettrait d'orienter le raisonnement clinique en fonction de leurs représentations.

L'entretien se termine par une ouverture, pour donner l'occasion à la personne interrogée d'ajouter des éléments qui n'auraient pas été abordé durant l'échange.

d) Analyse des résultats

« La valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes » (Drapeau, 2004). La méthodologie pour analyser les résultats est ainsi aussi importante que la méthodologie pour récolter des données.

i) Analyse textuelle

Nous avons fait le choix de ne pas créer de matrice pour se laisser surprendre par les discours des différentes personnes interviewées. Pour analyser les données nous allons réaliser une analyse lexicométrique avec le logiciel IRamuteq®. Le choix de cette méthodologie est pertinent puisqu'il va nous permettre d'analyser les données de façon objective. Pour se faire nous allons nous appuyer sur deux méthodes du logiciel : la méthode Alceste et l'analyse de similitude. La méthode Alceste sert à l'analyse des discours. Le logiciel crée des classes à l'aide des occurrences de mots dans le verbatim. Ces classes sont représentées par des dendrogrammes, ce sont des classifications descendantes hiérarchiques. Une analyse factorielle des correspondances nous permettra de faire du lien entre les différentes classes. L'analyse de similitude va nous permettre de déterminer la proximité et d'établir les relations entre les éléments de nos verbatims (Marchand et Ratinaud, 2012).

Dans un premier temps, nous analyserons les données récoltées par les entretiens avec les ergothérapeutes avec le logiciel IRamuteq®. Nous commencerons par l'analyse de l'ensemble des verbatims regroupés. Le logiciel IRamuteq® déterminera des classes que nous allons nommer. Ces classes constituent les thèmes que nous allons analyser. Pour se faire, nous allons nous appuyer sur des éléments du contenu des verbatims pour illustrer nos propos et les mettre en relief. Nous procéderons de la même façon pour analyser les données récoltées par les entretiens avec les chirurgiens-dentistes.

Enfin, nous allons discuter les résultats en confrontant les discours et façon de penser des ergothérapeutes et des chirurgiens-dentistes. Certains éléments pourront se rejoindre, ce qui montrera un point de vue commun entre les deux professions.

ii) Analyse des données

(1) Données des ergothérapeutes

Un tableau décrivant le profil des ergothérapeutes se trouvent en annexe n°13.

Nous allons analyser les thèmes déterminés par le logiciel (voir annexe n°14) en appuyant nos propos par des éléments du verbatim des entretiens des ergothérapeutes.

Le premier thème correspond à **l'approche centrée sur le patient et ses occupations et la collaboration interprofessionnelle**. Nous pouvons remarquer qu'il n'est en lien avec aucun autre thème, ce qui montre que ce thème ne se retrouve pas dans tous les entretiens. Tout du moins il n'est pas explicité clairement dans les entretiens des ergothérapeutes A et B. D'après les nuages de mots représentatifs des entretiens des ergothérapeutes A, B et C (voir annexe

n°17), nous pouvons observer que les entretiens gravitent autour de la douleur, du patient et de ses activités. Le verbe d'action « aller » se retrouve dans tous les entretiens. Nous pouvons y trouver deux significations. Premièrement pour le thérapeute dont le but est « **d'analyser l'être humain et son fonctionnement** » (1.34) d'après l'ergothérapeute C. Deuxièmement pour le patient, qui grâce au « talent de l'ergothérapeute » (1.128-129) d'après l'ergothérapeute C peut « arriver à un changement de paradigme » (1.45). En effet si l'approche centrée sur le patient que nous avons étudié en première partie place le patient comme l'expert de sa vie, l'ergothérapeute lui est expert de l'occupation comme nous l'avons vu. Il a pour rôle de guider le patient, de « **mettre le patient en avant pour qu'il soit vecteur de santé, responsable de sa vie et acteur de son cheminement** » (1.29-30) d'après l'ergothérapeute C. D'ailleurs, l'approche patient centrée est critiquée par l'ergothérapeute C. Elle dit que si nous sommes centrés sur le patient nous sommes en réalité centrés sur ses « capacités physiques, psychologiques et sociales » (1.110). Elle met alors en avant l'approche collaborative avec le patient mise en avant par le modèle Montréal, pour elle nous ne devons plus nous positionner en tant que sachant, mais instaurer « une relation thérapeutique collaborative » (1.159) avec le patient, ce qui a du mal à être mis en place dans le système de santé actuelle. Le concept d'interdisciplinarité que nous avons étudié en première partie n'est pas suffisant pour elle, nous devons aller plus loin et enlever les barrières qui séparent le patient des professionnels de santé même si « on met le patient au milieu » (1.268). Si on considère le patient comme une personne avec des « **compétences expérientielles** » (1.278) alors être patient devient une discipline à part entière pour elle. L'ergothérapeute A admet sans hésitation que l'interdisciplinarité est la collaboration qu'elle utilise, c'est « un **raisonnement en cohésion** » (1.191). Pour elle, l'interdisciplinarité a pour objectif de « **travailler ensemble avec un objectif et avec un même regard** » (1.192). L'objectif commun, c'est l'objectif du patient, elle est donc dans une démarche patient centré. Elle met en avant certaines problématiques de sa pratique professionnelle dans le travail en collaboration. Pour elle nous sommes à mi-chemin entre l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité. En effet, même si des réunions de synthèse et d'équipe sont mises en place, elle observe que les discours entre les différents professionnels ne sont pas en phase avec le patient. Elle conclut par dire que c'est la « **richesse des échanges et des différents points de vue qui permet d'avoir un discours commun auprès du patient** » (1.225). Ses propos laissent penser qu'elle ne prend pas en compte le discours du patient, mais elle explique que les objectifs du patient sont les objectifs des professionnels de santé. Pour l'ergothérapeute B, il estime que la collaboration en interdisciplinarité est la plus adaptée puisque la « communication au sein de l'équipe c'est essentiel » (1.380-381).

Le deuxième thème consiste à **identifier les problématiques occupationnelles liées à la douleur**. Ce thème est présent dans toutes les classes déterminées avec le logiciel. C'est d'ailleurs le thème le plus présent avec 23,1% d'occurrence dans le verbatim. Les ergothérapeutes A, B et C s'accordent tous les trois pour dire que **l'évaluation de l'ergothérapeute avec la MCRO permettrait d'orienter le raisonnement clinique sur les problématiques occupationnelles en lien avec les douleurs orofaciales**. L'ergothérapeute A est le seul participant de l'étude auprès des ergothérapeutes à ne pas être formé à la MCRO, mais elle l'a étudié pendant son cursus initial et elle l'utilise à chaque entretien d'entrée. L'ergothérapeute C est formatrice MCRO quant à elle. Les ergothérapeutes ne voient pas de limites à l'utilisation de la MCRO avec les patients atteints de douleurs chroniques si ce n'est deux points. L'ergothérapeute A nous dit que le patient ne doit pas avoir de troubles cognitifs. L'ergothérapeute C nous dit que le seul risque à l'utilisation de la MCRO ne vient pas du patient mais plutôt de l'ergothérapeute. Si elle considère la passation de la MCRO comme une **évaluation prioritaire**, l'ergothérapeute doit être bien formé. L'identification des objectifs problématiques ne posent pas de problèmes, c'est plutôt l'entretien motivationnel avec le patient qui pose difficulté pour arriver à reformuler et obtenir des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporel). Si **l'identification des activités problématiques dans les domaines des loisirs, de la productivité et des soins personnels** est l'objectif même de la MCRO pour les trois ergothérapeutes, la cotation l'est tout autant. Pour l'ergothérapeute B, qui cite une expérience avec un patient, « l'objectif smart est le guide du patient » (1.215-216). En effet, en établissant une cotation initiale, le patient développe une motivation intrinsèque pour atteindre ses objectifs. De plus, l'atteinte va avoir un impact sur « la perception de la difficulté et du rendement de la difficulté et de la satisfaction » (1.200-201) d'après lui. L'ergothérapeute A explique que certains des patients cotent le rendement et la satisfaction sans « intégrer leurs douleurs » (1.85-86). Il est important d'expliquer l'objectif de la MCRO avant de la passer, pour que le patient en comprenne bien le sens. L'ergothérapeute C explique qu'elle fait passer des échelles de perceptions pendant l'activité pour se rendre véritablement compte de l'intensité de la douleur, de la fatigue de la personne pendant l'activité et de la perception de la personne. Il est nécessaire **d'expliquer le rôle de l'ergothérapeute au patient** pour l'ergothérapeute A. L'ergothérapeute B pense que la comparaison des scores de la MCRO initiale et à la réévaluation pourrait servir d'indicateur d'amélioration de qualité de vie. **Les scores de la MCRO et les scores d'évaluation de qualité de vie pourrait se corrélér** ce sont « des outils complémentaires pour lui » (1.291). L'évaluation de l'ergothérapeute est totalement complémentaire avec celle du chirurgien-dentiste pour lui. Elle permettrait de

« **s’interroger sur des aspects que le chirurgien-dentiste n’évalue pas** » (1.347) pour l’ergothérapeute B avec la vision globale et centrée sur le patient de l’ergothérapie. Pour lui, l’ergothérapie pourrait « **devenir une alternative thérapeutique** » (1.343).

Le troisième thème s’attache à **comprendre les différents aspects de la douleur et adapter son raisonnement clinique et sa prise en charge**. La place de l’ergothérapeute dans l’évaluation et aussi l’intervention est primordiale pour les participants de l’étude. Comme nous l’avons vu en première partie, la douleur est un **phénomène complexe multidimensionnel**. Les ergothérapeutes nous disent tous les trois que la douleur va avoir **un impact sur la motivation, l’engagement et l’équilibre occupationnel dans les différents domaines d’activités** du MCREO. L’entretien de la MCRO est important pour l’ergothérapeute B, il doit **explorer tous les champs de la vie de l’individu**. Il cite un exemple dans lequel il est face à une situation difficile, il explique que c’est grâce à un élément survenu au cours d’une conversation avec un patient qu’il comprit la façon de penser et d’interagir avec son environnement de la personne. L’ergothérapeute B explique que son raisonnement clinique intervient lors de l’évaluation mais aussi lors de l’intervention. Tout au long de son accompagnement il « se questionnait » (1.96), « se demandait » (1.93), pour lui l’ergothérapeute doit « à tous les moments se poser des questions » (1.184). Il juge que nous n’approfondissons pas assez les différents domaines de la vie du patient. Pour l’ergothérapeute C, **le raisonnement clinique en collaboration avec le patient et les chirurgiens-dentistes « crée la relation » (1.318)**. A travers son raisonnement clinique, l’ergothérapeute s’implique dans l’accompagnement, il organise sa pensée, cette implication permet au patient d’adhérer et de tester de nouvelles choses. Pour l’ergothérapeute A, cela permet au patient de se « motiver à expérimenter de nouvelles choses et aller au-delà de la douleur » (1.57-58). D’après elle, certains patients pensent « qu’on ne les croit pas et qu’on ne se rend pas compte à quel point ils sont douloureux » (1.41-42), la reconnaissance du soignant est également importante. En comprenant la personne, et tous les aspects de sa douleur qui l’accompagne, **l’ergothérapeute favorise l’habilitation et permet au patient de se détacher de sa douleur** et d’entrevoir une porte de sortie.

Le quatrième thème concerne les **répercussions physiques, psychologiques et sociales sur l’état de santé du patient et la formation des ergothérapeutes à l’utilisation de la MCRO**. Les trois ergothérapeutes parlent des répercussions physiques, psychologiques et sociales de la douleur chroniques sur la qualité de vie du patient. En effet, **à travers son intérêt pour les occupations de vie du patient l’ergothérapeute aborde la question de sa qualité de vie liée à santé**. Les indicateurs que nous avons vus en première partie se rapprochent des

éléments rapportés par les ergothérapeutes. Ensuite la formation des ergothérapeutes à l'utilisation de la MCRO est un élément dont nous avons déjà discuté dans le premier thème. L'ergothérapeute C aborde principalement l'importance de la formation à la MCRO mais aussi l'ergothérapeute B. Le mot « vie » est un des mots apparaissant le plus dans le nuage de mots, il se rapporte à la qualité de vie du patient, à laquelle l'ergothérapeute accorde toute son importance puisqu'elle est synonyme d'engagement, de participation, de bien-être et de plaisir dans la vie quotidienne.

Le dernier thème aborde **le contexte de rééducation et le parcours du patient**. Il est principalement abordé par les ergothérapeutes B et C. Pour l'ergothérapeute B, il s'agit de contraintes institutionnelles, il ne disposait que de 30 minutes pour faire une évaluation avec la personne. Ce qui constitue une réelle limite pour lui mais l'ergothérapeute a avancé durant l'entretien que les ergothérapeutes de son service passent la MCRO en 20 minutes. Ensuite l'ergothérapeute C nous donne un élément pour **instaurer un environnement en cohésion avec les problématiques de vie abordés en séances d'ergothérapie**. Pour elle : « on est occupation centré dans un décor qui n'est pas occupation centré » (1.333-334). Elle explique l'importance de créer un environnement en cohésion avec notre approche, de ce fait notre accompagnement prendra **plus de sens pour le patient en règle générale mais aussi plus de sens pour le chirurgien-dentiste**.

(2) Données des chirurgiens-dentistes

Un tableau décrivant le profil des chirurgiens-dentistes interrogés est présenté en annexe n°22.

Nous allons analyser les thèmes déterminés par le logiciel (voir annexe n°23) en appuyant nos propos par des éléments du verbatim des entretiens des chirurgiens-dentistes.

Le premier thème aborde les **répercussions fonctionnelles, psychologiques et sociales sur la vie du patient**. Parmi les indicateurs de ce thème on ne retrouve pas l'activité comme dans le discours des ergothérapeutes mais plutôt la gêne fonctionnelle, conséquence directe des problématiques occlusales et algiques des patients. Pour la gêne fonctionnelle, le verbe d'action « manger » est récurrent. Le chirurgien-dentiste A explique que c'est surtout la nutrition et l'élocution qui sont impactés par les douleurs orofaciales et leurs gênes fonctionnelles associées. Il continue en expliquant qu'il y a beaucoup « d'interdépendances » (1.63-64) entre les problèmes psychologiques et les problèmes fonctionnels. L'évaluation du chirurgien-dentiste a pour objectif de **déterminer quelle est l'origine du problème** entre ces deux problématiques. Le chirurgien-dentiste B tient les mêmes propos que le chirurgien-dentiste A,

il cherche à **déterminer l'élément déclencheur, qu'il soit fonctionnel ou psychologique**. Il explique même que souvent c'est un problème psychologique à l'origine des problèmes fonctionnels. Pour l'aspect social, le chirurgien-dentiste nous a partagé son expérience personnelle. Il explique que les douleurs ont eu un impact sur la vie personnelle et professionnelle du patient, mais aussi celle de son couple. Il met en évidence l'atteinte esthétique du visage, encore plus pour une femme, qui a influencé la façon dont elle pouvait se voir et la « manière dont elle pensait que les gens pouvaient la voir » (1.146-147). Les propos du chirurgien-dentiste C nous permettent de confirmer ces éléments. L'appareil manducateur sert à « sourire, parler, manger, respirer » (1.189-190), il remplit les besoins primaires de l'individu, à savoir s'alimenter. Mais le visage représente bien plus que cela, « c'est la dimension sociale, culturelle et psychologique » (1.212-213) du visage, c'est « **l'outil préférentiel d'interaction avec les autres** » (1.214).

Le deuxième thème parle de la **prise en charge compliquée des douleurs orofaciales en raison de leur caractère abstrait**. L'errance thérapeutique est en partie responsable de la difficulté de la prise en charge. Le chirurgien-dentiste C justifie cette **errance thérapeutique** par les délais de consultation. Le chirurgien-dentiste A confirme les délais de consultation annoncés par le chirurgien-dentiste C, cela prend « plusieurs mois pour trouver l'origine » (1.31) de ces douleurs. Le chirurgien-dentiste B pense qu'il y a une « **incompréhension globale** » (1.28-29) des douleurs orofaciales du patient, la consultation au service d'occlusodontie est en quelque sorte « leur **dernière chance** » (1.29) pour lui. Pour le chirurgien-dentiste B, le domaine des douleurs orofaciales est encore méconnu, « trop peu de dentistes dépistent et orientent » (.268-269) pour lui, ce qui alimente l'errance thérapeutique des patients. Cette incompréhension est également alimentée par le fait que **les douleurs orofaciales ne « sont pas toujours matérialisables »** (1.30) pour le chirurgien-dentiste B. Elle décrit que le contexte psycho-émotionnel des patients est « vraiment lourd chez certains patients » (1.62-63), ce qui entretient le côté abstrait des douleurs orofaciales. Finalement elle décrit l'impact des douleurs orofaciales comme « **multifactoriel** » (1.39).

Le troisième thème parle du **vivre avec la douleur qui est un handicap pour la réalisation des activités de vie quotidienne**. Comme nous l'avons vu précédemment, les douleurs orofaciales ont un impact multidimensionnel sur la vie du patient. Le chirurgien-dentiste B explique que son rôle est de « **voir avec le patient comment on peut leur apprendre à vivre avec la douleur, à défaut de vivre sans** » (1.81-83). Le chirurgien-dentiste C décrit les algies vasculaires comme étant « probablement **la pire qu'un homme puisse avoir à subir** » (1.79). Durant l'entretien, le chirurgien-dentiste C est même ému quand il tient ces

propos en se remémorant le cas d'un patient, nous ne pouvons nous rendre compte réellement de l'intensité des douleurs orofaciales avant d'y être réellement confronté. Il raconte une expérience pendant une conférence où la dernière question d'un questionnaire était « Avez-vous déjà pensé que vous seriez mieux mort ? » et les chirurgiens-dentistes de la salle ont commencé à rigoler jusqu'à l'intervention d'un de leur collègue atteint de douleurs orofaciales qui les a interrompu de la sorte : « **Vous ne devriez pas rire, vous ne savez pas ce que cela fait d'avoir tout le temps mal, de se lever et de se coucher avec la douleur, d'avoir mal quand on va travailler au cabinet et prendre en charge des patients en ayant mal en permanence** » (1.208-215). Le chirurgien-dentiste B cite une expérience avec une patiente, qui expliquait « mes douleurs arrivent à 17h quand mes enfants rentrent de l'école et à 19h quand mon mari rentre je sais que tout va s'enchaîner jusqu'à l'heure du coucher » (1.242-243). Les patients sont véritablement en proie à ces douleurs. Le chirurgien-dentiste A raconte son expérience avec les personnes ayant perdu la capacité d'exercer leur activité physique. Ces personnes n'ont « **pas le choix d'arrêter leurs activités physiques et sportives, ils sont contraints** » (1.114-115). Pour lui c'est « le corps lui-même qui empêche la personne de faire ce qu'elle souhaite faire, c'est une **perte d'autonomie** » (1.120-121).

Le quatrième thème concerne **le traitement des douleurs orofaciales à travers les différents professionnels intervenant autour de ces douleurs**. Les trois chirurgiens-dentistes travaillent en collaboration avec plusieurs professionnels de santé : les kinésithérapeutes, les podologues, les orthoptistes, les ostéopathes, les orthophonistes, les psychologues, les orthodontistes, les sophrologues, les médecins du sport, les neurologues et des hypnotérapeutes. Cette série de professionnels de santé se découpent en professionnels de santé médicaux et professionnels de santé paramédicaux ce qui montre l'impact « multifactoriel » des douleurs orofaciales comme le chirurgien-dentiste B les décrit. D'ailleurs elle énonce n'avoir jamais adressé à un ergothérapeute. Elle dit avoir **du mal à voir ce qu'il peut être mis en place en ergothérapie** mais elle nuance en disant qu'elle n'a « **peut-être pas les bonnes représentations** » (1.106-107) **sur l'ergothérapie**. Le chirurgien-dentiste A dit de la même façon avoir « **des lacunes sur les soins ou les diagnostics** » (1.208) **que l'ergothérapeute peut apporter** mais il pense que l'évaluation de l'ergothérapeute aurait **beaucoup d'intérêt dans le contexte des douleurs orofaciales**. Enfin le chirurgien-dentiste C pense que l'évaluation de l'ergothérapeute permettra **une « évaluation complète en termes de qualité de vie et occupationnelle »** (1.241). Il pense qu'il y a un réel « **champ d'investigation clinique et de recherche** » (1.246), ce qui permettrait pour lui « **d'améliorer l'évaluation et d'orienter la prise en charge** » (1.252).

Le dernier thème aborde **l'interdisciplinarité au sein du service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de Toulouse et la formation des étudiants à la prise en charge de la douleur**. Nous pouvons observer que les trois chirurgiens-dentistes sont peu habitués par ce type de collaboration et ont demandé de faire la distinction entre la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité. Cela s'explique de plusieurs façons. Pour le chirurgien-dentiste C c'est « **complicé de faire de l'interdisciplinarité si on n'est pas dans un même service** » (1.265). Le principal obstacle du chirurgien-dentiste pour accéder à l'interdisciplinarité est le fait qu'il ne se retrouve pas dans un service hospitalier où l'on va retrouver des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des neurologues, des podologues, etc. Pour le chirurgien-dentiste B, après avoir expliqué la différence entre les deux types de collaboration, elle juge que les chirurgiens-dentistes « travaillent en pluridisciplinarité dans ce domaine-là » mais qu'il y aurait un « **réel apport de pouvoir travailler en interdisciplinarité** » (1.167). L'interdisciplinarité permettrait d'après lui de « **repenser les habitudes, les représentations et de prendre le patient dans son ensemble** » (1.177-178) pour les chirurgiens-dentistes. Ensuite le chirurgien-dentiste A a directement répondu la pluridisciplinarité, il « ne pense pas que ce soient des douleurs qu'on puisse traiter seul » (1.185-086). Enfin le chirurgien-dentiste C évoque l'enseignement auprès des étudiants. Pour lui c'est en nouant des « réseaux de soins mais aussi d'enseignement que nous parlerons le même langage et que nous allons favoriser les communications interprofessionnelles » (1.165-167). Ainsi il juge avoir une « **progression énorme dans l'enseignement et la prise en charge clinique des patients** » (1.247-248). Pour lui l'accompagnement et le retour d'expérience des ergothérapeutes permettrait « **d'améliorer considérablement l'évaluation clinique, les axes de recherches et l'enseignement auprès des étudiants et des autres professions** » (1.252-253).

e) Discussion

i) Interprétation des résultats

Grâce aux données que nous avons récoltées à travers les entretiens, l'intérêt d'utiliser la MCRO dans le contexte des douleurs chroniques orofaciales se concrétise, autant pour les ergothérapeutes que pour les chirurgiens-dentistes.

La MCRO est l'outil de choix de l'ergothérapeute pour identifier les problématiques occupationnelles du patient atteint de douleurs chroniques. Ces problématiques touchent les domaines d'activités des loisirs, de la productivité et des soins personnels comme nous l'avons vu par une atteinte physique, psychologique et sociale de la qualité de vie du patient. La formation des ergothérapeutes à la MCRO est primordiale. De nos jours elle est beaucoup

étudiée en formation initiale des ergothérapeutes, mais la connaissance de l'outil n'est pas le problème, mais plutôt la passation de l'évaluation à travers l'entretien motivationnel. L'ergothérapeute identifie avec le patient les problématiques de vie quotidienne mais il négocie les objectifs pour les rendre atteignables et réalisables.

Le contexte des douleurs chroniques orofaciales est particulier, nous pouvons même le qualifier d'hors-norme vu l'intensité excessive des douleurs. Les chirurgiens-dentistes ont mis en avant la nécessité de réaliser une évaluation globale du patient, chose pour laquelle ils ne se sont pas estimés qualifiés. L'évaluation psycho-émotionnelle qu'ils réalisent est étroitement en lien avec la philosophie de l'ergothérapeute puisqu'ils s'intéressent à la qualité de vie du patient. L'évaluation de ces deux professions se révèle être complémentaire dans le contexte des douleurs chroniques orofaciales.

Nous avons étudié deux disciplines étrangères l'une de l'autre, pour imaginer leur rencontre autour d'une problématique spécifique : celle des douleurs chroniques orofaciales. En travaillant dans le même service, les deux professions pourront développer une véritable collaboration interdisciplinaire, en découvrant la pratique et les concepts fondamentaux de l'autre. Néanmoins, l'ergothérapeute doit faire attention à proposer un environnement en cohésion avec le contexte et les problématiques de vie du patient pour le faire adhérer et donner du sens à l'accompagnement de l'ergothérapeute.

La MCRO est une évaluation de base, elle est centrée sur le patient et ses occupations. C'est le point d'ancrage de l'ergothérapeute pour faciliter l'habilitation du patient et son engagement dans ses occupations de vie dans le processus d'intervention. Dans le contexte de la douleur, l'ergothérapeute devient un guide pour amener le patient à modifier ses représentations sur la douleur et sa perception sur sa capacité à réaliser les activités et sa satisfaction.

ii) Limites et biais de la recherche

Cette étude présente certaines limites. Nous n'avons pu interroger uniquement trois ergothérapeutes d'une part et d'autre part trois chirurgiens-dentistes exerçant au sein du service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse. Du côté des ergothérapeutes, le faible nombre de professionnels interrogés rend l'étude subjective. Du côté des chirurgiens-dentistes, l'étude s'est concentrée sur des professionnels d'un seul centre, elle est considérée comme monocentrique et un effet institutionnel a pu influencer les résultats même si les entretiens ont été réalisés le même jour.

Enfin, nous aurions pu réaliser directement des entretiens avec la MCRO avec des patients atteints de douleurs chroniques orofaciales. Cela aurait permis d'identifier directement

les problématiques occupationnelles rencontrées par cette population et de justifier l'intérêt de l'évaluation de l'ergothérapie dans le contexte des douleurs orofaciales. Nous avons cependant dû respecter la loi Jardé, ce qui nous a limité à interroger uniquement des professionnels de santé. Malgré cet élément, il était intéressant de recueillir dans un premier temps les propos des professionnels de santé pour imaginer la collaboration interdisciplinaire entre chirurgiens-dentistes.

iii) Projection professionnelle

L'objectif de cette étude est atteint, nous venons de montrer l'intérêt de la mise en place d'une consultation en ergothérapie, en utilisant la MCRO, au sein du service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse. Ce premier pas vers la collaboration avec le chirurgien-dentiste et le patient atteint de douleurs orofaciales pourra ouvrir un nouveau champ d'étude et de pratique pour les ergothérapeutes. Cette étude à montrer l'intérêt de l'évaluation de l'ergothérapeute, pour approfondir les recherches, un travail portant sur la phase d'intervention de l'ergothérapeute pourra être étudié par la suite.

Ce travail nous a permis de découvrir une profession et un phénomène douloureux auxquelles nous n'avions jamais été confronté auparavant. S'intéresser à l'autre, que ce soit au patient ou aux autres professionnels de santé avec qui nous collaborons permet l'ouverture d'esprit en tant que futur professionnel. Ce travail a confirmé notre volonté de placer le patient au centre de l'accompagnement et de le considérer comme l'expert de son existence. Dans le contexte de la douleur, ce travail a montré l'importance de voir le patient dans sa globalité, comme un être singulier à travers ses occupations et son environnement social et familial. Promouvoir l'engagement et permettre l'habilitation est l'objectif même de l'ergothérapie, que nous nous efforcerons d'accomplir dans notre futur exercice professionnel.

Conclusion

La science de l'occupation s'est développée au fil du temps. Ses rencontres interdisciplinaires lui ont permis de construire une vision profondément humaniste de l'être humain et de son fonctionnement. L'approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers en est l'exemple même. Les phénomènes douloureux affectent la qualité de vie d'un individu. Ainsi les répercussions physiques, psychologiques et sociales de la douleur chronique impactent la personne, ses occupations et son environnement. La collaboration interdisciplinaire pour atteindre les objectifs du patient et l'amener à un changement de paradigme sur ses douleurs est la plus adaptée.

Même si l'évaluation des problématiques occupationnelles de l'individu douloureux en ergothérapie est largement reconnue dans les écrits scientifiques, un phénomène douloureux est peu étudié en ergothérapie à l'heure actuelle : les douleurs chroniques orofaciales. Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé confronté quotidiennement à ces douleurs.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés à l'intérêt d'utiliser la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) avec le patient atteint de douleurs chroniques orofaciales. Pour se faire nous avons été la rencontre des chirurgiens-dentistes du service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse pour imaginer la collaboration qui pourrait naître entre l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste.

Ainsi nous avons réalisé d'une part trois entretiens avec des ergothérapeutes exerçant avec des patients atteints de douleurs chroniques comme les lombalgies et d'autre part trois entretiens avec des chirurgiens-dentistes de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse. Les ergothérapeutes s'accordent sur la pertinence de l'utilisation de la MCRO avec le patient atteint de douleurs chroniques orofaciales pour identifier ses problématiques occupationnelles. Pour les chirurgiens-dentistes, l'évaluation de l'ergothérapeute permettrait une prise en charge globale du patient atteint de douleurs orofaciales et d'orienter le raisonnement clinique. L'étude a confirmé l'intérêt de mettre en place une évaluation en ergothérapie avec la MCRO au service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse pour identifier les problématiques occupationnelles de cette population. Même si cette étude représente un faible échantillon, elle a montré l'intérêt pour l'ergothérapie de s'intéresser à cette population. Un travail sur la phase d'intervention de l'ergothérapeute serait également intéressant pour approfondir la recherche scientifique et le champ de pratique des ergothérapeutes.

BIBLIOGRAPHIE

- ✚ Agence régionale de santé Hauts-de-France. (2019). Prise en charge de la douleur chronique. Repéré à : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/prise-en-charge-de-la-douleur-chronique>
- ✚ ANFE. (2021) : L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Repéré au <https://www.anfe.fr/definition>
- ✚ Ananthan, S., & Benoliel, R. (2020). Chronic orofacial pain. *Journal of neural transmission* (Vienna, Austria : 1996), 127(4), 575–588. <https://doi.org/10.1007/s00702-020-02157-3>
- ✚ Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- ✚ Boureau, F. (1991). *Contrôlez votre douleur*, Paris, Edition Payot
- ✚ Boureau, F., Dupain, P., & Gay, M. C. (2000). Le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique : douleurs et souffrances. *Champ psychosomatique (Grenoble)*, (19), 13-23.
- ✚ Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain* (London, England), 10(4), 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- ✚ Brown, C. A. (2002). Occupational Therapists' Beliefs regarding Treatment Options for People with Chronic Pain. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(9), 398–404. <https://doi.org/10.1177/030802260206500902>
- ✚ Caire Jean-Michel, & Schabaille Arnaud. (2018). Engagement, occupation et santé : [une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie]. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- ✚ Cathébras, P. (2000). *Douleur, somatisation, et culture : Peut-on aller au-delà des stéréotypes ?* *Douleur et Analgésie*, 13(3), 159-162. Repéré à : <https://doi.org/10.1007/bf03006597>
- ✚ Clark, F. (2006). One Person's Thoughts on the Future of Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 13(2-3), 167-179. <https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9726513>

- ✚ Depont, F., Hunsche, E., Abouelfath, A., Diatta, T., Addra, I., Grelaud, A., Lagnaoui, R., Molimard, M., & Moore, N. (2010). Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundamental & clinical pharmacology*, 24(1), 101–108. Repéré à : <https://doi.org/10.1111/j.1472-8206.2009.00730.x>
- ✚ DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314-321.
- ✚ Douleur. (2016). Inserm - La science pour la santé. Repéré à : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur#:~:text=La%20douleur%20est%20dite%20chronique,associ%C3%A9es%20%C3%A0%20des%20l%C3%A9sions%20nerveuses.>
- ✚ Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- ✚ Enemark Larsen, A., Rasmussen, B., & Christensen, J. R. (2018). Enhancing a client-centred practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational therapy international*, 2018.
- ✚ Fillingim, R. B., Ohrbach, R., Greenspan, J. D., Knott, C., Dubner, R., Bair, E., Baraian, C., Slade, G. D., & Maixner, W. (2011). Potential Psychosocial Risk Factors for Chronic TMD : Descriptive Data and Empirically Identified Domains from the OPPERA Case-Control Study. *The Journal of Pain*, 12(11), T46-T60. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.08.007>
- ✚ Forssell, H., Sipilä, K., Teerijoki-Oksa, T., Vartiainen, P., Kautiainen, H., Sintonen, H., & Kalso, E. (2019). The impact of chronic orofacial pain on health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Pain*, 0(0). Repéré à : doi :10.1515/sjpain-2019-0131
- ✚ Freud, S. (2014). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Éditions Payot.
- ✚ Greenspan, J. D., Slade, G. D., Bair, E., Dubner, R., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., Knott, C., Mulkey, F., Rothwell, R., & Maixner, W. (2011). Pain Sensitivity Risk Factors for Chronic TMD : Descriptive Data and Empirically Identified Domains from the OPPERA Case Control Study. *The Journal of Pain*, 12(11), T61-T74. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.08.006>
- ✚ Guillez, P., & Tétreault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.

- ✚ Hammell, K. R. W., (2016). Empowerment and occupation : A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 281-287
- ✚ Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. (2018). *Cephalalgia : an international journal of headache*, 38(1), 1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
- ✚ Kohn & Christiaens. (2014). Les méthodes de recherches qualitative dans la recherche en soins de santé : apports et croyance. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 53 : 67-82
- ✚ Korszun, A., Hinderstein, B., & Wong, M. (1996). Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 82(5), 496–500. Repérer à : [https://doi.org/10.1016/s1079-2104\(96\)80192-2](https://doi.org/10.1016/s1079-2104(96)80192-2)
- ✚ Kortman B. (1994). The eye of the Beholder : Model in Occupational Therapy, in *Australian Occupational Therapy Journal*, 41, p. 115-122.
- ✚ Laurence Jacquot (2003) L'ergothérapie et la Douleur Chronique (OT and Chronic Pain), *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 48:1, 32-35, DOI: 10.1080/20566077.2003.11721152
- ✚ Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer
- ✚ Le Breton, D. (2012). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.breto.2012.01>
- ✚ Macfarlane, T. V., Blinkhorn, A. S., Davies, R. M., Kincey, J., & Worthington, H. V. (2002). Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community dentistry and oral epidemiology*, 30(1), 52–60. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.300108.x>
- ✚ Maixner, W., Greenspan, J. D., Dubner, R., Bair, E., Mulkey, F., Miller, V., Knott, C., Slade, G. D., Ohrbach, R., Diatchenko, L., & Fillingim, R. B. (2011). Potential Autonomic Risk Factors for Chronic TMD : Descriptive Data and Empirically Identified Domains from the OPPERA Case-Control Study. *The Journal of Pain*, 12(11), T75-T91. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.09.002>
- ✚ Mallifage, D. (1994). De la douleur à la souffrance, in *Journal d'Ergothérapie*, 16, 3, 127-131.

- ✚ Marchand, P., & Ratinaud, P. (2012). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT, 2012, 687-699.
- ✚ Mauss, M. (1947). Manuel d'ethnographie (p. 85). Paris: Payot.
- ✚ Merskey, H. E. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Pain.
- ✚ Meyer, S. (2008). Démarches et raisonnements en ergothérapie (1ère édition). IES/HETS - INSTITUT D'ETUDES SOCIALES HAUTE ECOLE DE TRAVAIL SOCIAL. Repéré à : https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/rad/editions/45_de_marches_et_raisonnements_en_ergotherapie.pdf
- ✚ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Les structures spécialisées douleur chronique - SDC -. Ministère des Solidarités et de la Santé. Repéré à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>
- ✚ Natu, V. P., Yap, A. U., Su, M. H., Irfan Ali, N. M., & Ansari, A. (2018). Temporomandibular disorder symptoms and their association with quality of life, emotional states and sleep quality in South-East Asian youths. *Journal of oral rehabilitation*, 45(10), 756–763. Repérer à : <https://doi.org/10.1111/joor.12692>
- ✚ Pierce, D. (2016). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. De Boeck Supérieur.
- ✚ Pionchon, P., & Melin, C. (2011). La prise en charge des douleurs orofaciales en France : vers une démarche intégrée. *Actualités Odonto-Stomatologiques*, 256, 377-387. Repéré à : <https://doi.org/10.1051/aos/2011409>
- ✚ Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2013). Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO). Dans Townsend et, EA, Polatajko, HJ, Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation, 27.
- ✚ Pradalier, A., Auray, J. P., El Hasnaoui, A., Alzahouri, K., Dartigues, J. F., Duru, G., Henry, P., Lantéri-Minet, M., Lucas, C., Chazot, G., & Gaudin, A. F. (2004). Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the GRIM2000 study. *Pharmaco Economics*, 22(15), 985–999. Repéré à : <https://doi.org/10.2165/00019053-200422150-00003>

- ✚ Psiuk, T. (2006). Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. Recherche en soins infirmiers, N° 84(1), 16. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0016>
- ✚ Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., & Gibson, S. K. (2020, Septembre). La définition révisée de la douleur de l'Association internationale pour l'étude de la douleur: concepts, défis et compromis. *PAIN*, 161(9), pp. 1976-1982. doi:10.1097 / j.pain.0000000000001939
- ✚ Redfield, J. (1994). *La prophétie des Andes*. (J. lu, Éd.)
- ✚ Reeves, S., Kuper, A., & Hodges, B. D. (2008). Qualitative research methodologies: ethnography. *Bmj*, 337.
- ✚ Reinert, M. (1998). *Alceste*. Analyse de données textuelles. Paris (FR): Société IMAGE.
- ✚ Resweber, J.-P. (2011). Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*, 19, 171-200.
- ✚ Robinson, K., Kennedy, N., & Harmon, D. (2011). Is Occupational Therapy Adequately Meeting the Needs of People With Chronic Pain ? *American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 106-113. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.09160>
- ✚ Robinson, K., Kennedy, N., & Harmon, D. (2011). Is Occupational Therapy Adequately Meeting the Needs of People With Chronic Pain ? *American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 106-113. Repéré à : <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.09160>
- ✚ Rochman, D. L., Ray, S. A., Kulich, R. J., Mehta, N. R., & Driscoll, S. (2008). Validity and Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Outcome Measure in a Craniofacial Pain Center. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 28(1), 4–11. <https://doi.org/10.3928/15394492-20080101-06>
- ✚ Rudman, D. L., Dennhardt, S., Fok, D., Huot, S., Molke, D., Park, A., & Zur, B. (2008). A vision for occupational science: Reflecting on our disciplinary culture. *Journal of occupational science*, 15(3), 136-146.
- ✚ Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, Svensson P, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014;28:6-27.
- ✚ Smith, S. B., Maixner, D. W., Greenspan, J. D., Dubner, R., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., Knott, C., Slade, G. D., Bair, E., Gibson, D. G., Zaykin, D. V., Weir, B. S., Maixner, W., & Diatchenko, L. (2011). Potential Genetic Risk Factors for Chronic TMD :

Genetic Associations from the OPPERA Case Control Study. *The Journal of Pain*, 12(11), T92-T101. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.08.005>

- ✚ Vlaeyen, J. W. S., & Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue Du Rhumatisme*, 76(6), 511–516. doi:10.1016/j.rhum.2009.03.004
- ✚ Wrobel, J., & Allaz, A.-F. (2003). *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur.
- ✚ Zborowski, M. (1952). *Cultural Components in Responses to Pain* 1. *Journal of social issues*, 8(4), 16-30.

COLLOQUE :

- ✚ Haute Autorité de Santé. (2016). La dynamique patient : innover et mesurer, 16 Novembre 2016. Repéré à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2672110/fr/colloque-has-la-dynamique-patient-innover-et-mesurer-paris-16-novembre-2016

Annexes

SOMMAIRE DES ANNEXES

Page

<u>Annexe 1</u> : Les quatre niveaux interdépendants de la théorie et de la science.....	I
<u>Annexe 2</u> : Modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique.....	II
<u>Annexe 3</u> : Classification internationale des douleurs orofaciales.....	III
<u>Annexe 4</u> : Diagnostic psychiatrique entre des patients avec et sans désordres temporo- mandibulaires.....	IV
<u>Annexe 5</u> : Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur.....	V
<u>Annexe 6</u> : Comparaison du score de qualité de vie lié à la santé du questionnaire D15 entre des patients atteints de douleurs chroniques orofaciales et des patients atteints de maladies chroniques.....	VI
<u>Annexe 7</u> : Processus d'intervention d'un patient au service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier.....	VII
<u>Annexe 8</u> : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.....	VIII
<u>Annexe 9</u> : Fréquence des problèmes de performances occupationnelles rapporté par les patients atteints de douleurs orofaciales.....	IX
<u>Annexe 10</u> : Guide d'entretien exploratoire pour les ergothérapeutes.....	X à XIII
<u>Annexe 11</u> : Guide d'entretien exploratoire pour les chirurgiens-dentistes.....	XIV à XVI
<u>Annexe 12</u> : Formulaire de consentement.....	XVII
<u>Annexe 13</u> : Tableau décrivant le profil des ergothérapeutes interrogés.....	XVIII
<u>Annexe 14</u> : Thèmes de la classification descendante hiérarchique du verbatim des entretiens des ergothérapeutes regroupés.....	XIX
<u>Annexe 15</u> : Analyse factorielle des correspondances du verbatim des entretiens des ergothérapeutes regroupés.....	XX
<u>Annexe 16</u> : Analyse de similitudes du verbatim des entretiens des ergothérapeutes regroupés.....	XXI
<u>Annexe 17</u> : Nuage de mots représentatif du verbatim des entretiens des ergothérapeutes regroupés.....	XXII
<u>Annexe 18</u> : Tableau regroupant le contenu des verbatims des ergothérapeutes en fonction de la classification descendante hiérarchique.....	XXIII à XXVIII

<u>Annexe 19</u> : Verbatim de l'entretien avec l'ergothérapeute A.....	XXIX à XXXVI
<u>Annexe 20</u> : Verbatim de l'entretien avec l'ergothérapeute B.....	XXXVII à XLVIII
<u>Annexe 21</u> : Verbatim de l'entretien avec l'ergothérapeute C.....	XLIX à LIX
<u>Annexe 22</u> : Tableau décrivant le profil des chirurgiens-dentistes.....	LX
<u>Annexe 23</u> : Thèmes de la classification descendante hiérarchique du verbatim des entretiens des chirurgiens-dentistes regroupés.....	LXI
<u>Annexe 24</u> : Analyse factorielle des correspondances du verbatim des entretiens des chirurgiens-dentistes regroupés.....	LXII
<u>Annexe 25</u> : Analyse de similitudes du verbatim des entretiens des chirurgiens-dentistes regroupés.....	LXIII
<u>Annexe 26</u> : Nuage de mots représentatif du verbatim des entretiens des chirurgiens-dentistes regroupés.....	LXIV
<u>Annexe 27</u> : Tableau regroupant le contenu des verbatims des chirurgiens-dentistes en fonction de la classification descendante hiérarchique.....	LXV à LXIX
<u>Annexe 28</u> : Verbatim de l'entretien avec le chirurgien-dentiste A.....	LXX à LXXVI
<u>Annexe 29</u> : Verbatim de l'entretien avec le chirurgien-dentiste B.....	LXXVII à LXXXV
<u>Annexe 30</u> : Verbatim de l'entretien avec le chirurgien-dentiste C.....	LXXXVI à XCIV
<u>Annexe 31</u> : Verbatim regroupant ceux des ergothérapeutes utilisés pour la classification descendante hiérarchique.....	XCV à CXIII
<u>Annexe 32</u> : Verbatim regroupant ceux des chirurgiens-dentistes utilisés pour la classification descendante hiérarchique.....	CXIV à CXXX

Annexe n°1 : Les quatre niveaux interdépendants de la théorie et de la science

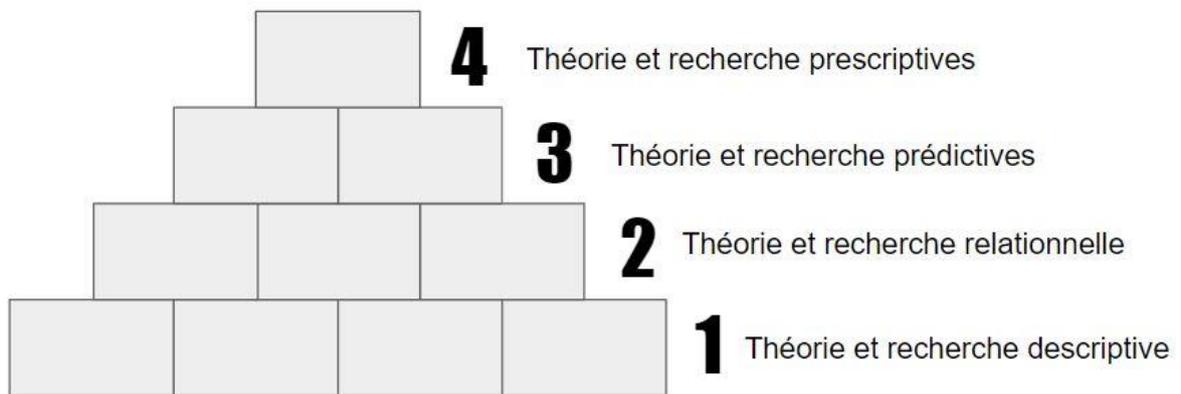
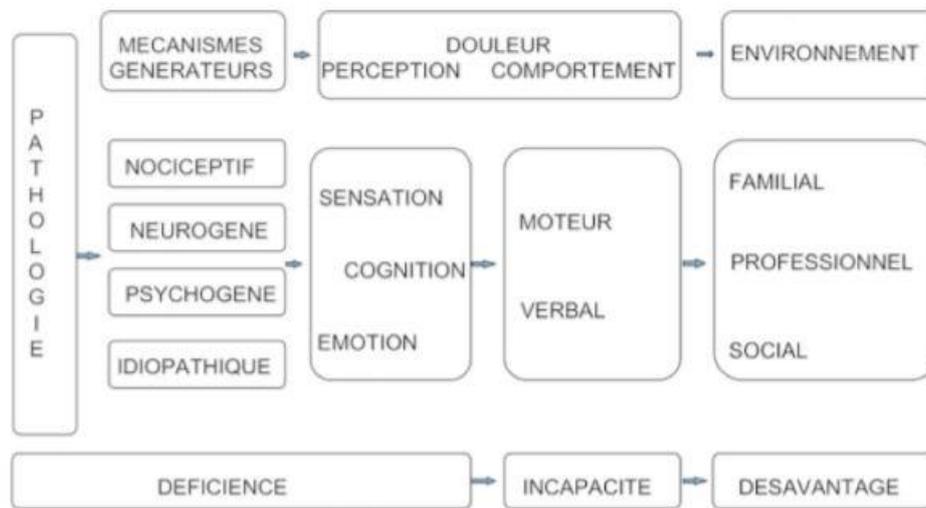


Figure 1 : Les quatre niveaux interdépendants de la théorie et de la science (Pierce, 2016)

Pierce, D. (2016). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. De Boeck Supérieur.

Annexe n°2 : Modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique



Boureau, F., Dupain, P., & Gay, M. C. (2000). Le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur chronique : douleurs et souffrances. *Champ psychosomatique (Grenoble)*, (19), 13-23.

Annexe n°3 : Classification internationale des douleurs orofaciales

Table 1 International Classification of Orofacial Pain (ICOP)

Chapters describing diagnostic criteria for:

1. Orofacial pain attributed to disorders of dentoalveolar and anatomically related structures
2. Myofascial orofacial pain^a
3. Temporomandibular joint (TMJ) pain^a
4. Orofacial pain attributed to lesion or disease of the cranial nerves^a
5. Orofacial pains resembling presentations of primary headaches^a
6. Idiopathic orofacial pain^a

Chapter with recommendations on further assessment

7. Psychosocial assessment of patients with orofacial pain
-

From International Classification of Orofacial Pain (ICOP) 2020

Ananthan, S., & Benoliel, R. (2020). Chronic orofacial pain. *Journal of neural transmission* (Vienna, Austria : 1996), 127(4), 575–588. <https://doi.org/10.1007/s00702-020-02157-3>

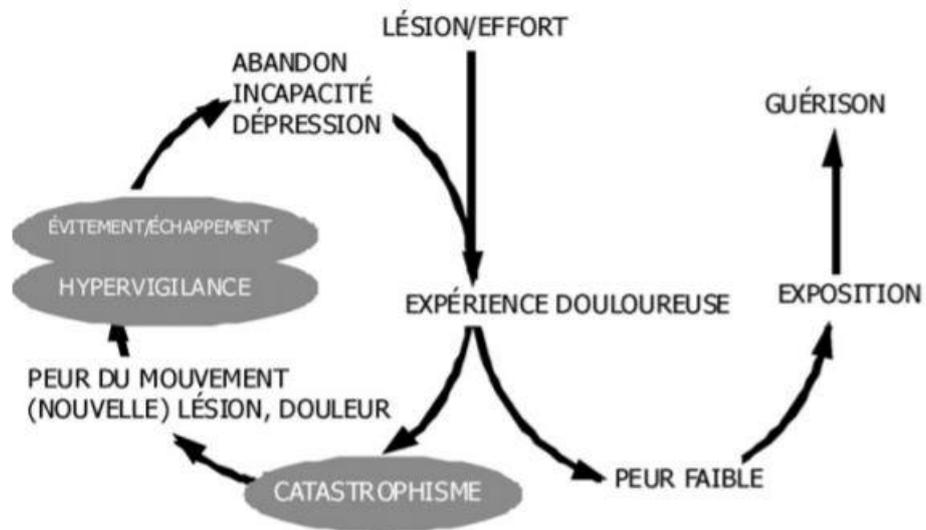
Annexe n°4 : Diagnostic psychiatrique entre des patients avec et sans désordres temporo-mandibulaires

Table 1. Psychiatric diagnoses in patients with and without TMD (no statistical difference chi-squared analysis, = 3.084; 1 df; $p > 0.05$)

	<i>Patients with TMD (n = 51) (%)</i>	<i>Patients without TMD (n = 21) (%)</i>
Major depression	17 (33)	3 (14)
Minor depression	13 (25)	5 (24)

Korszun, A., Hinderstein, B., & Wong, M. (1996). Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 82(5), 496–500. Repérer à : [https://doi.org/10.1016/s1079-2104\(96\)80192-2](https://doi.org/10.1016/s1079-2104(96)80192-2)

Annexe n°5 : Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur



Vlaeyen, J. W. S., & Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue Du Rhumatisme*, 76(6), 511–516. doi:10.1016/j.rhum.2009.03.004

Annexe n°6 : Comparaison du score de qualité de vie lié à la santé du questionnaire D15 entre des patients atteints de douleurs chroniques orofaciales et des patients atteints de maladies chroniques

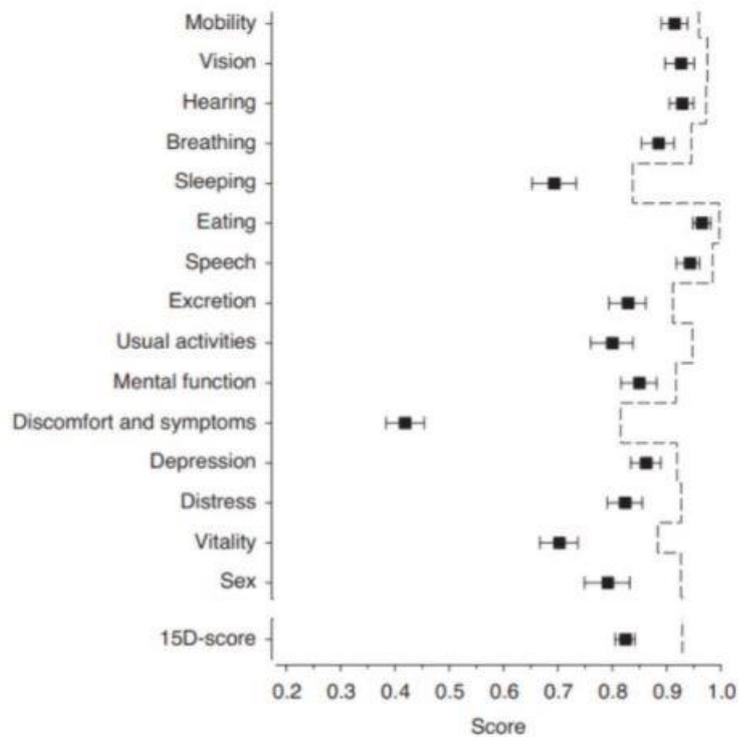


Figure 6 : Comparaison du score de qualité de vie lié à la santé du questionnaire D15 entre des patients atteints de douleurs chroniques orofaciales et des patients atteints de maladies chroniques

Forssell, H., Sipilä, K., Teerijoki-Oksa, T., Vartiainen, P., Kautiainen, H., Sintonen, H., & Kalso, E. (2019). The impact of chronic orofacial pain on health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Pain*, 0(0). Repéré à : doi:10.1515/sjpain-2019-0131

Annexe n°7 : Processus d'intervention d'un patient au service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier

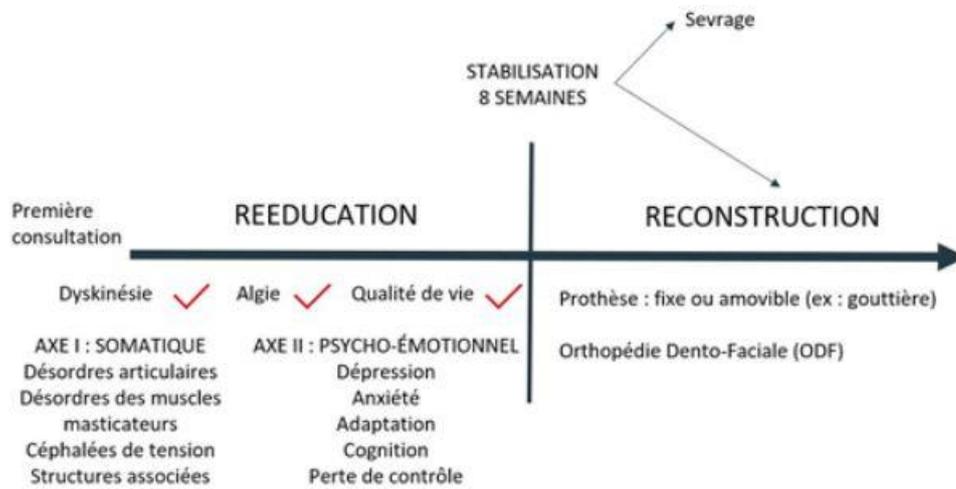
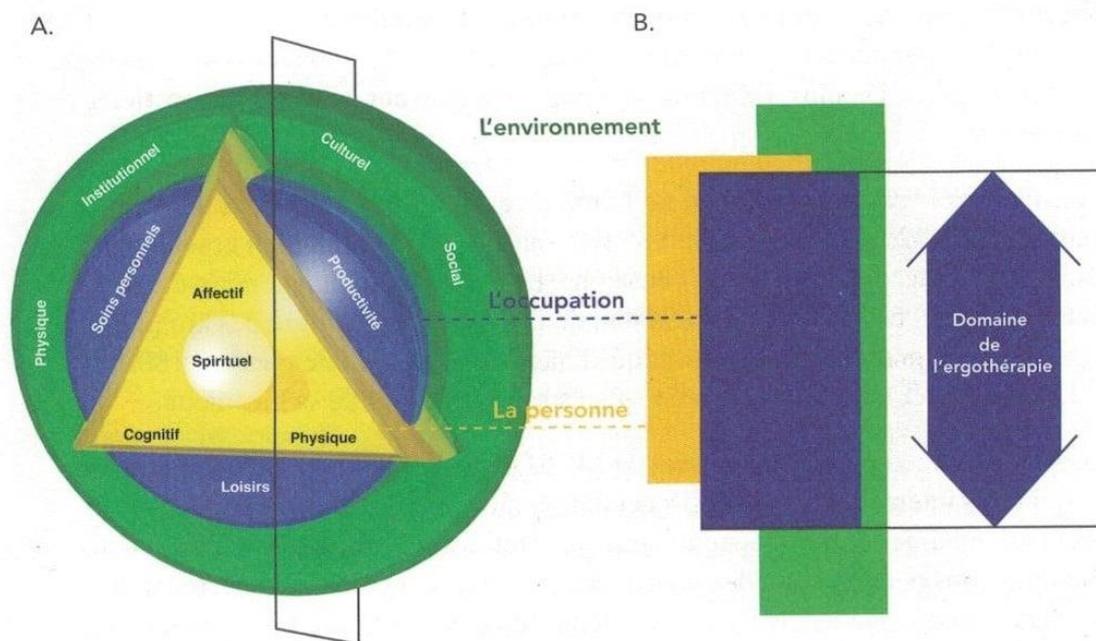


Figure 7 : Processus d'intervention d'un patient au service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier (Thiertant, 2021 & Hennequin and al. 2020)

Annexe n°8 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel



A : ¹ Désigné sous le nom de MCRO dans Promouvoir l'occupation (1997, 2002) et MCREO depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)*, dans *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe n°9 : Fréquence des problèmes de performances occupationnelles rapporté par les patients atteints de douleurs orofaciales

Table 4
**Frequency of Occupational Performance Problems
Reported by Participants (N = 29)**

Problem	Frequency
Working	21
Socializing	12
Eating	10
Sexual activity	9
Sleeping (feel rested in the morning)	9
Driving	8
Exercising	8
Recreation	7
Sitting with comfort	7
Reading	6
Chores/cleaning	6
Dressing/grooming	6
Enjoyment (e.g., time off or eating)	5
Brush/floss teeth	3
Other	23
Total	140

Rochman, D. L., Ray, S. A., Kulich, R. J., Mehta, N. R., & Driscoll, S. (2008). Validity and Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Outcome Measure in a Craniofacial Pain Center. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 28(1), 4–11.

<https://doi.org/10.3928/15394492-20080101-06>

Annexe n°10 : Guide d’entretien exploratoire pour les ergothérapeutes

Introduction :

“ Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d’initiation à la recherche, le mémoire. Et plus spécifiquement autour de l’utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) auprès du patient atteint de douleurs chroniques en général. Cet entretien va me permettre d’éclaircir ma question de recherche, et à la fin de l’entretien je vous proposerais une question autour d’une problématique peu étudiée en ergothérapie à l’heure actuelle. ”

Parcours, expérience et représentation de la douleur :

- 1) Pour commencer, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

- 2) Pourriez-vous me citer une expérience particulièrement marquante avec un patient souffrant qui a bousculé vos représentations sur la douleur et votre façon d’appréhender le patient douloureux ?

L’évaluation de la douleur chronique avec la MCRO :

- 3) Êtes-vous formés à la MCRO ? Depuis combien de temps l’utilisez-vous et auprès de quels patients de façon générale ?

- 4) Plus spécifiquement, passez-vous de manière systématique la MCRO avec le patient douloureux chronique ?

5) Quels sont pour vous les avantages et les limites de l'utilisation de la MCRO avec ces personnes ?

6) Pensez-vous que l'expérience de la douleur, d'autant plus lorsqu'elle devient chronique, influence les objectifs choisis durant l'entretien et leur cotation ?

7) Comment le patient perçoit-il cette évaluation ?

8) Selon vous, l'utilisation de la MCRO permet-elle au patient de s'engager à nouveau dans des occupations significantes et significatives ?

9) Utilisez-vous d'autres outils d'évaluation avec le patient douloureux chroniques en complémentarité de la MCRO pour construire votre raisonnement professionnel ?

L'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie :

10) Dans quelle mesure la douleur chronique impacte la qualité de vie d'une personne ?

11) Quels sont les impacts des douleurs chroniques orofaciales que vous rencontrez le plus souvent sur la qualité de vie d'une personne ?

Introduction des douleurs chroniques cervico-orofaciales dans l'entretien pour les ergothérapeutes :

Nous allons aborder maintenant la question des douleurs chroniques cervico-orofaciales, qu'il faut différencier des migraines. La chronicité de ces douleurs est différente comparée à celle des lombalgies par exemple. Elle doit être expérimentée au moins 50% des jours sur une période de 3 mois et au moins 4h par jour. A l'heure actuelle, l'ergothérapeute n'intervient pas auprès de cette population. Le professionnel de santé se retrouvant le plus confronté à ces pathologies est le chirurgien-dentiste. Je m'intéresse donc dans mon mémoire à la collaboration qui pourrait naître entre l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste auprès de cette population.

12) Selon vous, quel serait le rôle de l'ergothérapeute autour de ces douleurs chroniques cervico-orofaciales ?

Interdisciplinarité et raisonnement professionnel :

13) D'après votre expérience, la prise en charge des douleurs chroniques relève de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? Pourquoi ?

14) L'évaluation de l'ergothérapeute, en complémentarité de celle du chirurgien-dentiste, pourrait-elle orienter le raisonnement clinique autour du patient ?

Remarques et compléments diverses :

15) Auriez-vous des éléments pertinents à ajouter que nous n'ayons pas abordés ou pour compléter une de vos réponses, qui vous semblent pertinentes pour mon travail ?

Annexe n°11 : Guide d'entretien exploratoire pour les chirurgiens-dentistes

Introduction :

“ Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, le mémoire. Et plus spécifiquement autour de l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales. Cet entretien va me permettre d'éclaircir ma question de recherche, et à la fin de l'entretien je vous proposerais une question autour de la collaboration avec l'ergothérapeute, un professionnel de santé paramédical utilisant l'activité comme thérapie, pour permettre aux personnes en situation de handicap de réaliser leurs activités de la vie quotidienne de manière autonome, efficace et sécurisée. ”

Parcours, expérience et représentation de la douleur :

- 1) Pour commencer, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

- 2) Pourriez-vous me citer une expérience particulièrement marquante avec un patient souffrant qui a bousculé vos représentations sur la douleur et votre façon d'appréhender le patient douloureux ?

L'évaluation des douleurs chroniques orofaciales :

- 3) Comment évaluez-vous les douleurs chroniques orofaciales de façon générale ?

- 4) Au sein du service d'occlusodontie, j'ai remarqué que vous vous intéressez particulièrement aux répercussions psycho-émotionnelles des douleurs chroniques orofaciales sur le patient : pourquoi est-ce important pour vous, dans votre pratique, d'évaluer ce versant de la douleur ?

-
-
-
- 5) Avec quels professionnels de santé collaborez-vous pour la prise en charge des douleurs chroniques orofaciales ?

L'impact de la douleur chronique sur la vie quotidienne :

- 6) Dans quelle mesure les douleurs chroniques orofaciales impactent-elles la qualité de vie d'une personne ?

- 7) Quels sont les impacts des douleurs chroniques orofaciales que vous rencontrez le plus souvent sur la qualité de vie d'une personne ?

Question pour les chirurgiens-dentistes autour de la collaboration avec l'ergothérapeute :

Nous allons aborder maintenant la question de la collaboration avec l'ergothérapeute. Pour vous rappeler rapidement la raison de cette profession paramédicale : l'ergothérapeute s'intéresse à l'occupation, c'est-à-dire l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus donnent une valeur et une signification en incluant leurs rôles sociaux et familiaux. Concrètement, l'ergothérapeute aide les personnes à réaliser des activités qui sont importantes pour elles.

- 8) Au travers de ses évaluations, le chirurgien-dentiste s'intéresse à l'impact psycho-émotionnel des douleurs chroniques orofaciales sur la qualité de vie du patient,

d'après vous, quel rôle pourrait avoir l'ergothérapeute dans l'évaluation de ces douleurs ?

Interdisciplinarité et raisonnement clinique :

9) D'après votre expérience, la prise en charge des douleurs chroniques orofaciales relève de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? Pourquoi ?

10) L'évaluation de l'ergothérapeute, en complémentarité de celle du chirurgien-dentiste, pourrait-elle orienter le raisonnement clinique autour du patient ?

Remarques et compléments diverses :

11) Auriez-vous des éléments pertinents à ajouter que nous n'ayons pas abordés ou pour compléter une de vos réponses, qui vous semblent pertinentes pour mon travail ?

Annexe n°12 : Formulaire de consentement



**Formulaire de consentement
Pour films, enregistrements sonores,
Magnétoscopiques et autres**

Je soussigné(e) : _____

Accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant Florian THIERTANT en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seul l'étudiant, pourra avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autre fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne Consentante

Etudiant réalisant l'enregistrement

Fait à : _____

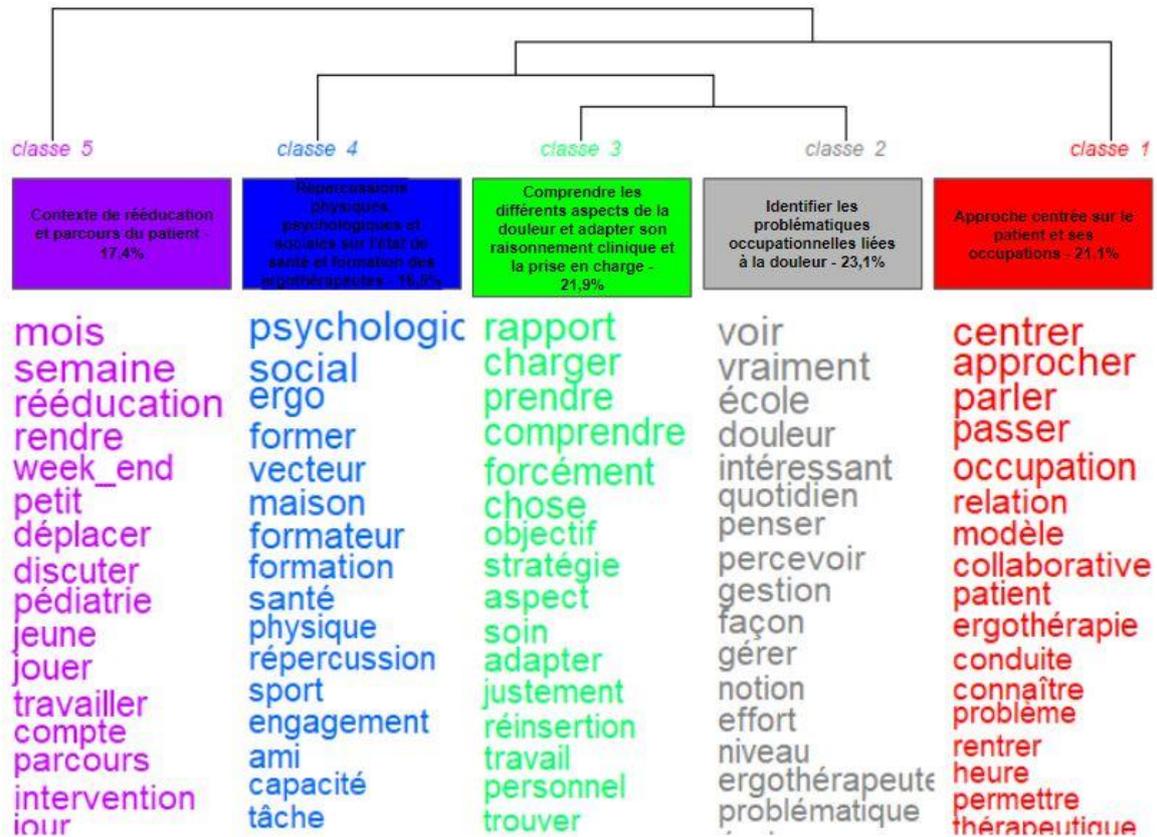
Date : _____

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.
Ce document doit être imprimé en double exemplaires et est à **conserver** par les deux personnes concernées

Annexe n°13 : Tableau décrivant le profil des ergothérapeutes

Ergothérapeute interviewé	Sexe	Parcours professionnel
Ergothérapeute A	Femme	Diplômée depuis Juin 2020. Elle a travaillé deux mois dans un service de Soins, Suites et Réadaptation. Depuis Octobre 2020 elle travaille dans un centre de rééducation en hôpital de jour.
Ergothérapeute B	Homme	Diplômé au Chili, il a commencé sa carrière en toxicomanie où il s'occupait de la réinsertion de jeunes adolescents dans la vie de tous les jours. Travaillé en parallèle en rééducation pédiatrique et dans une équipe mobile dans le cadre d'enfants vulnérables. Au Canada il a travaillé dans le domaine de la réinsertion professionnelle avec des accidents de la route ou de travail. Puis il arrive en France en 2019 où il a travaillé dans un EHPAD
Ergothérapeute C	Femme	Diplômée depuis 1989, elle a cumulé plusieurs formations : école des cadres, diplôme d'état de neuropsychologie, master de l'ingénierie de la formation, DU d'éducation thérapeutique et formatrice MCRO. Actuellement elle est coordinatrice du premier plateau technique d'ergothérapie occupation centrée, d'un jardin de santé et de la maison sport santé.

Annexe n°14 : Thèmes de la classification descendante hiérarchique du verbatim des entretiens des ergothérapeutes regroupés



Annexe n°18 : Tableau regroupant le contenu des verbatims des ergothérapeutes en fonction de la classification descendante hiérarchique

Thèmes	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
<p>Approche centrée sur le patient et ses occupations et collaboration interprofessionnelle</p>	<p>« raisonnement en cohésion » (1.191)</p> <p>« travailler ensemble avec un objectif et avec un même regard » (1.192)</p> <p>« richesse des échanges et des différents points de vue qui permet d’avoir un discours commun auprès du patient » (1.225)</p>	<p>« la communication au sein de l’équipe c’est essentiel » (1.380-381)</p> <p>« en ergothérapie on est centré sur la personne donc l’ergothérapeute va chercher sur l’environnement, la personne et ses habitudes de vie » (1.388-389)</p>	<p>« s’orienter vers une analyse de l’être humain et de son fonctionnement » (1.34)</p> <p>« c’est le talent de l’ergothérapeute » (1.128-129)</p> <p>« favoriser un changement de paradigme » (1.45)</p> <p>« mettre le patient en avant pour qu’il soit vecteur de santé, responsable de sa vie et acteur de son cheminement » (1.29-30)</p> <p>« capacités physiques, psychologiques et sociales » (1.110)</p> <p>« on met le patient au milieu » (1.268)</p>

			<p>« une relation thérapeutiques collaboratrice » (1.159)</p> <p>« le patient devient quelqu'un qui a des compétences expérientielles » (1.278)</p>
<p>Identifier les problématiques occupationnelles liées à la douleur</p>	<p>« les personnes qui ont du mal à comprendre les cotations » (1.75)</p> <p>« voir l'impact de ces douleurs dans leurs activités de la vie quotidienne » (1.173-174)</p> <p>« il y a des patients sur les échelles de capacité qui vont mettre 10/10 mais sans intégrer leurs douleurs » (1.85-86)</p> <p>« patients qui ne sont pas en phase avec la réalité de la situation » (1.99-100)</p>	<p>« l'ergothérapie a une vision très systémique et globale de la personne » (1.334-335)</p> <p>« l'objectif SMART est le guide du patient » (1.215-216)</p> <p>« si on atteint l'objectif, ça va affecter la perception de la difficulté, du rendement et de la satisfaction » (1.200-201)</p> <p>« des outils complémentaires » (1.291)</p>	<p>« la MCRO est une évaluation prioritaire » (1.81-82)</p> <p>« identifier les répercussions que ces douleurs vont avoir sur les occupations de vie et sur le déséquilibre occupationnel » (1.238-240)</p> <p>« évaluer les situations problèmes et la perception qu'à la personne de ces situations problèmes en terme de capacité</p>

	<p>« ils vont avoir du mal à sortir de cette sortie et émettre des objectifs réalisables » (1.101-102)</p> <p>« on leur explique vraiment le rôle de l'ergothérapeute et pourquoi on fait ça » (1.112)</p>	<p>« intéressants d'évaluer les deux en parallèle » (1.290)</p> <p>« s'interroger sur des aspects que le chirurgien-dentiste n'évalue pas » (1.347)</p> <p>« devenir une alternative thérapeutique » (1.343)</p> <p>« un outil qui va comprendre les loisirs, les soins personnels, et la productivité » (1.164-165)</p> <p>« ciblait plus précisément les problématiques » (1.160)</p>	<p>et de satisfaction » (1.130-131)</p>
<p>Comprendre les différents aspects de la douleur et adapter son raisonnement clinique et sa prise en charge</p>	<p>« se motiver à expérimenter de nouvelles choses et aller au-delà de la douleur » (1.57-58)</p> <p>« certains patients pensent qu'on ne les</p>	<p>« je me questionnais » (1.96)</p> <p>« je me demandais » (1.93)</p> <p>« l'ergothérapeute doit à tous les moments se poser</p>	<p>« crée la relation » (1.318)</p> <p>« l'ergothérapeute va favoriser l'engagement dans les occupations de vie » (1.135-136)</p>

	<p>croit pas et qu'on ne se rend pas compte à quel point ils sont douloureux » (141-42)</p>	<p>des questions » (1.184)</p> <p>« on n'approfondit peut être des fois pas assez » (1.118-119)</p> <p>« c'est par le biais de développements d'autres aspects de leurs vies pour surmonter leurs difficultés, qui allaient aussi contribuer à améliorer leur performance au travail » (1.167-169)</p> <p>« un engagement plus concret, plus important de la personne » (1.170)</p> <p>« la prise en charge était différente grâce à la motivation intrinsèque » (1.218)</p> <p>« très motivé en fonction de cet objectif » (1.214)</p> <p>« retrouver un équilibre</p>	<p>« la motivation dans la diminution de la perception de la douleur a une place très importante en ergothérapie » (1.58-59)</p> <p>« les occupations sont vecteurs d'engagement et d'épanouissement qui peuvent avoir des répercussions sur la douleur et son ressenti » (1.60-62)</p>
--	---	---	---

		occupationnel » (1.299-300)	
Répercussions physiques, psychologiques et sociales sur l'état de santé du patient et la formation des ergothérapeutes à l'utilisation de la MCRO	<p>« elle cause une restriction de participation très importante » (1.136)</p> <p>« les personnes ont mal, elles ont peur d'avoir mal aussi, ils se limitent énormément, ils ne font plus d'activités, au final la douleur impacte tous les domaines de la vie quotidienne » (1.137-138)</p> <p>« des gens qui arrêtent leurs loisirs, qui vont être en arrêt de travail, qui vont arrêter certaines tâches à la maison » (1.144-145)</p> <p>« ils ne font plus rien, au niveau du moral c'est terrible, ils se sentent dévalorisés » (1.146-147)</p>	<p>« la douleur était en lien avec toutes les activités qu'il faisait autour et en lien avec le plaisir » (1.64-65)</p> <p>« reprendre une routine saine, ne pas rentrer dans le cercle vicieux de la douleur, pouvoir cuisiner, se faire à manger, faire sa gamelle pour le travail, faire du sport, avoir une vie sociale plus active » (1.300-303)</p> <p>« augmenter le rendement d'une problématique occupationnelle va avoir un impact direct sur la qualité de vie et la perception de la qualité de vie » (1.311-313)</p>	<p>« le risque c'est de ne pas être suffisamment bien formé à la MCRO » (1.104)</p> <p>« ils ne savent pas faire l'entretien motivationnel » (1.106)</p> <p>« parfois la douleur a des répercussions sur le physique, parfois sur le psychologique » (1.189)</p> <p>« on part de la perturbation physique et on leur explique que la perturbation physique va entraîner des privations d'occupations de vie » (1.192-193)</p> <p>« il y a quant même pas mal d'éléments qui se croisent pour</p>

	« cela impacte l'entourage familial, les aidants » (1.151-152)		arriver là où ils en sont » (1.212-213)
Le contexte de rééducation et le parcours du patient		« la contrainte au niveau organisationnel au niveau de l'institution » (1.174) « on n'a pas le temps de faire changer les choses » (1.183)	« on est occupation centrée dans un décor qui n'est pas occupation centrée » (1.333-334) « il faut déjà qu'on ait une image de l'ergothérapie qui ressemble à l'image de l'ergothérapie » (1.341)

Annexe n°19 : Verbatim de l'entretien avec l'ergothérapeute A

1 **Florian** : « Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, le
2 mémoire. Et plus spécifiquement autour de l'utilisation de la MCRO auprès du patient atteint
3 de douleurs chroniques en général. Du coup, l'entretien va me permettre d'éclaircir ma question
4 de recherche et à la fin de l'entretien, je vous proposerai une question autour d'une
5 problématique peu étudiée en ergothérapie à l'heure actuelle. L'entretien va se dérouler en
6 plusieurs thématiques. Dans un premier temps, on va parler de de votre parcours professionnel,
7 de votre expérience et de vos représentations sur la douleur. Ensuite, on parlera de l'évaluation
8 avec la MCRO, un petit peu plus précisément de l'évaluation des douleurs chroniques
9 orofaciales et de leur impact sur la vie quotidienne, ensuite on abordera cette problématique
10 dont je t'ai parlé et on finira sur une partie sur le raisonnement professionnel. »

11 **Ergothérapeute A** : « Ok »

12 **Florian** : « Du coup dans un premier temps, est ce que vous pouvez me parler de votre parcours
13 professionnel ? »

14 **Ergothérapeute A** : « Je suis jeune diplômée, en juin dernier (2020). J'ai bossé deux semaines
15 en centre de rééducation en hôpital de jour. Ensuite j'ai bossé en SSR orientation gériatrique
16 environ deux mois, et depuis octobre je suis à nouveau dans le même centre de rééducation où
17 j'étais avant et toujours en hôpital de jour. »

18 **Florian** : « Ok, alors maintenant pourriez-vous me citer une expérience qui vous a
19 particulièrement marquée avec un patient atteint de douleurs ? »

20 **Ergothérapeute A** : « Oui ça tombe bien j'en ai une en ce moment ! Au niveau pathologie,
21 c'est une patiente qui a un syndrome d'Ehlers-Danlos, qui est obèse, et qui en plus de ça va se
22 faire opérer des deux prothèses de hanche, qui est extrêmement douloureuse. Contexte un petit
23 peu compliqué, car au début beaucoup de choses à mettre en place chez elle pour lui faciliter
24 ses transferts, les déplacements et pour limiter les douleurs au quotidien. Elle a aussi été
25 hospitalisée pendant deux semaines pour réaliser un sevrage morphinique. Et du coup elle est
26 encore plus douloureuse ! Parce qu'elle va se faire opérer de ses deux prothèses de hanches.
27 Donc aujourd'hui, nous en sommes à un point où c'est tellement douloureux au quotidien, que
28 même se déplacer au sein du centre de rééducation c'est compliqué. On ne sait pas trop où on
29 va. Il y a encore des points de sa vie quotidienne qui sont encore compliqués comme mettre son
30 déambulateur dans la voiture, des choses comme ça. On a encore des objectifs mais tant qu'elle
31 ne se fera pas opérer ça va être compliqué. Voila. »

32 **Florian** : « D'accord, est-ce que vous diriez qu'avec cette expérience avec une personne qui
33 est particulièrement douloureuse, ça change un petit peu votre perception des patients qui ont
34 des douleurs ? »

35 **Ergothérapeute A** : « Non, pas forcément, enfin je dirais peut-être par rapport au seuil de
36 tolérance à la douleur : par exemple des patients qui vont coter une douleur à 8/10 alors que
37 l'on voit à leurs mimiques que ça va à peu près, ou d'autres qui vont mettre 2/10 alors que l'on
38 voit qu'ils sont extrêmement douloureux. Mais sinon pas spécialement. »

39 **Florian** : « Ok, j'ai une question qui me vient : est-ce que c'est important pour eux d'avoir la
40 reconnaissance du soignant quand ils parlent de leurs douleurs ? »

41 **Ergothérapeute A** : « Oui oui complètement. Il y a des patients qui disent qu'on ne les croit
42 pas, qu'on ne se rend compte à quel point ils sont douloureux, qu'on dit que c'est dans leurs
43 têtes, surtout par rapport aux patients lombalgiques ! Où il y a aussi un effet de croyances, enfin
44 les lombalgiques c'est spécial aussi. Mais oui la reconnaissance du soignant c'est important
45 mais il ne faut non plus être axé tout le temps autour de la douleur. »

46 **Florian** : « D'accord, et quand vous parlez des croyances, vous voulez dire quoi ? »

47 **Ergothérapeute A** : « Il y a des gens tellement axés sur la douleur qu'ils restent que focalisés
48 là-dessus, ils n'arrivent pas à s'en détacher. Ils n'arrivent pas à envisager d'autres façons de
49 vivre leurs vies. Comment gérer les douleurs ? Comment gérer l'effort au quotidien ? La notion
50 de plaisir au quotidien pour sécréter de l'endorphine ! Ces personnes n'arrivent pas à voir ces
51 autres facettes et restent tellement focalisées sur leurs douleurs que l'on n'arrive pas à aller plus
52 loin finalement ! »

53 **Florian** : « D'accord, toute cette focalisation sur la douleur, le fait que la douleur prenne tout
54 l'espace dans la vie quotidienne de la personne, c'est un frein dans la prise en charge du patient
55 où en tant que soignant on arrive facilement à s'en détacher ? »

56 **Ergothérapeute A** : « Ça dépend des gens, il y en a qui vont réussir à aller au-delà, qui vont
57 être prêts et motiver à expérimenter des choses qu'on leur propose et d'autres patients qui vont
58 être en permanence en boucle sur la douleur, qui vont tout ramener à ça, tout le temps, et là
59 c'est compliqué. »

60 **Florian** : « OK, on va passer maintenant à l'évaluation de la douleur avec la MCRO. Est-ce que
61 du coup vous êtes formée à la MCRO ? »

62 **Ergothérapeute A** : « Alors formée non, je n'ai pas eu de formations. Mais c'est une
63 évaluation que j'utilise à chaque entretien d'entrée. »

64 **Florian** : « OK. En fait vous avez vu la MCRO dans votre formation ? »

65 **Ergothérapeute A** : « Oui c'est ça, je l'ai vu à l'école. Et je l'utilise au quotidien dans ma vie
66 professionnelle. »

67 **Florian** : « D'accord. Vous l'utilisez donc depuis que vous êtes diplômée ? »

68 **Ergothérapeute A** : « Oui c'est ça. »

69 **Florian** : « Vous l'utilisez auprès de tous les patients ou uniquement auprès des patients qui
70 ont des douleurs chroniques ? »

71 **Ergothérapeute A** : « Auprès de tous les patients. »

72 **Florian** : « Et vous l'utilisez de façon systématique avec les patients atteints de douleurs
73 chroniques où il y en a certains avec lesquels tu ne vas pas passer la MCRO ? »

74 **Ergothérapeute A** : « Je l'utilise de façon systématique, la seule chose qui ferait que je ne
75 l'utiliserai pas serait pour des personnes qui ont du mal à comprendre les cotations, ou alors
76 pour des patients qui ont tellement peu d'objectifs que l'on n'a pas forcément notre place dans
77 leurs prises en charge, on va juste lister les problématiques grâce à la MCRO mais on ne vas
78 pas rentrer dans les cotations. Mais cela reste rare. »

79 **Florian** : « Du coup, vous avez commencé à dire une des limites. Pour vous, quels sont les
80 avantages et les limites d'utiliser la MCRO avec cette population ? Les personnes atteintes de
81 douleurs chroniques. »

82 **Ergothérapeute A** : « Pour les avantages, cela permet de cibler les répercussions de la douleur
83 au quotidien, de voir leurs perceptions de leur capacité et de leur satisfaction de la réalisation
84 de leurs activités. Après les limites, je dirais que la MCRO n'est pas vraiment ciblée sur les
85 douleurs. Par exemple il y a des patients sur les échelles de capacité qui vont mettre 10/10 mais
86 sans leurs douleurs. Ils vont avoir du mal par rapport au rendement à voir la globalité, ils vont
87 rester focaliser sur la capacité sans prendre en compte tous les aspects de l'activité, ses freins
88 et ses leviers. »

89 **Florian** : « Ok, est-ce que vous pensez que l'expérience de la douleur, encore plus lorsqu'elle
90 devient chronique, elle influence les objectifs qui sont choisis par le patient et leurs cotations ? »

91 **Ergothérapeute A** : « Oui, les cotations si les personnes les prennent en compte, forcément. Il
92 y a des patients qui fonctionnellement sont capables faire les choses mais la douleur vient
93 limiter l'activité donc forcément elle influence. Au niveau des objectifs, je pense que oui car il
94 peut y avoir des personnes qui visent trop haut par exemple. Typiquement les lombalgiques qui
95 vont se dire en ateliers dle groupe lombalgies : « je vais ressortir de là je n'aurai plus aucune
96 douleur », ils vont viser des objectifs extrêmement haut par rapport à des objectifs
97 véritablement réalisables. »

98 **Florian** : « C'est difficile de trouver des objectifs SMART avec cette population ? »

99 **Ergothérapeute A :** « Disons que ce sont les patients qui ne sont pas en phase avec la réalité
100 de la situation. Ou au contraire il y a des patients qui sont tellement centrés sur leurs douleurs
101 qu'ils vont avoir du mal à sortir de cette douleur et émettre des objectifs réalisables s'ils sont
102 moins focalisés sur cette douleur justement. En fait, il y a des personnes qui n'ont pas cette
103 notion de gestion de la douleur et cette gestion de l'effort au quotidien et ça va être tout blanc
104 tout noir avec eux. Et finalement l'idée de moduler l'activité pour apprendre à gérer la douleur,
105 ça va être plus compliqué. »

106 **Florian :** « Comment ces patients perçoivent t'ils l'évaluation ? l'entretien de la MCRO ? »

107 **Ergothérapeute A :** « C'est compliqué à dire. »

108 **Florian :** « C'est sûr, c'est subjectif cela dépend de chaque patient. Mais d'après ton expérience
109 comment ils vivent l'entretien ces patients ? »

110 **Ergothérapeute A :** « Question compliquée car les personnes ne vont pas verbalisés la façon
111 dont ils perçoivent la passation du bilan, mais je ne pense que ce serait intrusif à partir du
112 moment où on leur explique vraiment le rôle d'un ergothérapeute pourquoi l'on fait ça. Si la
113 procédure est bien cadrée, je ne pense pas qu'ils le perçoivent comme intrusif. »

114 **Florian :** « Ok, et à l'inverse pensez-vous que dans les objectifs choisis et dans leurs
115 perceptions de notre rôle, que l'on est en quelque sorte leur dernier espoir, leur porte de sortie
116 pour essayer de lâcher prise avec cette douleur ? »

117 **Ergothérapeute A :** « Je pense que c'est vraiment un travail interprofessionnel. Je ne pense
118 pas que l'on soit leur dernier espoir, mais l'image du soignant en général oui. Il y en a beaucoup
119 qui espèrent tellement qu'au final ils peuvent être déçus. »

120 **Florian :** « En fait ils ont beaucoup d'attentes avec la prise en charge. »

121 **Ergothérapeute A :** « Oui c'est ça. »

122 **Florian :** « Selon vous, est ce que l'utilisation de la MCRO permet au patient de s'engager à
123 nouveau dans des occupations qu'il aurait peut-être abandonnées ou envie de faire ? »

124 **Ergothérapeute A :** « Oui, s'engager n'est peut-être pas le bon terme mais c'est le fait d'avoir
125 des objectifs en fait, après c'est au fur et à mesure de la prise en charge que ça se dessine
126 finalement. Il y a des personnes qui n'auront pas d'objectifs au début mais qui vont se dessiner
127 après ou au contraire certains qui auront mis des objectifs dès le début et après se disent ce n'est
128 pas possible. On voit une prise de conscience au fur et à mesure de la prise en charge, ils vont
129 expérimenter des choses, et leur perception va évoluer par rapport à cette mise en situation là.
130 Mais je dirais que la MCRO au début, pas forcément. »

131 **Florian :** « Peut-être lors de la réévaluation ou lors du processus de prise en charge ? »

132 **Ergothérapeute A :** « Oui c'est ça, plus au niveau de la réévaluation. »

133 **Florian** : « Ok, du coup maintenant on va parler de l'impact de la douleur chronique sur la
134 qualité de vie. D'après vous justement, dans quelle mesure la douleur chronique impacte la
135 qualité de vie de ces personnes ? »

136 **Ergothérapeute A** : « Elle cause une restriction de participation très importante. Les personnes
137 ont mal, ont peur aussi d'avoir mal, ils se limitent énormément, ils ne font plus d'activités. Au
138 final elle impacte sur tous les domaines de la vie quotidienne, je pense qu'il y a un réel impact
139 dans tous les champs de la vie quotidienne. Après dans quelles mesures ? Je ne saurai pas te
140 dire exactement. »

141 **Florian** : « D'accord, quels sont ces impacts que vous rencontrez le plus souvent dans votre
142 vie professionnelle ? »

143 **Ergothérapeute A** : « Il y a deux types d'impacts. D'abord les impacts dans la réalisation de
144 activités par exemple des gens qui arrêtent leurs loisirs qui vont être en arrêt de travail, qui vont
145 arrêter certaines tâches à la maison, et un deuxième impact qui est psychologique, ils ont une
146 restriction de participation, ils ne font plus rien, au niveau du moral c'est terrible Ils se sentent
147 dévalorisés. »

148 **Florian** : « Ok, ça impacte la sphère professionnelle. Est-ce que cela impacte aussi la sphère
149 familiale par exemple ? »

150 **Ergothérapeute A** : « Oui parce que du coup les personnes font moins de choses et cela
151 impacte forcément l'entourage, les aidants, qui sont obligés de faire plus de choses. Et quand
152 les gens sont seuls c'est très compliqué, mais sur l'entourage familial complètement ouai. »

153 **Florian** : « Ok, on continue avec la problématique dont je vous ai parlé en introduction. C'est
154 un autre type de douleurs chroniques, ce sont des douleurs chroniques cervico-orofaciales. J'ai
155 rajouté le terme « cervico » pour faciliter la compréhension du terme. Ce n'est pas pareil que
156 les migraines attention. Ce qu'elles ont de particulier, c'est que leur chronicité est différente de
157 celle des lombalgies par exemple. C'est à dire que pour être considéré comme chronique, ces
158 douleurs doivent être expérimentées 50 % des jours sur une période de trois mois et au moins 4
159 heures par jour, ce qui les rend extrêmement envahissantes dans le quotidien. A l'heure actuelle,
160 en ergothérapie, il n'y a eu qu'une seule étude qui s'est attachée à l'évaluation de ces douleurs
161 chroniques, à leur impact sur la qualité de vie des personnes. Et justement elle s'est faite avec
162 la MCRO. Et du coup le professionnel de santé qui se retrouve le plus souvent confronté à ces
163 problématiques, c'est le chirurgien-dentiste. Je m'intéresse donc dans mon mémoire à la
164 collaboration qui pourrait naître entre l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste auprès de cette
165 population. C'est un peu compliqué comme question, l'idée, ce que j'aimerais vous demander,
166 ce serait d'imaginer comment vous verriez le rôle de l'ergothérapeute autour de ces douleurs

167 chroniques cervico-orofaciales dans l'évaluation avec la MCRO dans un premier temps et peut
168 être si vous avez des idées dans l'intervention par exemple. »

169 **Ergothérapeute A :** « Ok, alors c'est hyper compliqué car je n'ai pas d'exemples dans ma tête
170 pour visualiser. »

171 **Florian :** « Alors c'est normal, il n'y a aucun ergothérapeute qui travaille auprès de cette
172 population à l'heure actuelle. »

173 **Ergothérapeute A :** « Avec la MCRO, je dirais que cela permet de voir l'impact de ces
174 douleurs dans leurs activités de la vie quotidienne. Après moi je trouve que la MCRO est hyper
175 pertinentes pour tout type de pathologie. »

176 **Florian :** « Elle est transférable en fait. »

177 **Ergothérapeute A :** « Oui c'est ça. Ensuite, nous, au niveau de notre accompagnement, je
178 pense que ce serait voir justement comment gérer ces douleurs dans la vie quotidienne ? Au
179 niveau de la gestion de ces douleurs, voir ce qui occasionne ces douleurs, est ce que c'est un
180 mouvement particulier ? À quel moment de la journée ? Voir si c'est en faisant une activité
181 pendant tant de temps au niveau de l'endurance, voir pour une activité précise, utiliser un autre
182 support de matériel, essayer de faire des pauses, répartir l'activité dans la journée. Cela peut
183 être aussi via les loisirs car avec un loisir qui nous plaît vraiment, la douleur peut être oubliée.
184 Avoir une activité plaisante au quotidien, comment la personne peut réussir justement à ne plus
185 penser à ses douleurs. Voilà ce qui me vient à l'esprit là tout de suite désolé. »

186 **Florian :** « Pas de soucis, je sais ce n'est pas une question évidente avec ce que je vous
187 demande d'imaginer, mais c'est très bien. Maintenant on va parler de l'interdisciplinarité et du
188 raisonnement professionnel. D'après votre expérience, la prise en charge des douleurs
189 chroniques, là on revient sur les douleurs chroniques, elle relèverait plutôt de la
190 pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? »

191 **Ergothérapeute A :** « Interdisciplinarité, parce que c'est un raisonnement en cohésion, c'est
192 travailler ensemble avec un objectif commun et avec un même regard. »

193 **Florian :** « Ce qui ressort le plus souvent, c'est que la pluridisciplinarité c'est le terme qui
194 englobe la prise en charge des praticiens autour d'une problématique et finalement
195 l'interdisciplinarité on ne la connaît pas trop. Et du coup, pour revenir à la problématique que
196 je t'ai exposé, pensez-vous que l'évaluation de l'ergothérapeute en complémentarité de celle
197 de chirurgien-dentiste, pourrait orienter le raisonnement clinique autour du patient ? »

198 **Ergothérapeute A :** « C'est compliqué comme question. »

199 **Florian :** « Alors le chirurgien-dentiste, en fait, pour vous remettre dans le contexte, il a
200 forcément une partie où il évalue tous les fonctionnements au niveau de l'appareil manducateur

201 et il a une autre partie où il va proposer au patient des auto-questionnaires pour évaluer l'impact
202 psycho-émotionnel des douleurs chroniques orofaciales sur sa qualité de vie. Alors, on retrouve
203 le plus souvent la dépression qui est le premier diagnostic psychiatrique avec cette population,
204 il y a l'anxiété, le stress, les changements de comportements, de coping. »

205 **Ergothérapeute A :** « Ok, du coup pour répondre à la question, je pense que oui car cela
206 permettrait de cibler dans quelles mesures ces douleurs ont un impact sur la qualité de vie,
207 vraiment plus précisément. Et voir si en modulant l'activité, si les douleurs sont modifiées ou
208 pas, s'il y a un changement. Ce qui permettrait d'avoir un vrai travail sur la perception du
209 patient par rapport à ses douleurs. »

210 **Florian :** « D'accord, on a fini avec la trame de l'entretien. Auriez-vous des éléments à rajouter
211 ou pour compléter une de vos réponses ? »

212 **Ergothérapeute A :** « Oui par rapport à la notion d'interdisciplinarité où des fois les
213 professionnels de santé ne sont pas en accords entre eux. Par exemple des kinés qui vont dire
214 « il faut bouger bouger bouger » pour que les douleurs disparaissent en oubliant un peu le
215 patient, en ne l'écoutant pas. Alors que nous on est aussi sur la gestion de l'effort dans l'activité,
216 donc on peut avoir des professionnels qui ne sont pas en phase avec le patient avec des discours
217 pas trop similaires. »

218 **Florian :** « Dans l'interdisciplinarité, ce qui est justement important c'est la confrontation des
219 points de vue pour arriver à une prise en charge globale. Et là ce que vous dites c'est que chacun
220 fait son truc de son côté et les discours ne sont pas les mêmes entre les professionnels. Et du
221 coup ça c'est de la pluridisciplinarité. »

222 **Ergothérapeute A :** « Oui c'est ça. Et en même temps non car il y a des réunions de synthèse,
223 des réunions d'équipe où on en parle, on a tous un même objectif commun de la reprise
224 d'activité au final. On ne travaille pas vraiment chacun de notre côté, on peut ne pas être
225 d'accord. C'est la richesse des choses qui fait qu'on échange, on aura différents points de vue
226 et on essaiera de s'orienter tous vers la même chose pour avoir un discours commun auprès du
227 patient. »

228 **Florian :** « Oui c'est ça l'interdisciplinarité ! »

229 **Ergothérapeute A :** « Mais pour en revenir à ta problématique de tout à l'heure, je pense
230 vraiment que l'ergothérapeute à sa place auprès de toutes les pathologies, finalement ce n'est
231 pas tant la pathologie qui importe, mais la personne et sa façon de réaliser ses activités, dans
232 son contexte de vie à elle et dans son environnement. »

233 **Florian :** « Exactement je suis d'accord avec vous. On a terminé, je vous remercie d'avoir pris
234 le temps d'échanger avec moi. »

235 **Ergothérapeute A** : « Avec plaisir, aurevoir. »

236 **Florian** : « Aurevoir. »

Annexe 25 : Verbatim de l'entretien avec l'ergothérapeute B

1 **Florian** : « Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, le
2 mémoire. Et plus spécifiquement autour de l'utilisation de la mesure canadienne du rendement
3 occupationnel, la MCRO auprès du patient atteint de douleurs chroniques en général. Du coup,
4 l'entretien va me permettre d'éclaircir ma question de recherche et à la fin de l'entretien, je vous
5 proposerai une question autour d'une problématique peu étudiée en ergothérapie à l'heure
6 actuelle. L'entretien va se dérouler en plusieurs thématiques. Dans un premier temps, on va
7 parler de de votre parcours professionnel, de votre expérience et de vos représentations sur la
8 douleur. Ensuite, on parlera de l'évaluation spécifique de la douleur avec la MCRO, après on
9 verra l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie des patients et ensuite je vous
10 proposerai cette question autour d'une problématique peu étudiée en ergothérapie. Enfin, on
11 terminera par le raisonnement interprofessionnel et interdisciplinarité. Du coup dans un premier
12 temps, est ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel ? »

13 **Ergothérapeute B** : « J'ai commencé mon début de carrière en toxicomanie, avec des jeunes
14 adolescents qui avaient un problème d'addiction et qui ont commis un crime en parallèle. J'ai
15 donc travaillé dans ce domaine où je m'occupais de la réinsertion dans la vie de tous les jours.
16 C'était dans un contexte de résidence. Les adolescents restaient toujours dans les mêmes
17 endroits avec des sorties les week-ends. C'était ma première expérience professionnelle.
18 Ensuite je suis rentré dans le monde de la pédiatrie. J'ai travaillé dans la rééducation avec les
19 enfants qui ont des pathologies multiples et différentes. En parallèle, je travaillais aussi à temps
20 partiel en pédiatrie et je faisais aussi la toxicomanie. Tout ça c'était mon parcours au Chili qui
21 a été coupé car après je suis allé au Canada. Au retour du Canada au Chili, j'ai continué à
22 travailler en pédiatrie dans le cadre d'enfants vulnérables. On était des équipes mobiles qui se
23 déplaçaient plutôt dans la campagne. On travaillait plus particulièrement la stimulation précoce,
24 le dépistage précoce de certaines difficultés au quotidien, surtout au niveau
25 neurodéveloppement. On faisait également le dépistage précoce de certaines maladies et des
26 interventions précoces. Tout ceci dans un contexte de familles défavorisées. Mon parcours au
27 Canada maintenant, j'ai travaillé aussi en pédiatrie à temps partiel. Mais le domaine où j'ai
28 exercé le plus c'était dans la réinsertion professionnelle, avec des personnes qui ont eu des
29 accidents de route ou accidents de travail. Là-bas, c'est en fait une assurance du gouvernement
30 qui prenait en charge les personnes avec ces types d'accidents par le biais de cliniques privées.
31 C'est là que j'ai pu aborder un peu plus la douleur chronique parce que c'étaient des patients
32 qui avaient des difficultés dans la vie quotidienne en lien avec des troubles
33 musculosquelettiques. Dans ce domaine, je me suis rendu compte que pour certains patients,

34 ils n'avaient pas les mêmes comportements que les autres. J'avais donc des profils de patients
35 où j'avais plus de résultats que d'autres. C'est cette discordance-là qui m'a permis d'approcher
36 la douleur chronique. Et ici en France, j'ai travaillé en EPHAD. Je suis arrivé en 2019. J'ai pu
37 faire un peu le lien avec ce que j'avais appris au Canada sur les douleurs chroniques et le mettre
38 en pratique pour les personnes âgées en gériatrie. Ce n'était pas la même façon d'intervenir
39 mais ça restait un peu le même principe. Par contre, la crise du Covid a impacté ma pratique
40 car beaucoup d'activités que je voulais mettre en place ont été restreintes. »

41 **Florian** : « Ok, du coup comme vous m'avez parlé de la douleur chronique, est ce que vous
42 pouvez me citer une expérience qui vous a particulièrement marquée avec un patient atteint de
43 douleurs chroniques ? Et qui a « bouleversé » un peu vos représentations sur la douleur et en
44 particulier la douleur chronique ? »

45 **Ergothérapeute B** : « Ah oui ! Qui m'a bouleversé de façon positive ou négative ? »

46 **Florian** : « Ça peut être les deux. »

47 **Ergothérapeute B** : « Je vais commencer par le positif : je me rappelle d'un patient qui faisait
48 la rééducation depuis plus de 6 mois avec l'équipe. C'était au Canada et il souffrait de douleurs
49 lombaires. En discutant avec lui, je lui ai proposé des interventions en dehors du cadre de travail
50 et faire une activité plaisante avec ses amis. En fait, il est parti à la chasse, il est parti un week-
51 end avec ses amis. Il a pu marcher, faire des randonnées mais aussi il y avait dans ce cadre-là
52 tout le contexte de sociabilisation. Il a même pu faire du ski alors qu'il craignait d'en faire à
53 cause de ses douleurs. En fait, en proposant cette activité hors cadre travail, ça l'a un peu obligé
54 à agir. »

55 **Florian** : « En fait il ne pensait pas avoir assez de ressources pour y arriver ? »

56 **Ergothérapeute B** : « Oui c'est ça. Il craignait d'avoir plus mal qu'autres choses. Il était un
57 peu obligé mais aussi motivé d'y aller avec ses amis parce que d'un certain côté il savait qu'il
58 allait prendre du plaisir. En fait il a suivi les conseils on va dire de tous les échanges qu'on a
59 pu avoir ensemble avant sur la prise de pauses, quand faire les pauses, comment faire les
60 mouvements, la graduation de la tâche. Au retour de son week-end, il m'a dit « je me suis éclaté
61 pendant ce week-end, je ne sais pas pourquoi mais j'ai presque plus mal, je ne comprends pas
62 pourquoi mais je n'ai presque plus mal ». On a continué à discuter, c'était une personne déjà
63 en retour au travail et l'objectif était de faire disparaître la douleur. Il s'est en fait rendu compte,
64 que la douleur chronique c'était en lien avec toutes les activités que lui faisait autour et en lien
65 avec le plaisir. Après ce week-end-là, il s'est rendu compte que sa perception de la douleur
66 avait changé. Et quelques semaines après, cette personne a repris son travail à temps complet. »

67 **Florian** : « Ah oui carrément ! En fait en faisant une activité signifiante pour lui avec du lien
68 social où il a pris plaisir avec une certaine motivation, ça lui a permis de travailler sur sa peur
69 de la douleur. »

70 **Ergothérapeute B** : « Oui effectivement, après l'autre cas, c'était avec une
71 algoneurodystrophie. Ce cas m'a beaucoup fait réfléchir. C'était pendant l'hiver, il faisait froid.
72 Il y avait beaucoup de tâches de maison en fait qui la contraignait et son mari ne l'aidait pas
73 beaucoup. Cette femme était d'origine marocaine ou algérienne, et elle avait en tête de repartir
74 en vacances dans son pays. Je me rappelle que les symptômes de son bras, il y avait de l'œdème,
75 changement de couleurs, des sudations, beaucoup de changements au niveau vasculaire et
76 trophique. Elle est donc partie en vacances et un mois après quand elle est revenue, son bras
77 était totalement différent et avec moins de douleurs. Je me suis questionné : peut-être est-ce le
78 fait de prendre des vacances ? Et en recommençant sa routine au Canada, ses symptômes
79 d'avant sont revenus, moindres mais sont revenus quand même. En fait en discutant avec elle,
80 elle me disait que le climat était déjà différent, les gens aussi, et que ça lui avait beaucoup plu.
81 Tout ceci m'a bien fait réfléchir sur la douleur chronique et comment la personne peut
82 percevoir. »

83 **Florian** : « Percevoir dans son contexte de vie et son environnement ? »

84 **Ergothérapeute B** : « Exactement oui. Puis au niveau négatif, plusieurs patients. Cela m'a
85 beaucoup fait réfléchir, j'ai essayé de travailler un peu partout sur différents aspects mais c'est
86 quand même compliqué. Un monsieur qui s'est fait mal au travail et a eu une entorse ou une
87 fracture au poignet. Ce monsieur-là était jeune, sa douleur persistait depuis longtemps, plus de
88 six mois. Et vu comme ça, on aurait pu dire qu'en quelques mois il aurait pu reprendre son
89 travail. Mais c'était compliqué il avait tout le temps mal. On pouvait objectiver par différentes
90 évaluations. Et ce n'était vraiment pas la même chose de la main droite que de la main gauche
91 au niveau de la force il avait moins de force. Je me rappelle qu'il était gameur, donc qu'il aimait
92 beaucoup jouer aux jeux vidéo. Il jouait même la nuit dans sa routine donc il ne dormait pas. Il
93 arrivait tout le temps fatigué en thérapie. Le jeu était devenu une addiction. Je me demandais
94 s'il avait une vie sociale ? Il me disait qu'il avait un ami mais c'était pour jouer. Il ne voulait
95 pas trop en fait rencontrer d'autres gens. Nous, dans ces moments-là, on essaie de ne pas juger
96 car c'est leur façon de vivre leur vie. Mais je me questionnai à quel point on doit pousser les
97 choses. Car il y avait ce cercle vicieux, la douleur, la fatigue, une routine de vie qui pour moi
98 n'est pas la plus saine pour améliorer une blessure. Et en plus, les courses c'était sa mère, il n'y
99 avait presque aucune activité physique dans sa routine. Là, en tant qu'ergothérapeute, on se
100 questionne et il faut quand même intervenir ! Malgré que pour cette personne sa vie lui allait.

101 Comme il n’y avait aucune activité physique et aucune autre activité d’intérêt, on essayait
102 d’explorer ce qui pouvait être le mieux pour lui. Il travaillait en tant que manutentionnaire, mais
103 n’était pas très motivé par ce travail, il voulait changer. Ce que j’avais proposé, c’était de
104 travailler autour de la musique, apprendre à jouer du piano. Quelque chose qu’il aimait
105 beaucoup et il avait déjà essayé avant. Il pourrait ainsi utiliser sa main droite et peut être changer
106 de comportements. Ce patient était aussi conscient que sa routine n’était pas la plus saine. Il a
107 été motivé pendant quelques semaines pour jouer du piano puis a lâché petit à petit. En fait
108 difficile pour lui de trouver une motivation intrinsèque pour une activité physique. Et lors de
109 nos échanges en entretien ensuite en thérapie, il m’a rapporté une information importante et je
110 pense qu’il aurait été mieux de la demander avant, dès le début des entretiens. Je lui ai posé des
111 questions par rapport à sa mère, et je commence à approfondir cette question. Il me disait que
112 sa mère avait un problème de santé mentale, et qu’elle était malade pour une pathologie dont
113 je ne me souviens pas. En gros, elle souffrait de douleurs chroniques aussi. Elle était justement
114 en arrêt de maladie. Donc après avoir su tout ça, j’ai pu donner un peu plus de sens par rapport
115 aux réactions de ce patient, peut être que sa mère avait le même comportement que lui vis-à-
116 vis de la situation professionnelle. Donc pour moi, par rapport à ces douleurs chroniques, qui
117 sont complexes, j’aurai dû poser cette question avant pour comprendre plus rapidement la
118 situation générale. C’est vrai que quand on pose des questions sur la famille, on n’approfondie
119 peut être des fois pas assez. Voilà ce genre de questions que je me suis posé pour avancer et
120 comprendre. »

121 **Florian** : « C’est dans ce sens que l’entretien il est important. »

122 **Ergothérapeute B** : « Ah bien sûr oui. Je pense que le défi est de se rendre compte au bon
123 moment pour essayer alors une autre stratégie mais il faut recueillir plus d’informations pour
124 trouver la bonne stratégie. »

125 **Florian** : « On teste des choses et après si ça ne marche pas, on essaie d’aller recueillir d’autres
126 données, d’autres informations pour retester autre chose. »

127 **Ergothérapeute B** : « C’est ça. Je pense qu’à tous les moments il faut se poser des questions
128 mais aussi aller chercher peut-être encore plus d’informations pour anticiper et mieux
129 comprendre. J’aurai ainsi proposé des stratégies un peu mieux adaptées. Peut-être que je n’aurai
130 pas trouver de facteurs modifiables, mais peut-être ce facteur modifiable ça aurait été la
131 personne qui se rend compte pourquoi elle adopte ce comportement. »

132 **Florian** : « Qu’elle se rende compte par elle-même. »

133 **Ergothérapeute B** : « Oui c’est ça. »

134 **Florian** : « Ok, du coup, on va parler un plus précisément de l'évaluation de la douleur
135 chronique avec la MCRO cette fois-ci. Est-ce que déjà vous êtes formé à la MCRO ? Et depuis
136 combien de temps tu l'utilises ? »

137 **Ergothérapeute B** : « Je suis formé à la MCRO, je l'ai utilisé quelque fois au Canada. Mais le
138 plus souvent où je l'ai utilisé c'était ici à Purpan lors de mon stage préprofessionnel. C'était
139 avec des patients SEP, sclérose en plaques. Donc, c'était pour l'exploration de l'intérêt du rôle
140 de l'ergothérapeute auprès des patients atteints de SEP. Puis avec patients avec des douleurs
141 chroniques au Canada. »

142 **Florian** : « Du coup, vous l'utilisez auprès de tous les patients d'une manière générale, la
143 MCRO ? »

144 **Ergothérapeute B** : « Oui, quand je peux j'essaie de le faire. Maintenant, je travaille au centre
145 SLA. J'essaie de trouver le cadre dans lequel je pourrai mettre en place la MCRO. Car en fait
146 on est contraint par le temps. Normalement c'est trente minutes de consultation de chaque
147 professionnel de l'équipe. »

148 **Florian** : « Ah oui ce n'est pas beaucoup. »

149 **Ergothérapeute B** : « Au besoin, on peut quand même prendre plus de temps. Mais le
150 problème c'est qu'il y a un HDJ donc ils doivent partir à une certaine heure. Parfois ce n'est
151 pas le bon timing. Mais par contre ce que j'essaie de faire, c'est quand même de prendre le
152 temps avec les gens et essayer on va dire d'adapter une MCRO. On essaie d'identifier le
153 problème principal, mais bon je ne le fais pas systématiquement faut que je vous le dise. Mais
154 j'essaie quand même que les patients puissent me donner un score, comment ils perçoivent leur
155 rendement. Mais c'est bien qu'à l'école, avec Jean Michel on essaie de mettre en place, de
156 faire connaître pour que les professionnels puissent être à l'aise après avec cet outil-là. »

157 **Florian** : « Ok et plus spécifiquement avec les patients avec qui vous avez travaillé atteints de
158 douleurs chroniques au Canada, quels étaient pour vous les avantages et les limites de la MCRO
159 avec ces patients ? »

160 **Ergothérapeute B** : « Avantages et limites. Déjà les avantages, on ciblait plus précisément les
161 problématiques. Car quand on est dans la réinsertion professionnelle on va dire, l'objectif c'est
162 réintégrer son travail. C'est les mandats qui sont donnés à la clinique privée et à l'institution du
163 gouvernement, le but ultime est que la personne reprenne son travail. Donc le fait de pouvoir
164 utiliser la MCRO, vu que c'est quelque chose de plus global, un outil qui va comprendre les
165 loisirs, la productivité et les soins personnels. C'était déjà quelque chose qui était déjà formulé
166 dans notre feuille de route. Et ça nous permettait de vraiment bien cibler la problématique de
167 la personne. Suite aux explications, on faisait comprendre aux gens que c'est par le biais de

168 développements d'autres aspects de leurs vies pour surmonter leurs difficultés, qui allaient aussi
169 contribuer à améliorer leur performance au travail et donc la réinsertion. Il y avait donc un
170 engagement plus important plus concret de la personne. Il y a en fait des personnes qui soit te
171 disent ou pas qui savaient que leur boulot ne leur plaisait pas. Ils étaient donc obligés d'y
172 retourner sans motivation intrinsèque. Mais le fait d'en discuter, de leur expliquer que c'était
173 aussi pour améliorer certains aspects de leur vie, autre que le travail, c'était donc au final plus
174 motivant pour eux. La contrainte au niveau organisationnel au niveau de l'institution : et comme
175 je débutais avec ça, je pense qu'une des difficultés pour moi était ma gestion de l'outil. Car en
176 fait, avant on avait 1h d'évaluation, et après 30 minutes de thérapie par patient. 4 patients par
177 heure, deux par deux. Et parfois les évaluations étaient divisées en deux, trente minutes par
178 séance deux fois mais là individuellement. Donc avec cette organisation parfois coupée, peut
179 être que nous on ne pensait pas trop à faire la MCRO de manière spontanée. Mais par contre
180 j'aurai peut-être pu faire la MCRO même avec un temps divisé en deux par ex. Cela fait donc
181 partie des questionnements d'un ergothérapeute pour trouver une solution. Il y avait aussi des
182 formulaires propres à l'institution que tous les ergothérapeutes utilisaient. On rentre donc dans
183 une sorte de boucle où l'on n'a pas le temps de changer les choses. On rentre dans un cercle
184 vicieux en fait. Je pense donc qu'il est important aux professionnels de se poser des questions
185 et de modifier sa pratique en fonction du besoin. Ça me fait bizarre car je suis en fait en pleine
186 réflexion de mon travail. Mais je pense que c'est cela aussi le but de chaque professionnel de
187 pouvoir s'adapter aux nouveautés de l'ergothérapie. Je me rappelle que j'avais fait une
188 formation sur les douleurs chroniques justement dans le cadre de la réinsertion professionnelle.
189 C'était avec une professionnelle à fond avec les douleurs chroniques au Canada. Et justement
190 elle adaptait les formations pour les accidentés du travail. Et c'est cette formation-là qui m'a
191 fait changer mon avis et ma façon de faire. Et en fait quand j'ai commencé à changer ma
192 pratique, j'ai dû déménager en France. »

193 **Florian** : « Ok, maintenant, est ce que vous pensez que l'expérience de la douleur, d'autant
194 plus lorsqu'elle devient chronique justement, influence les objectifs choisis pendant l'entretien
195 et leurs cotations ? »

196 **Ergothérapeute B** : « C'est à dire ? »

197 **Florian** : « Les objectifs choisis, les activités problématiques et après leurs cotations. »

198 **Ergothérapeute B** : « En lien avec leurs difficultés ? »

199 **Florian** : « Oui c'est ça. »

200 **Ergothérapeute B** : « Oui parce que si on atteint l'objectif, ça va la perception de la difficulté,
201 du rendement de la difficulté et la satisfaction. Donc, oui en se basant sur des objectifs qui sont
202 plus parlants. »

203 **Florian** : « OK. Et du point de vue des patients, comment perçoivent t'ils cet entretien ? Cette
204 évaluation ? »

205 **Ergothérapeute B** : « Très bonne question. Je n'ai pas posé cette question aux patients. Mais
206 dans leurs ressentis lors des activités, je voyais la démarche et la prise en charge changées mais
207 c'est vrai que je ne me suis pas posé la question par rapport à l'outil. Par exemple avec un
208 patient qui avait un problème à l'épaule, il travaillait dans les constructions. Il ne pouvait pas
209 arriver bouger son épaule même à 60 ° en flexion et en adduction non plus. Donc ce travail de
210 construction était difficile pour lui mais par contre on avait trouvé un moyen de pouvoir
211 reprendre son loisir, le hockey. L'objectif était de pas forcément pouvoir rejouer au hockey
212 mais faire bouger un peu la rondelle. Participer à cette activité avec ses amis mais sans
213 forcément jouer. Ce patient était très motivé. A chaque séance, c'est lui qui organisait son
214 parcours, ses mises en situation. Il était donc très motivé en fonction de cet objectif. C'est même
215 lui qui me demandait si on avait atteint les objectifs ou pas. Comme c'était son objectif smart,
216 c'est devenu en fait son guide. Les autres objectifs c'était le ménage car il avait des difficultés
217 à atteindre certains endroits. Je trouvais donc des stratégies de position de pauses de graduation
218 de la tâche. Voilà donc la prise en charge était différente, grâce à la motivation intrinsèque du
219 patient que l'on retrouvait dans le domaine de la réinsertion professionnelle. Car comme on
220 disait tout à l'heure, il y a des patients qui ne vont pas trop aimer leurs boulots et donc moins
221 motivés que d'autres. Aussi le fait d'être en arrêt maladie est parfois plus confortables pour le
222 patient surtout quand on n'aime pas son boulot. Et en plus on est payé donc c'était ça le défi
223 qu'il fallait aller chercher de notre part. Essayer de trouver une motivation autre que le travail.
224 Sinon on rentre dans un cercle vicieux où il n'y a jamais de fin. Enfin à nous de savoir où se
225 situe la limite. Est-ce que c'est 4 mois, 6, 8 ? Donc j'expliquais à un patient qu'à partir d'un
226 certain moment, cela devient une douleur chronique et c'est cela qu'il faut éviter car ça les gêne
227 pas pour les activités de travail pour les activités de la vie quotidienne. J'essayai donc de trouver
228 des stratégies dans mon discours pour justement leur faire comprendre de prendre conscience
229 que ces activités pouvaient ensuite être très affectées. Ce n'était pas toujours facile. »

230 **Florian** : « Finalement, la MCRO elle sert un petit peu à influencer les objectifs de traitement,
231 de prise en charge qui sont décidés avec le patient et du coup, c'est une influence directe dans
232 sa motivation dans sa prise en charge en le rendant acteur. »

233 **Ergothérapeute B** : « Oui ça c'est mon avis. En fait, le but ultime dans ces cliniques-là, c'était
234 de reprendre le travail. Donc beaucoup de kiné, d'activités passives. Et quand il se retrouvait
235 avec nous, en fait il ne savait même pas ce qu'était un ergo. Le défi pour nous était donc
236 justement de leur dire que la difficulté ce n'était pas que le travail. Tout en sachant qu'au fond
237 d'eux, le but était de reprendre le travail. Je trouve donc que la MCRO est un outil qui cible
238 bien les difficultés qui sont en dehors, comme les soins personnels par exemple, la productivité
239 et les loisirs. Donc trois éléments dont un qui cible le travail représenté dans la productivité.
240 Les deux autres sont totalement en dehors. »

241 **Florian** : « OK. Et du coup pour les limites ? Est-ce que vous en avez trouvé certaines avec
242 cette population ? »

243 **Ergothérapeute B** : « Des limites ? »

244 **Florian** : « Des limites de l'utilisation de la MCRO. Des aspects de la MCRO dans l'entretien
245 où vous vous êtes dit que cela posait un peu des freins avec des patients atteints de douleurs
246 chroniques. »

247 **Ergothérapeute B** : « Par rapport à la capacité de réponse ? »

248 **Florian** : « Oui voilà, à la cotation, pour identifier les problèmes, etc. »

249 **Ergothérapeute B** : « Non je ne trouve pas qu'il y ait des limites. »

250 **Florian** : « OK. Parfait. »

251 **Ergothérapeute B** : « On est dans un contexte d'entretien. On se balade un peu partout lors de
252 nos échanges et ils arrivent ainsi à identifier des choses. S'il n'y a rien à identifier, ça veut peut-
253 être dire que ces personnes n'avaient pas de problèmes dans les soins personnels. C'était juste
254 par rapport aux loisirs ou au travail Mais souvent, quand ils ont des douleurs chroniques, ça
255 affecte quand même toutes les sphères de la personne. »

256 **Florian** : « D'accord OK. Du coup, vous m'avez déjà donné un petit peu des éléments de
257 réponse mais la question suivante c'était est ce que l'utilisation de la MCRO permet aux
258 patients de s'engager à nouveau dans des activités ? »

259 **Ergothérapeute B** : « Oui c'est un peu dans la même optique. »

260 **Florian** : « Avec l'aspect de motivation, de plaisirs. »

261 **Ergothérapeute 2** : « Oui je pense que le fait de pouvoir donner un score, c'est plus parlant
262 aussi pour eux. Je me rappelle que souvent quand on travaille dans ce domaine-là, on faisait
263 souvent du bottom-up, on évaluait la force, la sensibilité, la coordination, l'équilibre, combien
264 de répétitions on fait, c'est des paramètres qui viennent du bottom-up. Mais le fait de mettre en
265 place un outil d'évaluation top-down, avec des cotations tout de même, ça nous rapproche des

266 cotations des évaluations bottom-up, on est sur du top-down mais on peut le mesurer. C'est
267 parlant pour le patient aussi de mettre un score. »

268 **Florian** : « Ok, dernière question sur l'utilisation de la MCRO, est-ce que tu utilises d'autres
269 outils d'évaluation en complémentarité de la MCRO pour construire ton raisonnement
270 professionnel ? »

271 **Ergothérapeute B** : « Alors oui, j'utilisais l'EVA. En fait là-bas c'était l'échelle analogique
272 de la douleur, des mises en situation, d'observations et après beaucoup de test bottom-up
273 comme le dynamomètre pour la force, la dextérité, test d'équilibre, sensibilité. Mais sinon
274 j'utilisais la MCRO pour déterminer les problématiques occupationnelles des patients oui, et
275 l'EVA pour quantifier la douleur aussi parce que le gouvernement appeler parfois et demandait
276 des chiffres pour voir s'il continuait à verser des fonds pour le traitement. Il voulait des chiffres,
277 cette personne peut porter 10 kilos sur 100 m sans perdre l'équilibre, ce qui est très subjective
278 mais il fallait donner des chiffres. Et mettre des chiffres de la MCRO ce serait très innovant à
279 mon avis parce que là-bas je n'avais jamais vu d'ergothérapeute utiliser la MCRO alors qu'elle
280 vient du Canada, c'était toujours combien de pas elle a fait, combien de poids il porte, combien
281 de jours il fait par semaine. Je n'ai pas trouvé que la MCRO était très utilisée par les
282 ergothérapeutes de mon entourage, après peut être que je me trompe. Mais j'avais un collègue
283 qui ne la faisait et mes autres collègues non plus. Ils l'utilisent certainement dans d'autres
284 domaines, mais pour celui-là non d'après mon expérience. »

285 **Florian** : « Ok, on va parler de l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie
286 maintenant. Dans quelle mesure la douleur chronique impacte la qualité de vie d'une personne
287 justement ? »

288 **Ergothérapeute B** : « Je pense que ça peut impacter mais je n'ai jamais évalué la qualité de
289 vie. Pour la SEP je l'ai évalué deux trois fois avec des évaluations spécifiques pour ça. Mais
290 dans ce sens-là je trouve très intéressants d'évaluer les deux, en parallèle, je trouve que ce sont
291 des outils complémentaires. Et c'est très intéressant justement de voir la corrélation entre les
292 deux. »

293 **Florian** : « Totalelement, et après quels sont les impacts que tu as le plus souvent rencontré sur
294 la qualité de vie d'après ton expérience ? »

295 **Ergothérapeute B** : « L'impact sur la qualité de vie. Il faut vraiment que je regarde les
296 indicateurs de qualité de vie. Que je me base sur ces indicateurs pour savoir de quoi il retourne.
297 Après comme ça je dirais déjà que le fait de reprendre le travail permet d'observer une
298 amélioration de la qualité de vie. La reprise du travail, ils étaient gratifiés d'avoir travaillé avec
299 l'équipe, surtout au niveau de reprendre le travail et d'avoir retrouvé un équilibre

300 occupationnel. Reprendre une routine saine, et de ne pas rentrer dans le cercle vicieux de la
301 douleur et de rester sur son sofa et de regarder la télé, donc de reprendre une vie normale. De
302 pouvoir cuisiner, se faire à manger, faire sa gamelle, pouvoir faire sa gamelle pour le travail,
303 pour faire le sport qu'ils avaient arrêté de faire, d'avoir une vie sociale plus active. Ce qu'on
304 remarque tout le long de la prise en charge et à la fin quand on reprend les objectifs de prise en
305 charge. On peut déduire des choses, mais les patients ne m'ont jamais dit : « ah ma qualité de
306 vie s'est améliorée ». »

307 **Florian** : « Et est-ce que les indicateurs, les scores de la MCRO, le rendement et la
308 satisfaction ne serait pas finalement des indicateurs de qualité de vie finalement ? »

309 **Ergothérapeute B** : « Oui je pense que ça peut se corrélérer, en fait le rendement amène la
310 satisfaction, et cette satisfaction affecte l'équilibre occupationnel dans ma routine, mon style
311 de vie, ce qui va améliorer la qualité de vie je pense. Juste le fait d'augmenter le rendement
312 d'une problématique occupationnelle va avoir un impact direct sur la qualité de vie. Sur ma
313 perception de qualité de vie, par exemple si on m'enlève la musique je pense que ça va changer
314 ma perception de ma qualité de vie comme cela va changer mon équilibre occupationnel. Il
315 peut avoir plusieurs facteurs mais aussi un seul facteur qui va affecter la qualité de vie, mais
316 c'est ma vision de voir les choses. »

317 **Florian** : « D'accord, maintenant je vais vous poser une question sur des douleurs chroniques
318 bien spécifiques, les douleurs chroniques cervico-orofaciales. Il faut les différencier des
319 migraines par contre. Ces douleurs se différencient des lombalgies chroniques par exemple
320 par leur chronicité, c'est-à-dire que pour être diagnostiqué ces douleurs doivent être
321 expérimenté par une personne au moins 50% des jours sur une période de 3 mois, et au moins
322 4h par jour, ce qui les rend extrêmement envahissantes dans le quotidien d'une personne. A
323 l'heure actuelle, en ergothérapie, il n'y a eu qu'une seule étude qui s'est attachée à
324 l'évaluation de ces douleurs chroniques, à leur impact sur la qualité de vie des personnes. Et
325 justement elle s'est faite avec la MCRO. Et du coup le professionnel de santé qui se retrouve
326 le plus souvent confronté à ces problématiques, c'est le chirurgien-dentiste. Je m'intéresse
327 donc dans mon mémoire à la collaboration qui pourrait naître entre l'ergothérapeute et le
328 chirurgien-dentiste auprès de cette population. C'est un peu compliqué comme question,
329 l'idée, ce que j'aimerais vous demander, ce serait d'imaginer comment vous verriez le rôle de
330 l'ergothérapeute autour de ces douleurs chroniques cervico-orofaciales dans l'évaluation avec
331 la MCRO dans un premier temps et peut être si vous avez des idées dans l'intervention par
332 exemple. »

333 **Ergothérapeute B :** « C'est très intéressant. En utilisant la MCRO comme d'évaluation
334 d'accord. Je pense déjà que l'ergothérapie a une vision très systémique et globale de la
335 personne. Je pense que nos entretiens peuvent comprendre tous les aspects de la personne,
336 chose qu'un chirurgien-dentiste n'aura pas le temps d'identifier et peut être que lui aura plus
337 tendance à prescrire des médicaments pour soulager ou faire d'autres soins, ce qui est très bien,
338 mais il ne va prescrire l'activité et la promouvoir comme nous on le fait. Mais une fois que la
339 douleur est devenue chronique est-ce qu'il utilise d'autres approches de la douleur, est-ce qu'il
340 se questionne tout simplement sur d'autres alternatives thérapeutiques. Dans quelle activité la
341 douleur se ressent le plus, est-ce que la douleur a toujours la même intensité d'une activité à
342 une autre. La perception de la douleur pourrait changer avec les stratégies mise en place par
343 l'ergothérapeute, ce qui serait une nouvelle alternative thérapeutique du coup à ces douleurs.
344 Et s'interroger sur l'équilibre occupationnel de la personne, et voir si d'autres échelles peuvent
345 être mise en place en complément de la MCRO. Je réfléchis un peu, je pense que
346 l'ergothérapeute a une vision globale et centrée sur la personne, ce qui va permettre de
347 s'interroger sur des aspects que le chirurgien-dentiste n'évalue pas, c'est important de le faire
348 pour améliorer la qualité de vie. J'imagine qu'il n'y a pas de gênes physiques, fonctionnelles,
349 donc même si c'est assez subjectif, l'ergothérapeute permettrait de rendre plus objectives ces
350 douleurs dans le quotidien. »

351 **Florian :** « Alors il y a une gêne physique et fonctionnelle, il y a toutes les activités qui sont
352 liées à l'appareil manducateur, la mâchoire. Du coup il y a le repas, la communication qui
353 sont altérées, mais tout la dimension plaisir et sociale d'un repas est empêchée par la douleur.
354 En fait, les chirurgiens-dentistes font une évaluation spécifique à leur pratique bien-sûr, mais
355 aussi une évaluation psycho-émotionnelle, ils vont rechercher plusieurs éléments, comme la
356 dépression qui est le premier diagnostic psychiatrique dans le cadre de ces douleurs
357 orofaciales, l'anxiété, le stress, les troubles du sommeil qui impactent la qualité de vie de la
358 personne. Donc finalement ces douleurs sont multidimensionnelles, tout comme les
359 lombalgies chroniques et elles vont impacter la sphère familiale, professionnelle, sociale de la
360 personne. »

361 **Ergothérapeute B :** « Le rôle de l'ergothérapeute du coup serait d'évaluer la personne dans sa
362 globalité forcément, et de déterminer les activités problématiques à l'aide de la MCRO. C'est
363 intéressant de voir ce qu'on pourrait apporter aux patients en mettant en place une MCRO.
364 Donc en fait, ton mémoire consiste à chercher le rôle de l'ergothérapeute dans l'évaluation de
365 ces douleurs ? »

366 **Florian** : « C'est ça, et plus spécifiquement comment la MCRO pourrait influencer le
367 raisonnement professionnel autour de ces douleurs, comme un outil décisionnel dans la prise
368 en charge de ces douleurs. »

369 **Ergothérapeute B** : « D'accord je vois. »

370 **Florian** : « On va terminer avec la dernière partie maintenant, sur l'interdisciplinarité et le
371 raisonnement professionnel. D'après vous, est-ce que la prise en charge des douleurs
372 chroniques en général relève de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? »

373 **Ergothérapeute B** : « Est-ce que vous pouvez m'expliquer la différence en français ? »

374 **Florian** : « Alors quand on parle d'une prise en charge pluridisciplinaire, il va avoir plusieurs
375 praticiens qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, qui travaillent côte à côte autour d'une
376 problématique. Et quand on parle de l'interdisciplinarité, on va prendre les mêmes praticiens.
377 Mais au lieu de travailler côte-à-côte, ils vont travailler ensemble de façon à avoir une prise
378 en charge globale, et apporter une réponse toujours plus cohérente et adaptée aux symptômes
379 de la personne et à ses besoins en confrontant et en échangeant leurs points de vue. »

380 **Ergothérapeute B** : « D'accord, c'est l'interdisciplinarité du coup, la communication au sein
381 de l'équipe c'est essentiel, je travaillais avec les kinés et les ostéopathes en interdisciplinarité
382 au Canada. »

383 **Florian** : « D'accord, dernière question, d'après vous est-ce que l'évaluation de
384 l'ergothérapeute avec la MCRO, en complémentarité de celle du chirurgien-dentiste donc sur
385 l'aspect psycho-émotionnel de ces douleurs chroniques orofaciales, pourrait orienter le
386 raisonnement clinique autour du patient ? »

387 **Ergothérapeute B** : « Oui parce qu'on va chercher les activités qui sont touchées, dans notre
388 modèle en ergothérapie on est centré sur la personne donc l'ergothérapeute va chercher sur
389 l'environnement, la personne et ses habitudes de vie. Des informations complémentaires
390 finalement à celle recueillies par le chirurgien-dentiste dans son évaluation psycho-émotionnel,
391 ce qui pourrait être très intéressant. »

392 **Florian** : Très bien, on a fini la trame d'entretien, est-ce que vous auriez des éléments à rajouter
393 pour compléter un de vos réponses ou pour ajouter des éléments que nous n'aurions pas
394 abordé ?

395 **Ergothérapeute B** : « On a fait le tour je pense, c'est très intéressant et spécifique. Je pense
396 que c'est un sujet de mémoire innovant. »

397 **Florian** : « Je pense la même chose, je vous souhaite une bonne soirée. »

Annexe n°21 : Verbatim de l'entretien avec l'ergothérapeute C

1 **Florian** : « Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, le
2 mémoire. Et plus spécifiquement autour de l'utilisation de la mesure canadienne du rendement
3 occupationnel, la MCRO auprès du patient atteint de douleurs chroniques en général. Du coup,
4 l'entretien va me permettre d'éclaircir ma question de recherche et à la fin de l'entretien, je vous
5 proposerai une question autour d'une problématique peu étudiée en ergothérapie à l'heure
6 actuelle. L'entretien va se dérouler en plusieurs thématiques. Dans un premier temps, on va
7 parler de de votre parcours professionnel, de votre expérience et de vos représentations sur la
8 douleur. Ensuite, on parlera de l'évaluation spécifique de la douleur avec la MCRO, après on
9 verra l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie des patients et ensuite on terminera
10 par l'interdisciplinarité et le raisonnement professionnel. »

11 **Ergothérapeute C** : « Très bien »

12 **Florian** : « Du coup dans un premier temps, est ce que vous pouvez me parler de votre parcours
13 professionnel ? »

14 **Ergothérapeute C** : « Oui donc je suis diplômée depuis 1989. Dix ans après, j'ai fait l'école
15 des cadres et avant cela, j'adore les études, j'avais fait un diplôme d'état de neuropsychologie
16 à la fac de médecine de Caen. Ensuite, cela a été un choix de rester ergothérapeute. Après le
17 cadre de santé en 96, j'ai fait un master de l'ingénierie de la formation pour devenir ingénieur
18 « formation » et devenir formatrice MCRO. Mon dada, c'est la défense de l'ergothérapie
19 récente et dont la MCRO fait partie : le fait d'arrêter de déplacer des cônes et des bâtonnets et
20 de faire enfin ce qui est décrit au niveau international. C'est un super job voilà, donc, moi je
21 suis spécialisé en neuro. J'ai eu ma vague spécialisé membre sup, lombalgie etc...et maintenant
22 je suis plus spécialisée au niveau des malades chroniques. J'ai fait un DU d'éducation
23 thérapeutique aussi. Je suis coordinatrice de plein de choses. Coordinatrice du plateau technique
24 d'ergothérapie que l'on a mis en place. C'est le premier plateau occupation centrée de France.
25 A partir de là, on a mis en place je suis coordinatrice d'un jardin de santé : le jardin vecteur de
26 santé dans l'activité physique et coordinatrice de la maison sport santé. Je suis assez contente
27 de dire qu'on reconnaît qu'une ergothérapeute peut être, et notre maison sport santé est
28 uniquement dédiée aux malades à limitation sévère. En fait tous ceux que les salles de sport ne
29 veulent pas. Mon but est donc de mettre le patient en avant, qu'il soit vecteur de santé,
30 responsable de sa vie et acteur de son . Et je suis formatrice en formation continue depuis 13
31 ans. Ma spécialité, ce sont les nouvelles approches rééducatives MCRO : l'évolution du
32 changement en ergothérapie. On va apprendre aux ergothérapeutes à pratiquer autrement
33 l'ergothérapie de demain et d'arrêter de faire le Purdue de Minessota, enfin tous les tests très

34 biomécaniques. Et de s'orienter vers une analyse de l'être humain en fonctionnement. Voilà
35 mon parcours. »

36 **Florian** : « Super, ça fait pas mal de choses. OK, du coup comme vous travaillez avec des
37 patients avec des douleurs chroniques, est ce que vous pouvez me citer une expérience qui vous
38 a particulièrement marquée avec un patient souffrant et qui a peut-être changé votre façon de
39 comprendre et d'appréhender le patient douloureux ? »

40 **Ergothérapeute C** : « Oui, on en a plusieurs. Nous, les patients douloureux on les prend enfin
41 les patients lombalgiques on va dire, on ne les prend plus en individuel parce que sinon ils
42 remuent leurs saucés eux-mêmes. Donc on les prend beaucoup en groupe, uniquement en
43 groupe d'ailleurs. Du coup, il n'est pas rare de voir lors de leur cheminement. C'est notre but à
44 nous de favoriser l'engagement dans les occupations, de revoir celles qui sont freins, qui sont
45 leviers, pour favoriser un changement de paradigme dans la tête des gens. On voit fréquemment
46 des patients qui arrivent et qui disent par exemple : « ce canapé là je ne pourrai pas m'y assoir
47 ce n'est pas possible, de toute manière ça fait dix ans que je ne m'y suis pas assis ». Et en fin
48 de compte, à partir de là on va refaire avec la MCRO la capacité qu'il pense avoir à s'assoir, la
49 satisfaction qu'il a en début de séjour mais aussi la difficulté qu'il pense avoir, la fatigue qu'il
50 pense avoir. On passe par beaucoup par des échelles de la perception, pour progressivement
51 réussir à ce que ce soit le patient lui-même qui nous montre un jour « hé bin tiens regardez ce
52 que j'arrive à faire ! » et ainsi à ce que ça devienne un indicateur de son vécu à lui. Et ça c'est
53 un bon élément quand le patient dit « tient ça pourrait être mon indicateur ». Puisqu'on leur
54 demande en début de séjour de choisir au fur et à mesure du séjour des indicateurs qui seraient
55 des lignes guide qui permettraient à dire « si je n'arrive plus à m'assoir sur ce canapé quand je
56 vais chez des amis, c'est qu'il faut à nouveau que je tire la sonnette d'alarme, que j'aille revoir
57 mon médecin que je reprenne des activités, enfin dans ces éléments-là. Donc ça j'en ai à foison
58 de ce côté-là. La part de la motivation dans la diminution de la perception de la douleur, elle a
59 une place très importante en ergothérapie. On n'a pas de tenses, on n'a pas de massages, on n'a
60 pas de chaleurs, on n'a pas de cryothérapie. Mais par contre on a les occupations qui sont
61 vecteurs d'épanouissement et d'engagement et qui peuvent avoir des répercussions sur la
62 douleur, sur le ressenti de la douleur. »

63 **Florian** : « D'accord Ok, ensuite, plus spécifiquement sur l'évaluation de l'impact de la
64 douleur avec la MCRO, est ce que vous êtes formée à la MCRO et depuis combien de temps
65 vous l'utilisez ? »

66 **Ergothérapeute C** : « Donc je suis formatrice MCRO. Je l'utilise depuis 2005. J'ai découvert
67 la MCRO aux journées d'ergothérapie de Montpellier où la première fois, Elisabeth Dutil est

68 venue la présenter. En fait j'ai mis six mois à l'acheter parce que personne ne voulait me la
69 vendre à part en dollar canadien. J'ai la chance d'avoir quelqu'un dans ma famille qui est allé
70 au Québec. Sa mission était de me ramener corps et âmes la MCRO. Je l'utilise en fait avant
71 2005, c'est depuis qu'elle est sorti en France en 2003 par là. Après, pour savoir la difficulté que
72 l'on a eu à implanter la MCRO en France : à partir du moment où j'ai eu connaissance de la
73 MCRO, je n'ai eu de cesse de vouloir proposer une formation. Cette formation amis plus de 10
74 ans et je remercie l'institut de formation d'ergo de Rennes, qui pendant 10 ans l'a mis à son
75 catalogue sans que l'on est aucune demande. Voilà pour dire d'où l'on vient aussi. Ce n'est pas
76 si récent que ça que la MCRO fait un tabac ! Là je pourrai faire une formation toutes les
77 semaines alors que pendant 10 ans j'ai supplié pour qu'on la laisse au catalogue en fait. »

78 **Florian** : « D'accord OK, du coup vous la passez de manière systématique avec les patients
79 qui ont des douleurs chroniques ? »

80 **Ergothérapeute C** : « On la passe systématiquement et pas qu'avec les patients qui ont des
81 douleurs chroniques. La MCRO est une évaluation, comme disent les Canadiens de base,
82 prioritaire. »

83 **Florian** : « Oui bien sûr »

84 **Ergothérapeute C** : « Nous sommes 11 ergothérapeutes, c'est notre évaluation prioritaire, la
85 première évaluation que l'on passe quand on accueille le patient ; quelles sont les situations qui
86 vous posent problèmes avec l'OQ. On voit les occupations de vie et direct on passe derrière et
87 parmi celles-ci quelles sont celles qui vous posent problèmes ? Et on fait la MCRO
88 systématiquement. Les ergothérapeutes d'ici arrivent à la passer en vingt minutes. »

89 **Florian** : « Du coup, avec spécifiquement cette population, quels sont pour vous les avantages
90 et les limites de la MCRO ? »

91 **Ergothérapeute C** : « Alors, les limites je n'en vois pas trop, que ce soit cette population ou
92 pas. Je n'en verrai pas. Mais, grosso modo, l'avantage par rapport à cette population, c'est de
93 réussir à les détourner de la douleur justement pour leur parler des conséquences de la douleur
94 sur leurs activités. Et ça, ça les bluffe, ça les oriente vers complètement autres choses. Un truc
95 que l'on fait aussi c'est la MCRO de manière individuelle et comme je vous ai dit qu'on les
96 prenait en groupe, après on les reprend en individuel et on repart avec une MCRO collective !
97 Comme cela ça dynamise le groupe parce que chacun arrive à dire « hé bien les soins des pieds
98 il y a moi », puis d'autres vont se reconnaître. Celui qui a dit par ex. « aller faire les courses ?
99 Non ! Ce n'est pas mon truc ! ». Mais il y en a 7 du groupe sur 8 qui ont dit oui et du coup
100 j'accepte que ce soit traité pendant Et dès fois ça leur apprend des choses alors qu'ils
101 n'auraient pas voulu. Idem pour la sexualité. Souvent il y en a un qui a dit et qui n'a pas osé

102 trop et en fait via la MCRO vu qu'il y en a un qui l'expose en MCRO de groupe, on voit des
103 doigts se lever. Après l'inconvénient, en fin je pense que ce n'est pas un inconvénient mais le
104 risque c'est de ne pas être suffisamment bien formé à la MCRO. Etant formatrice, dès fois je
105 vais dans des lieux où les gens pensent être formés et ils ont juste été formés en formation
106 initiale. Et en fait ce qu'ils ne savent pas faire c'est l'entretien motivationnel. Et donc le risque
107 d'une MCRO mal tournée, c'est que, en fait il y a souvent beaucoup d'étudiants qui disent « en
108 fait pour moi je suis occupation centrée » il y a beaucoup d'étudiants qui disent qu'ils sont
109 patients centrés. Si on est patient centré, on est centré sur qui ? Sur le biomédical en fait, si on
110 est patient centré, on est centré sur les capacités physiques psychologiques et sociales de
111 l'individu. Comme a dit Wood. Donc à ce moment-là si je dis que je suis patient centré c'est
112 normal qu'un médecin me demande une évaluation purdue minessota. Alors que la MCRO, elle
113 est occupation centrée, donc dans une approche collaborative et par contre il faut que je
114 reformule pour obtenir des objectifs atteignables et smart. Et ce que je vois dès fois c'est que
115 le patient il a dit sauter à l'élastique et oui c'est ce qu'il veut et qu'est-ce que l'on en fait
116 derrière ? Il y a après le médecin qui lève les yeux au ciel, quand il voit ces MCRO là il se dit
117 « oh là là encore des trucs des ergo, complètement délirant ». Voilà, je vois dans les rapports
118 aussi que je lis que les ergothérapeutes mettent dès fois « tenir l'équilibre » alors que la dame
119 elle n'a plus d'équilibre et qu'elle n'en aura jamais, c'est une maladie évolutive. Si dans la
120 MCRO ils ont mis tenir l'équilibre, qu'est-ce qu'ils font derrière ?? ils lui mettent un morceau
121 de bois ? Voilà, le défaut il n'est pas dû à la MCRO, il est dû à la mal utilisation de la MCRO,
122 là c'est dangereux oui. »

123 **Florian** : « OK c'est plutôt le professionnel de santé. L'utilisation de la MCRO, est ce qu'elle
124 permet au patient de s'engager à nouveau dans des occupations significatives et significatives ? »

125 **Ergothérapeute C** : « Alors, je serai allemande je répondrai mazo mazo, c'est un terme qui
126 n'existe pas trop en français. La MCRO elle ne permet pas ça, il y a des gens qui pensent que
127 la MCRO permet d'établir des objectifs de traitement. Moi je ne pense pas ! Je pense que la
128 MCRO est faite pour évaluer les situations problématiques et après c'est le talent de
129 l'ergothérapeute et donc son savoir-faire professionnel qui va faire le reste. Mais elle ne permet
130 que ce pourquoi elle a été créée, c'est à dire évaluer les situations problèmes et la perception
131 qu'a la personne de ces situations problèmes en terme de capacité et de satisfaction. Voilà, donc
132 non je ne peux pas dire mazo mazo ...ça veut dire parfois c'est si parfois c'est si. Voilà c'est un
133 peu ça, c'est une belle expression parce que mazo mazo, on ne sait pas. Dès fois ça va aider le
134 patient à s'engager dès fois non parce que ça va le mettre devant toutes ses situations problèmes

135 ça va le bloquer mais ce n'est pas la MCRO en elle-même, c'est l'ergothérapeute qui va
136 favoriser l'engagement. C'est le processus d'intervention qui va favoriser. »

137 **Florian** : « C'est ça, et comme du coup la MCRO est à la base du processus d'intervention,
138 c'est la première pierre qui permet. »

139 **Ergothérapeute C** : « Une des premières pierres, la première pierre c'est l'OQ parce que
140 quand vous démarrez, si vous arrivez et que vous êtes jeune diplômé et que l'on vous balance
141 directement le patient et il arrive. Il est dans un centre très biomécanique centré. Et vous arrivez
142 vous lui dites « c'est quoi votre problème ? ». En fait moi je fais venir des patients ressources
143 quand je fais des formations. Et en fait ce que disent ces patients ressources, c'est « là là
144 comment ils m'ont plombé, ils ne m'ont demandé que mes problèmes ». Et en effet, si vous
145 arrivez « c'est quoi vos problèmes c'est quoi vos problèmes ? », les gens ils en ont déjà
146 tellement des problèmes que si en plus on vous demande des problèmes... Alors que si vous
147 démarrez en disant « bin voilà nous on est occupation centrée, donc le but est de repartir de
148 toutes vos occupations de vie, de déterminer celles qui vous tiennent vraiment à cœur, celles
149 qui sont de l'ordre de la nécessité. Par exemples : emmener les enfants à l'école certains vont
150 dire une nécessité d'autres une priorité, je retrouve tous mes amis je reste jusqu'à la récré et
151 oups je me dis on est à la récré et je suis encore en train de discuter. Et il y en a d'autres qui
152 disent ça me gonfle tous les matins, je les embarque. Voilà, l'OQ fait partie c'est une des
153 premières pierres. Parlez-moi de vos occupations de vie ! Et à partir de là on pourra établir
154 celles qui posent problématiques, la perception que la personne a, et après démarrer :
155 « maintenant que vous m'avez dit ce que vous en pensiez d'aller chercher les enfants à l'école,
156 et que vous m'avez décrit les freins que vous pensez avoir, maintenant on va le mettre en place.
157 Et comme cela on va regarder ce qu'il se passe. C'est une évolution, c'est une aide au
158 cheminement à la fois de l'ergothérapeute et du patient dans une relation dite thérapeutique.
159 Dans une relation thérapeutique collaboratrice et non pas de sachant, pas paternaliste comme
160 l'on avait avant. »

161 **Florian** : « C'est là toute la différence avec notre approche Top Down finalement. »

162 **Ergothérapeute C** : « C'est ça »

163 **Florian** : « OK, est-ce que vous utilisez d'autres outils d'évaluation avec cette population en
164 complémentarité de la MCRO, pour construire votre raisonnement professionnel ? Vous
165 m'avez dit l'OQ. Après, peut-être qu'il y en a d'autres ? »

166 **Ergothérapeute C** : « En fait, cela dépend dans quelle démarche on est. Vous connaissez
167 l'OTIPM ? »

168 **Florian** : « Oui totalement, je l'utilise en stage. »

169 **Ergothérapeute C :** « En fait, l'OTIPM c'est notre modèle que l'on a dans notre poche. Et en
170 fonction de l'approche que l'on va déterminer que l'on va utiliser, on va avoir différents types
171 d'évaluation. Si je suis restaurateur, hé bien je vais utiliser le EN, le test de paille, des trucs
172 comme ça. Et si je suis occupation centrée, je vais m'orienter davantage vers l'OQ vers la
173 MCRO et après je vais faire le Borg par exemple mais par rapport à l'occupation donnée. Et si
174 je suis compensatoire, je vais être plutôt dans le sens évaluation des besoins, faire la liste de ce
175 que la personne perçoit comme difficultés. Donc, selon les différents regards, approche de
176 l'outil OTIPM, je vais avoir des évaluations différentes. C'est ça que les ergo ne savent pas
177 très bien faire pour l'instant. C'est pour ça que j'ai recréé une autre formation parce que quand
178 je vais donner une formation MCRO je me dis qu'est-ce qu'on en fait derrière de cette MCRO ?
179 Et en fait, ils ne s'en servent pas. »

180 **Florian :** « Maintenant, on va parler de l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie,
181 sur les occupations. Dans quelle mesure justement ces douleurs chroniques impactent la qualité
182 de vie d'une personne ? »

183 **Ergothérapeute C :** « Ça c'est une vaste question, cela dépend des gens. Il y a des gens ça
184 impacte beaucoup il y a des gens c'est des béquilles nécessaires pour qui il ne faut pas les
185 enlever. Les douleurs, Verlaine dit : ô ma douleur, tiens-toi plus tranquille. Il ne dit pas qu'elle
186 s'enlève. Il dit que la douleur c'est un premier signe d'alerte de l'individu aussi. Donc quand
187 on a mal, normalement on peut s'arrêter. Qu'est ce qui fait que ça devient insupportable ?
188 Parfois c'est l'accumulation des fois c'est parce qu'elle se projette sur autre chose. C'est vaste,
189 c'est très vaste. Parfois ça a des répercussions sur le physique, dès fois sur la psychologie et
190 nous on essaye via la MCRO de montrer aux gens et souvent ça marche bien. Donc dans le
191 collectif, on leur fait la MCRO collective. On leur fait les capacités physiques psychologiques
192 et sociales, et on part de la perturbation physique et on leur explique que la perturbation
193 physique va entraîner des privations d'occupation de vie. Et ces privations d'occupation de vie
194 vont à un moment donné avoir des incidences sur des réactions de leur part qui peuvent être
195 sociales : je sors moins pour moins emmerder mes amis, et à la fin c'est eux-mêmes qui arrivent
196 à nous dire « hé bien alors je comprends que ça ait des incidences sur mes capacités
197 psychologiques ». Et nous on leur dit « hé oui forcément, on en serait à moins ». »

198 **Florian :** « OK, quels sont ces domaines physiques, sociales, psychologiques, qui sont les plus
199 impactés et que vous rencontrez le plus souvent ? »

200 **Ergothérapeute C :** « Dans les domaines, c'est à dire ? »

201 **Florian :** « Sur les indicateurs de qualité de vie par ex. : physiques, psychologiques, sociales,
202 l'environnement qu'est-ce que vous retrouvez le plus souvent ? »

203 **Ergothérapeute C** : « En fait vu que nous on est SSR, ils se présentent avec une base physique.
204 Mais la plupart du temps ce n'est pas vrai. La porte d'entrée, c'est le physique, mais on sait
205 bien aussi il y a beaucoup d'écrits qui montrent que les femmes lombalgiques ont souvent, on
206 ne va pas faire des généralités, mais il y a un gros potentiel de femmes abusées ou dans leurs
207 enfances. Il y a quand même des traits, moi je ne sais pas la part. En plus, en ergo, on prend la
208 personne telle qu'elle se présente. Si elle nous dit que c'est physique, nous on dit que c'est
209 physique. Si elle nous dit que c'est psychologique, nous on dit que c'est psychologique. On dit
210 qu'elle a les raisons que ça parte vers le psychologique. Après, forcément, vu que je travaille
211 dans un SSR, leurs portes d'entrée c'est uniquement le physique. Mais ça part vite sur autre
212 chose. Les gens expliquent qu'ils ont été harcelés au travail, etc. il y a quand même pas mal
213 d'éléments qui se croisent pour arriver là où ils en sont. »

214 **Florian** : « OK »

215 **Ergothérapeute C** : « Les divorces »

216 **Florian** : « La porte d'entrée, c'est le domaine physique et après de toute façon, selon la
217 personne, on peut tout avoir. »

218 **Ergothérapeute C** : « Oui, on peut avoir aussi beaucoup de femmes ou d'hommes qui ont eu
219 des difficultés au décès de leurs parents. On peut aussi avoir des accidents de la route qui ont
220 eu lieu il y a 20 ans et progressivement ça a installé ça. Un enfant en situation de handicap ou
221 un enfant qui déraile qui se drogue. Enfin, il y a tellement de facteurs des gens qui sont dans
222 l'hyperactivité d'autres qui sont dans la sédentarité. Voilà c'est varié. »

223 **Florian** : « Ok super. Maintenant je vais vous proposer un petit peu la question autour d'une
224 problématique peu étudiée en ergothérapie. C'est les douleurs chroniques cervico orofaciales.
225 Normalement ça s'appelle les douleurs chroniques orofaciales mais pour faciliter la
226 compréhension du terme, je vous donne le terme cervico-orofaciale. Il faut les différencier des
227 migraines. Alors, elles sont différentes de par leurs chronicités, comparées à celles des
228 lombalgies par exemple. C'est à dire que pour être considéré comme chronique, ces douleurs
229 doivent être expérimentées au moins 50 % des jours sur une période de trois mois et au moins 4
230 heures par jour, ce qui les rend extrêmement envahissantes dans le quotidien d'une personne.
231 Le professionnel de santé qui se retrouve le plus souvent confronté à ces problématiques, c'est
232 le chirurgien-dentiste. Je m'intéresse donc dans mon mémoire à la collaboration qui pourrait
233 naître entre l'ergothérapeute et le chirurgien-dentiste auprès de cette population. Et du coup,
234 pour imaginer cette collaboration, la première des pierres c'est l'évaluation. L'évaluation avec
235 la MCRO. La question que j'aimerais vous poser, ce serait d'imaginer comment vous verriez le

236 rôle de l'ergothérapeute autour de ces douleurs chroniques cervico orofaciales dans l'évaluation
237 avec la MCRO ? »

238 **Ergothérapeute C :** « La même que ce que je vous ai dit avant c'est à dire d'identifier les
239 répercussions que ces douleurs vont entrainer sur les occupations de vie et sur le déséquilibre
240 occupationnel des personnes. Et agir sur ces déséquilibres. Voilà »

241 **Florian :** « D'accord OK »

242 **Ergothérapeute C :** « Pour moi le déséquilibre occupationnel est autant, enfin l'équilibre
243 occupationnel est autant vecteur de santé qu'un massage. Parce que je suis ergothérapeute ...
244 c'est des voies différentes. C'est parce que les ergo ont calqué les kinés qu'on est parti en live.
245 Mais on a d'autres chats à fouetter ! »

246 **Florian :** « OK. Parce qu'en fait, les chirurgiens dentiste, ils ont une évaluation fonctionnelle
247 de la mandibule, et après ils ont aussi une autre évaluation à coté sur un versant plutôt psycho-
248 émotionnel. Du coup, ce serait en complémentarité de ce versant que l'évaluation de
249 l'ergothérapeute pourrait se faire. »

250 **Ergothérapeute C :** « Bin oui c'est ça. On ne va pas, autant on a été vers le domaine physique
251 et autant on a été vers le domaine psychologique. Dans les deux cas, moi je crois qu'il ne faut
252 pas y aller puisque la MCRO nous démontre qu'on n'est pas au niveau des capacités physiques,
253 psychologiques et sociales, il y a d'autres corps de métier qui savent le faire. Nous, on est dans
254 les besoins de vie et l'identification des besoins et quelles sont les répercussions que ça peut
255 avoir ? C'est un regard que personnes d'autres n'a ! C'est un regard que l'on défend à l'heure
256 actuelle au niveau du ministère, qui ne passait pas avant. Et avec le Covid, ça met en avant les
257 répercussions d'une perte de participation sociale des individus et là on commence à
258 s'intéresser à ça et on se dit « tiens il y a un professionnel pour qui c'est sa fleur de lance ! ».
259 Et c'est l'ergothérapie. Ça commence à nous être favorable. C'est au moins un des avantages
260 de la crise. »

261 **Florian :** « OK, du coup après, le dernier thème de l'entretien, c'est sur l'interdisciplinarité et
262 le raisonnement professionnel. D'après votre expérience, est ce que la prise en charge des
263 douleurs chroniques relève plutôt de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? »

264 **Ergothérapeute C :** « Alors, c'est une bonne question. Pluri non. Inter oui. Par contre, moi je
265 pense que l'on peut avancer d'un pas et que là vous êtes resté beugé dans les années 2005 et
266 que là on est en 2021. Donc, avant, c'est vrai qu'on parlait de pluridisciplinarité, c'est
267 l'approche où tous les gens individuellement faisait ce qu'il fallait par rapport à la personne.
268 Après, on est passé à l'approche interdisciplinaire, où on met la personne au milieu. C'est cette
269 époque-là où l'on a parlé d'approche centré sur le client. On met la personne au milieu et nous

270 on travaille bien nous tous main dans la main, interprofessionnels, pour que la personne aille
271 mieux. Or on se rend compte que l'on rame quand même un petit peu. Et depuis les années
272 2005, 2006, 2007, les Canadiens ont dit que peut-être il fallait avancer vers une approche
273 partenariale collaborative. Je ne sais pas si vous connaissez le modèle de Montréal ? »

274 **Florian :** « J'en ai entendu parler oui. »

275 **Ergothérapeute C :** « Modèle collaboratif Montréal. Quand vous allez m'envoyer votre
276 papier, en retour je vous enverrai le modèle. Et vous allez voir, on ne peut parler à l'heure
277 actuelle en 2021 d'approche interprofessionnelle si on intègre le patient dans l'approche et que
278 le patient devient quelqu'un qui a des compétences expérientielles. C'est à dire que c'est lui
279 qui connaît le mieux ce qu'il vit. Et comme on est occupation centrée, on ne peut pas se dire
280 qu'entre nous on va réussir à définir ce que font les occupations. Il y a quand même une
281 personne qui connaît bien ses occupations, c'est le patient. Donc là il faut faire rentrer des
282 patients. La haute autorité de santé, dès 2016, a tiré la sonnette d'alarme en disant : « attention !
283 Les professionnels de santé, vous vous prenez pour des dieux parce que vous avez une blouse
284 blanche et il est temps que l'on soit dans une approche partenariale. Donc, à partir de là, 2016,
285 nous on n'a toujours rien fait pour améliorer ça. Je vous dis, le patient il est toujours ausculté,
286 examiné, mais quand est ce qu'il dit lui où il en est ? Ce qu'il veut faire et qu'en est ce qu'il
287 participe ? Dans une approche collaborative, Jacques a dit a dit : « si dans une approche, si vous
288 passez la MCRO dans un mode centré sur le patient. Tout ce qu'il dit vous le notez. Si vous
289 êtes dans une approche collaboratrice relationnelle, vous reformulez vous reformulez. Le papi
290 de 90 ans dans son fauteuil, en triple flexion, en rétroversion, qui vous dit que la conduite pour
291 moi c'est pour demain ma fille. Bin, vous avez la possibilité dans une approche collaborative,
292 de reformuler son souhait, et de ne pas marquer dans l'évaluation de la MCRO, la conduite, le
293 projet du patient la conduite automobile. Alors que vous allez reformuler jusqu'à ce que vous
294 obteniez on va dire quelque chose dans une relation qui permettra de dire : « non, ce que je
295 comprends, pourquoi vous me parlez de la conduite ? la conduite pour la conduite ma petite.
296 Mais c'est pourquoi faire ? Pour aller à la boulangerie, pour aller chez vos enfants ? Oui oui
297 j'ai ma fille qui habite à 30 km. Donc vous voulez pouvoir vous déplacer de chez vous à votre
298 fille ? Oui ! Donc le problème c'est de se déplacer de chez vous à votre fille ? Oui c'est ça c'est
299 ce que je suis en train de vous dire. » Et donc à partir de là, s'ouvre un domaine beaucoup plus
300 large que la conduite automobile. Voilà, et c'est cela que l'on a raté en restant zoomé sur
301 l'interdisciplinarité ou la transdisciplinarité. Moi, au niveau de l'ETP, j'ai 12 patients
302 ressources post AVC et 4 parkinsoniens et 2 tétraplégiques. En fait c'est eux qui disent ça :
303 « arrêtez-vous nous étouffez ! ». Et ils ont raison. Ils nous disent : « nous on a notre mot à dire,

304 mais quand on rentre, vous parlez tellement des langues bizarres que nous on n'a rien à dire. A
305 un moment donné il y en a qui a dit à des étudiants dans un congrès sur l'interprofessionnalité :
306 « mais pourquoi vous parlez d'interprofessionnel, vous voulez dire qu'être patient est une
307 profession ? ». Le sujet du congrès c'était l'approche collaborative et tout le monde parlait
308 d'interprofessionnalité. Ça veut dire qu'on travaille en interprofessionnel avec le patient à côté,
309 ou qu'être patient est profession ou une discipline si on parle d'interdisciplinarité. Le modèle
310 de Montréal est très bon pour ça, puisqu'il montre l'approche collaborative avec le patient. Il y
311 a un professeur qui a dit : « Le patient on lui a laissé une place, maintenant il va falloir lui
312 laisser un rôle ». Moi je suis pour payer les patients qui viennent, par exemple si on fait un essai
313 d'un fauteuil roulant, je ne comprends pas pourquoi le patient n'a pas l'avis d'un autre patient
314 qui l'utilise. C'est la révolution de l'ergothérapie. »

315 **Florian :** « Ok, pour en revenir à la problématique que je vous ai énoncé tout à l'heure, d'après
316 vous est-ce que l'évaluation de l'ergothérapeute, avec la MCRO justement en complémentarité
317 de celle du chirurgien-dentiste pourrait orienter le raisonnement clinique avec le patient ? »

318 **Ergothérapeute C :** « Oui cela crée la relation, un support. Dans votre discussion vous pouvez
319 parler aussi de l'environnement dans lequel vous recevez les gens. Si vous avez un
320 environnement avec des tables réglées en hauteur et que vous dites que vous êtes là pour voir
321 les douleurs orofaciales avec le patient, le chirurgien-dentiste va être sceptique et le patient
322 aussi. Le chirurgien il va être sceptique parce qu'il va se dire c'est quoi ce délire et le patient
323 qui en a marre des douleurs va voir des tables réglées en hauteur avec des connes et des
324 bâtonnets, on va faire vivre à ces patients ce qu'on a fait vivre à des patients qui ont eu des
325 AVC ou des lombalgies et ça faut arrêter. On ne sera jamais crédible, en effet la MCRO permet
326 d'entrer en relation comme vous dites, mais comment vous allez évaluer le patient si vous
327 l'évaluez dans un endroit qui ne ressemble à rien ? Ce que je ne supporte c'est que le patient
328 dise pendant l'évaluation que c'est l'école maternelle ou vous êtes de la police ou quoi ?
329 Comment vous allez aborder des problématiques de vie dans un environnement avec des cônes
330 et des bâtonnets ? La question de la personne est réelle. Tant que l'ergothérapie n'aura pas un
331 autre décor. »

332 **Florian :** « Il faut que l'environnement soit en cohésion. »

333 **Ergothérapeute C :** « Oui, on nous dit d'être occupation centrée dans un décor qui n'est pas
334 occupation centrée, il est là le décalage. Le médecin qui rentre il va vous demander ce qu'il
335 voit, 70% de la relation est lié à ce qu'on produit comme environnement, et le patient va
336 s'engouffrer dans un endroit qui n'est pas du tout occupation centrée et quand vous allez lui
337 parler d'occupations il va se demander pourquoi on lui pose toutes ces questions alors que nous

338 aussi quand les patients rentrent, s'ils n'ont rien à faire en ergothérapie ils ne viennent pas.
339 C'est une promotion d'aller en ergothérapie parce que ça veut dire qu'ils vont échanger sur
340 leurs occupations de vie. Dans votre discussion comme votre sujet est innovant il faut déjà
341 qu'on ait une image de l'ergothérapie qui ressemble à l'image de l'ergothérapie. Le chirurgien-
342 dentiste ne va pas forcément comprendre pourquoi on s'intéresse à ça. Pour revenir à la MCRO,
343 une fois que vous avez identifié vos 5 problèmes, vous allez voir la capacité et la satisfaction,
344 mais nous on va plus loin que ça, on dit par exemple manger un repas entier c'est douloureux.
345 La personne va dire qu'elle est capable à 4/10 et qu'elle est satisfaite à 1/10 mais on va aller
346 plus loin, la douleur que vous développez lorsque vous mangez elle est à combien ? la fatigue
347 quand vous mangez elle est à combien ? et avec le Borg la difficulté. Donc on est capable de
348 dire par rapport à cette situation toutes les perceptions. Donc on va évaluer la perception de la
349 douleur pendant l'activité, et c'est intéressant parce qu'en début de conversation le patient va
350 vous dire que c'est hyper douloureux et quand on fait l'EN pendant l'activité il vous dit 3/10,
351 et par contre la fatigue 4/5, et les gens mélangent tous, un sentiment de saturation, comment
352 expliquer à l'autre, on dit qu'on a mal pour que les gens s'intéressent à nous. On se rend compte
353 en ergothérapie en analysant plus finement la douleur que ce sont des douleurs morales ou de
354 la fatigue qui fait que c'est insupportable. »

355 **Florian** : « Ok, on a fini la trame d'entretien, est-ce que vous avez des éléments à rajouter pour
356 compléter une de vos réponses ou des éléments que nous n'ayons pas abordé ? »

357 **Ergothérapeute C** : « Non je crois que je vous ai tout dit. A vous de jouer maintenant. »

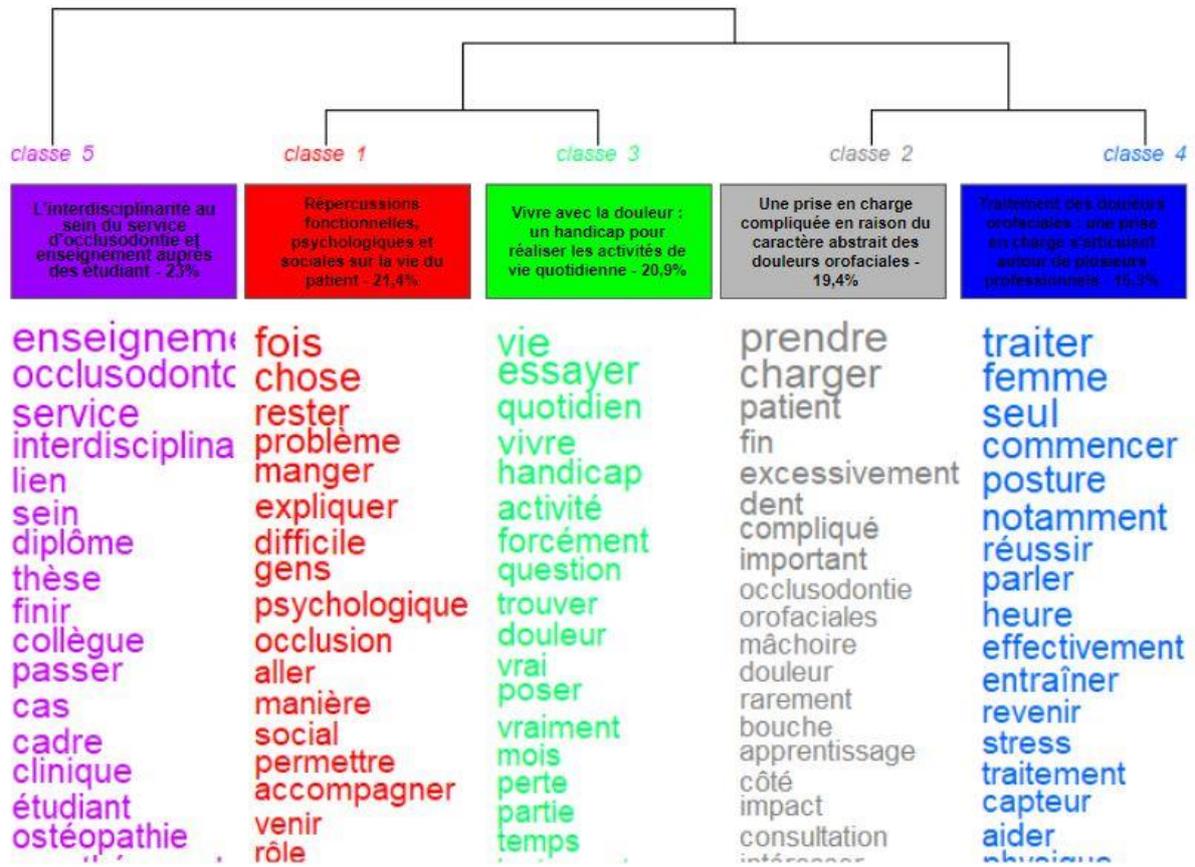
358 **Florian** : « Ok, je vous remercie pour avoir pris le temps de répondre à l'entretien. Aurevoir. »

359 **Ergothérapeute C** : « Aurevoir. »

Annexe n°22 : Tableau décrivant le profil des chirurgiens-dentistes

Chirurgien-dentiste interviewé	Sexe	Parcours professionnel
Chirurgien-dentiste A	Homme	Diplômé de chirurgie dentaire depuis 5 ans. Il est spécialisé en occlusodontologie. Il a réalisé sa thèse en 2014. Il occupe un poste d'assistant d'enseignement à la Faculté Dentaire de Toulouse sur les prothèses amovibles. A la fin de son poste il souhaiterait s'orienter vers l'enseignement dans le DU.
Chirurgien-dentiste B	Femme	Interne en dernière année de chirurgie-dentaire. Elle a choisi comme spécialité la médecine bucco-dentaire. Elle exerce une activité hospitalière à plein temps en réalisant le DU d'occlusodontologie sur la prise en charge des patients avec des douleurs orofaciales. Elle s'est spécialisée en douleur orofaciales grâce au DU de la Faculté Dentaire de Toulouse.
Chirurgien-dentiste C	Homme	Diplômé en chirurgie dentaire depuis une vingtaine d'années, il s'intéresse aux dysfonctions de la mâchoire, à la douleur et à la réhabilitation. Il réalise une thèse en occlusodontologie en 2005. En 2011 il dirige une étude clinique sur la douleur et le segment dentaire actif. En parallèle il a une activité libérale portée sur la réhabilitation de l'appareil manducateur. Il a passé plusieurs diplômes : de recherche clinique, de biologie de la bouche, de prothèse fixée. En 2015 il refaçonne l'enseignement d'occlusodontologie, de la prise en charge liée à la douleur et dysfonctions de la mâchoire à la Faculté Dentaire de Toulouse et en 2017 le DU. Il a participé à un certain nombre d'articles nationaux et internationaux et de conférences nationales et internationales.

Annexe n°23 : Thèmes de la classification descendante hiérarchique du verbatim des entretiens des chirurgiens-dentistes regroupés



Annexe n°27 : Tableau regroupant le contenu des verbatims des chirurgiens-dentistes en fonction de la classification descendante hiérarchique

Thème	Chirurgien-dentiste A	Chirurgien-dentiste B	Chirurgien-dentiste C
<p>Répercussions fonctionnelles, psychologiques et sociales sur la vie du patient</p>	<p>« adapter sa vie quotidienne à ses douleurs et tout ce qui va être lié à la nutrition et l'élocution qui représente mine de rien beaucoup de champ au niveau de la vie sociale » (1.167-172)</p> <p>« essayer de les localiser , savoir depuis quand, essayez de la quantifier » (1.47)</p> <p>« il y a énormément d'interdépendances, savoir qu'est ce qui arrive en premier ? le problème fonctionnel ou le problème algique ? » (1.63-64)</p> <p>« on a très souvent des problèmes psychologiques qui vont suivre des douleurs » (1.66-67)</p> <p>« la manière dont elle pensait que les gens pouvaient la voir » (1.146-147)</p>	<p>« on n'a pas forcément l'élément déclencheur »</p> <p>« un contexte psycho-émotionnel qui est vraiment lourd chez certains patients » (1.62-63)</p> <p>« ce qui pose question c'est la répercussion de ces douleurs orofaciales sur la vie quotidienne » (1.34-35)</p>	<p>« on leur demande où ils ont mal, quelle est la caractéristique de ces douleurs, si ce sont des douleurs spontanées, accentuée par la fonction, ou autre chose, unilatéral, bilatéral, on demande de localiser l'endroit, de scorer de 0 à 10 où est-ce qu'ils ont mal, on leur demande de montrer l'endroit » (1.101-104)</p> <p>« une partie de la douleur est somatique, une partie cognitive, une partie émotionnelle et une partie comportementale » (.114-115)</p> <p>« l'appareil manducateur sert à sourire, à parler, à manger, à la préhension, à attraper, à respirer » (1.189-190)</p> <p>« la face c'est la dimension anatomique, le visage c'est la dimension sociale, culturelle, psychologique » (1.212-213)</p> <p>« c'est l'outil préférentiel d'interaction avec les autres » (1.214-215)</p> <p>« impacter la vie sociale, personnelle,</p>

			professionnelle du patient jusqu'à l'amener à une résolution » (1.55-56)
Prise en charge compliquée des douleurs orofaciales en raison de leur caractère abstrait	« plusieurs mois à trouver l'origine » (1.31)	« les patients qu'on peut recevoir ont une errance thérapeutique incroyable » (1.27-28) « ils sont confrontés à une incompréhension globale et en général quand ils arrivent chez nous on est leur dernière chance quoi » (1.28-29) « il y a encore trop peu de chirurgien-dentiste qui dépistent et qui orientent donc l'errance thérapeutique on en est aussi responsable » (1.268-269) « ces douleurs orofaciales ne sont pas toujours matérialisables » (1.30-31) « qui ne sont pas toujours évident à comprendre pour nous d'ailleurs » (1.31) « c'est le côté multifactoriel qui rend la chose difficile » (1.39)	« il y a une forme d'errance diagnostique et thérapeutique » (1.97) « si la douleur est aigüe quand ils prennent rendez-vous, elle est devenue chronique au rendez-vous » (1.99-100)
Vivre avec la douleur qui est un handicap pour la réalisation des activités de vie quotidienne	« pas le choix d'arrêter leurs activités physiques et sportives, ils sont contraints » (1.114-115) « le corps lui-même qui empêche la personne de faire ce qu'elle souhaite faire, c'est une perte	« voir avec le patient comment on peut leur apprendre à vivre avec la douleur, à défaut de vivre sans » (1.81-83) « mes douleurs arrivent à 17h quand mes enfants rentrent de l'école et à 19h quand	« probablement la pire qu'un homme puisse avoir à subir » (1.79) « Vous ne devriez pas rire, vous ne savez pas ce que cela fait d'avoir tout le temps mal, de se lever et de se coucher avec la douleur, d'avoir

	d'autonomie » (1.120-121)	mon mari rentre je sais que tout va s'enchaîner jusqu'à l'heure du coucher » (1.242-243)	mal quand on va travailler au cabinet et prendre en charge des patients en ayant mal en permanence » (1.208-215)
Traitement des douleurs orofaciales à travers les différents professionnels intervenant autour de ces douleurs	<p>« des médecins du sport principalement, orthoptistes, optométristes, qui vont s'occuper des problèmes de capteur visuel au niveau de la posture, des podologues pour le capteur podal. Ensuite beaucoup d'ostéopathe et de kinésithérapeute qui vont pouvoir aider à intégrer tous les changements anatomiques qu'on va qu'on va pouvoir imprimer au patient. Sophrologue, je travaille beaucoup avec une sophrologue qui permet justement de d'apprendre à mieux encaisser au patient. Je pense le voir comme ça, encaisser des dérèglements et des douleurs et réussir à retrouver un état psychologique plus serein pour éviter cet engrenage dont je vous parlais tout à l'heure qui se met en place et éviter tout ce qui va être, des tensions d'origine psychologique » (1.90-98)</p> <p>« j'ai des lacunes sur les soins ou les diagnostics que vous</p>	<p>« pour le côté purement fonctionnel, le kiné. Le podologue et l'orthoptiste, quand on dépiste des origines qui pourraient être autres que les dents, donc postural ou ophtalmique. Éventuellement l'orthophoniste, si on suspecte des problèmes de déglutition, ou des choses comme ça. L'orthodontiste, puisque ça peut aussi passer par des malpositions dentaires. Donc ils vont permettre de retrouver des organisations et des contacts plus favorables. Après tout ce qui passe par la psychothérapie, comme la psychologie, la sophrologie, voilà. Je vous avoue très franchement, que je n'ai encore jamais adressé à un ergothérapeute » (1.99-106)</p> <p>« je ne vois pas ce qu'on peut mettre en place ensemble pour l'instant ou je n'aie pas les bonne représentations » (1.106-107)</p>	<p>« amené à référer d'ailleurs ces patients auprès de praticiens qui sont spécialisés dans la prise en charge par exemple des psychologues, des psychiatres, des sophrologues, on peut être amené aussi à faire de prise en charge avec des hypnotérapeute. Voilà ce genre de chose. Alors, nos principaux interlocuteurs sont les kinésithérapeutes maxillo-faciaux. C'est à dire que quand on a des douleurs orofaciales avec des composantes musculaires, des contractions musculaires, des contractures, des spasmes, les kinés maxillo-faciaux, c'est une branche particulière de la kinésithérapie, sont très efficaces pour ça d'une certaine manière. Donc on s'appuie énormément sur eux quand il y a des composantes articulaires aussi et donc eux ils font des manipulations manuelles, ils font des levés de tension et il faut aussi de l'apprentissage d'auto-exercice par le patient ce qui participe aussi à</p>

	<p>pouvez apporter » (1.208)</p> <p>« chacun puisse amener son savoir dans un seul et même traitement » (1.216)</p>		<p>rendre le patient autonome de sa prise en charge, ça c'est très intéressant, parce que je vais laisser penser aux patients que sa prise en charge pour être uniquement passive, c'est-à-dire accueillir uniquement des soins sur la sur la partie dentiste, kiné ou n'importe quel autre professionnel, il faut qu'il participe à son traitement, à la prise en charge et donc les kinés font l'apprentissage de ces mouvements. Ils font aussi du renforcement cognitif au patient, ils leur disent : « ça va aller mieux, ça va aller de mieux en mieux ». Ils font aussi de l'éducation thérapeutique, d'enseigner aux patients qu'il ne faut pas serrer les dents, il ne faut pas avoir des attitudes au niveau de la mâchoire, donc ce renforcement est très important. On travaille avec des hypnotérapeutes dans le service. On a un praticien de l'hypnothérapie et aussi de l'apprentissage de l'autohypnose avec la même pensée concernant l'autonomisation des patients, c'est formidable. On s'appuie aussi sur les ostéopathes » (1.137-160)</p>
--	---	--	--

			<p>« une évaluation pourrait très utilement être complétée par un ergothérapeute » (1.245-246)</p> <p>« une évaluation complète en termes de qualité de vie, occupationnelle, etc n'est pas réalisée » (1.241-242)</p> <p>« champ d'investigation clinique et de recherche » (1.246-247)</p> <p>« améliorer l'évaluation et d'orienter la prise en charge » (1.252)</p>
<p>L'interdisciplinarité au service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de Toulouse et la formation des étudiants à la prise en charge de la douleur</p>	<p>« je ne pense pas que ce soient des douleurs qu'on puisse traiter seul » (1.185-186)</p>	<p>« les chirurgiens-dentistes travaillent en pluridisciplinarité dans ce domaine-là » (1.166-167)</p> <p>« réel apport de pouvoir travailler en interdisciplinarité » (1.167-168)</p> <p>« repenser nos habitudes, les représentations, et de prendre le patient dans son ensemble » (1.177-178)</p>	<p>« compliqué de faire de l'interdisciplinarité si on n'est pas dans un même service » (1.265-266)</p> <p>« réseaux de soins mais aussi d'enseignement que nous parlerons le même langage et que nous allons favoriser les communications interprofessionnelles » (1.165-167)</p> <p>« progression énorme dans l'enseignement et la prise en charge clinique des patients » (1.247-248)</p> <p>« améliorer considérablement l'évaluation clinique, les axes de recherches et l'enseignement auprès des étudiants et des autres professions » (1.252-253)</p>

Annexe n°28 : Verbatim de l'entretien avec le chirurgien-dentiste A

1 **Florian** : « Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, le
2 mémoire. Et plus spécifiquement autour de l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales.
3 Cet entretien va me permettre d'éclaircir ma question de recherche et à la fin de l'entretien, je
4 vous proposerai une question, autour de la collaboration avec l'ergothérapeute, un
5 professionnel de santé paramédical qui utilise l'activité comme thérapie pour permettre aux
6 personnes en situation de handicap de réaliser leurs activités de vie quotidienne de manière
7 autonome, efficace et sécurisée. Pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler de votre
8 parcours professionnel ? »

9 **Chirurgien-dentiste A** : « Bonjour, « Chirurgien-dentiste A », je suis chirurgien-dentiste,
10 spécialisé en occlusodontie. Depuis, je dirais 5 ans à peu près, j'ai fini mes études de chirurgien-
11 dentiste, j'ai passé ma thèse exactement en... ça fait 7 ans c'était 2014 si je ne dis pas de bêtises,
12 fin 2014 et donc ça fait 4 ans et demi que je me suis spécialisé dans l'occlusodontie donc sur
13 l'étude de la fermeture de la mâchoire et tout ce qui va s'y rapporter en termes de muscles,
14 articulations et douleurs qui peuvent aller avec. Là actuellement, en plus de tout ça, je suis
15 toujours resté un petit peu à la faculté pour faire de l'enseignement au départ en tant que
16 moniteur quand j'étais encore étudiant pour les étudiants des années inférieures. Ensuite en tant
17 qu'attaché jusqu'à ce que j'obtienne un poste d'assistant que j'occupe. Alors assistant en
18 prothèse pour le coup à l'époque, je travaillais plus sur la prothèse. Plus particulièrement la
19 prothèse amovible et j'occupe ce poste depuis un peu plus de 3 ans, qui se finit dans 11 mois à
20 peu près puisque ce sont des postes de 4 ans. Et après, je pense que je resterai principalement
21 pour le DU (Diplôme Universitaire), pour partager au maximum ce que je peux avoir comme
22 connaissance. »

23 **Florian** : « Très bien, je vous propose d'entrer dans le vif du sujet directement. Pourriez-vous
24 me citer une expérience particulièrement marquante avec un patient souffrant qui a, entre
25 guillemets, bouleversé votre présentation sur la douleur et votre façon d'appréhender le patient
26 douloureux ? »

27 **Chirurgien-dentiste A** : « Bah, je dirais ma femme, enfin ma future femme qui est la personne
28 qui a fait que j'ai commencé à m'intéresser de plus près à l'occlusodontie, puisque c'est comme
29 ça que j'ai rencontré le docteur C. Elle s'est retrouvée avec des douleurs et surtout vraiment, un
30 handicap avec une paresthésie assez importante avec une hémiplégie au niveau de la face qui
31 était d'origine occlusale et on a mis plusieurs mois, deux trois mois à trouver justement cette
32 origine, ça a été source de beaucoup de stress dans la vie quotidienne. Du coup de la sienne et

33 dans la vie du couple, et à partir du moment où on a trouvé l'origine ça a été réglé très
34 rapidement.

35 Et ça, c'est peut-être ce qui m'a le plus touchée puisque ça a touché ma vie personnelle en plus
36 de la vie professionnelle. Je la suis comme patiente, quand je la vois quand même elle n'a pas
37 beaucoup de soucis mais au niveau dentaire c'est ce qui m'aura le plus marqué et c'est d'ailleurs
38 ce qui a fait que j'ai commencé cette spécialité. C'est à la suite de ça que j'ai vu tous tout le
39 potentiel qu'il y avait là-dedans, aussi bien bénéfiques que néfastes justement si ça ne marche
40 pas, et c'est comme ça que je me suis intéressé à ça. »

41 **Florian :** « D'accord, maintenant on va parler de l'évaluation des douleurs chroniques
42 orofaciales. Comment voulez les évaluer de façon générale ? »

43 **Chirurgien-dentiste A :** « Sur un premier rendez-vous avec des patients ? »

44 **Florian :** « Ouais, à partir du premier rendez-vous. »

45 **Chirurgien-dentiste A :** « D'accord, bah déjà essayer de les localiser puisque c'est vrai qu'au
46 niveau occlusal on a quand même pas mal de douleurs qui peuvent s'y rapporter. Donc
47 essayer de localiser la douleur, savoir depuis quand, essayez de la quantifier, même si c'est
48 quand même assez personnel comme donnée ça varie beaucoup d'un patient à l'autre au niveau
49 de la résistance à la douleur en fait, mais essayez de localiser, quantifier et surtout d'essayer de
50 savoir depuis combien de temps cette douleur est présente et savoir surtout, plus que la gêne,
51 la gêne occasionnée dans la vie quotidienne. Justement, savoir à quel point le patient souffre,
52 pas en tant que douleur, mais en tant que handicap. Encore une fois aussi par rapport à votre
53 travail, essayez de comprendre l'affect que ça va avoir sur le patient. Dans un premier temps
54 essayer de déjà quantifier, pour reconnaître telle ou telle douleur et ensuite essayer de trouver
55 le meilleur moyen de soulager le patient, le plus efficacement et le plus rapidement possible. »

56 **Florian :** « D'accord, au sein du service d'occlusodontie du coup j'ai remarqué que vous vous
57 intéressez particulièrement aux répercussions psycho-émotionnelle, des douleurs chroniques
58 orofaciales sur le patient. Pourquoi est-ce important pour vous dans votre pratique, d'évaluer ce
59 versant de la douleur ? »

60 **Chirurgien-dentiste A :** « Parce que c'est énormément lié, et c'est vrai qu'on nous dit souvent
61 qu'on a affaire clairement à des fous, ce qui est pas du tout mon avis. Je pense qu'il y a une
62 interdépendance qui est très importante entre la douleur que peuvent ressentir les patients dans
63 le cadre de l'occlusodontie et des problèmes occlusaux et il y a énormément
64 d'interdépendances, savoir qu'est-ce qui arrive en premier ? Déjà le problème psychologique
65 ou le problème fonctionnel, le problème algique, quel est le premier des 2 à être présent puisque
66 très souvent l'un suit l'autre dès. On a très souvent des problèmes psychologiques, on pourrait

67 appeler ça comme ça, qui vont suivre des douleurs. Pour en revenir notamment, à l'histoire de
68 tout à l'heure, moi je vois ma femme quand elle a eu ses problèmes d'hémiplégie, ce qui était
69 le plus dur d'ailleurs, c'est le psychologique, ça n'a pas été la douleur en soi d'ailleurs et il n'y
70 avait pas beaucoup de douleur. Mais le psychologique a été extrêmement compliqué et même
71 à gérer aussi en étant à côté de la personne qui souffre. De la même façon pour le praticien si
72 on en revient à la relation patient praticien. Mais le psychologique a été très compliqué à traiter
73 et j'ai l'impression que très souvent il y a une interdépendance, encore une fois, qui est, qui est
74 très marquée. C'est rare d'avoir un problème sans avoir l'autre, d'avoir des douleurs sans avoir
75 le psychologique qui est atteint et d'avoir des problèmes psychologiques qui vont entraîner des
76 douleurs dans le sens ou au niveau de l'occlusion dentaire encore une fois, on va avoir des
77 soucis de, par exemple d'hyper serrage, des dysfonctions qui sont d'origine psychologique et
78 qui vont entraîner par contre de vrais pathologie algique et physique notamment. Effectivement,
79 par exemple, à partir d'hyper serrage qui va entraîner une hyperactivité musculaire et qui
80 peuvent entraîner tout un tas de de pathologie algique comme des céphalées de tension et autres.
81 Donc effectivement il faut savoir, quel est le premier, quelle est la cause originelle ? En fait,
82 soit le psychologique soit le physiologique, l'anatomique. C'est pour ça qu'avoir une prise en
83 charge globale, c'est pratiquement nécessaire puisque de toute façon, dans les 2 cas, que ce soit
84 bah de la poule ou de l'œuf le deuxième va suivre derrière. Donc avoir une approche globale
85 c'est vraiment nécessaire pour pouvoir traiter au mieux les patients. »

86 **Florian :** « Du coup, pour avoir cette approche globale, avec quels professionnels de santé vous
87 collaborer pour la prise en charge de ces douleurs ? »

88 **Chirurgien-dentiste A :** « Alors, moi qui suis un peu plus spécialisés au niveau posture par
89 rapport aux autres, d'autres praticiens du DU mise à part le Docteur « chirurgien-dentiste », je
90 travaille beaucoup avec des médecins du sport principalement, orthoptistes, optométristes, qui
91 vont s'occuper des problèmes de capteur visuel au niveau de la posture, des podologues pour le
92 capteur podal. Ensuite beaucoup d'ostéopathe et de kinésithérapeute qui vont pouvoir aider à
93 intégrer tous les changements anatomiques qu'on va qu'on va pouvoir imprimer au patient.
94 Sophrologue, je travaille beaucoup avec une sophrologue qui permet justement de d'apprendre
95 à mieux encaisser au patient. Je pense le voir comme ça, encaisser des dérèglements et des
96 douleurs et réussir à retrouver un état psychologique plus serein pour éviter cet engrenage dont
97 je vous parlais tout à l'heure qui se met en place et éviter tout ce qui va être, des tensions
98 d'origine psychologique. Principalement, ça va être ces personnes-là. »

99 **Florian** : « D'accord, du coup maintenant, on va parler un petit peu de l'impact des douleurs
100 chroniques orofaciales sur la vie quotidienne. Dans quelle mesure, ces douleurs, impactent la
101 qualité de vie d'une personne ? »

102 **Chirurgien-dentiste A** : « Ça, je pense que ça dépend beaucoup de chacun, d'une personne à
103 l'autre. Ça peut aller de l'impact médicamenteux, pour moi, c'est un vrai impact, par exemple,
104 j'ai souvenir là d'une personne qu'on suit ici justement, qui prenait, maintenant heureusement
105 on a réussi à stabiliser tous les problèmes qu'elle avait, une bonne partie des problèmes qu'elle
106 avait, peut-être pas tous encore, mais qui prenait des médicaments opiacés de manière
107 quotidienne, qui maintenant a réussi à se sevrer de ça parce qu'on a réussi à la stabiliser,
108 notamment au niveau occlusal, avec tous les inconvénients que les opiacés peuvent entraîner
109 avec. C'est une perception au niveau du monde extérieur qui est un petit peu biaisé. Tout
110 l'endormissement, c'est vrai que ça va entraîner, le handicap, aussi au niveau de mon activité
111 plus privée au niveau de de mon cabinet, où je travaille vraiment beaucoup avec des sportifs.
112 Le handicap, la perte de capacité à exercer leur activité physique qui pour les personnes que je
113 vois, c'est primordial, c'est la première chose qui les touche. De plus pouvoir courir, de plus
114 pouvoir jouer au football, au rugby, de plus pouvoir faire leurs activités, de plus pouvoir avoir
115 le choix vraiment, c'est une question de choix. D'être contraint d'arrêter puisque très souvent,
116 en plus on en voit beaucoup en général, avant qu'on ait fait un bilan global, on leur conseille
117 justement d'au minimum calmer le sport, voire d'arrêter complètement. Et c'est ce qui les
118 perturbe le plus et ce qui les chagrine le plus, et y'en a même une bonne partie qui n'arrête pas
119 et qui continue à se faire mal encore plus mal puisqu'ils continuent leur activité bon gré mal
120 gré. Et en dépit de tout ce qui peut leur arriver, des nombreuses blessures en plus. Donc c'est
121 vrai que là, c'est presque une perte d'autonomie en fait même si c'est le corps lui-même qui
122 empêche de faire ce que la personne souhaite faire, c'est une perte d'autonomie. Ça, c'est ce que
123 je vois le plus souvent dans mon activité privée. »

124 **Florian** : « D'accord, du coup plus spécifiquement, quels sont les impacts que vous rencontrez
125 le plus souvent ? Bah alors du coup, vous m'avez cité l'aspect de l'activité de physique, est ce
126 qu'il y a d'autres aspects que vous rencontrez ? »

127 **Chirurgien-dentiste A** : « La douleur alors peut être plus chez les jeunes aussi, la difficulté à
128 supporter, supporter vraiment la douleur sur le long terme, ce qui se comprend, ce qui est
129 totalement compréhensible. Le fait de pas avoir de solutions, ne pas avoir de solution dans un
130 avenir plus ou moins proche d'ailleurs, mais de pas avoir quelque chose à quoi se raccrocher.
131 Une porte de sortie qui va permettre de se libérer de cette douleur, ça aussi c'est quelque chose
132 que qu'on rencontre assez fréquemment. En plus du problème d'être limité, c'est la perte de

133 l'espoir de guérison, et de l'arrêt de la douleur. C'est quelque chose qu'on rencontre assez
134 fréquemment. »

135 **Florian** : « D'accord, je rebondis un peu sur votre expérience personnelle. Vous avez dit que
136 dans votre couple, ça avait aussi impacté cette sphère familiale un peu. Est-ce que par exemple,
137 la sphère sociale, la sphère professionnelle sont aussi impactés par ces douleurs ? »

138 **Chirurgien-dentiste A** : « Oui. Alors moi, personnellement pas autant que ma femme, elle
139 cela l'avait beaucoup impacté puisque déjà ça avait aussi en dehors de tout le stress que ça a pu
140 entraîner, impacté aussi son physique puisqu'elle avait quand même une paresthésie labiale
141 notamment. Elle avait vraiment une atteinte physique et esthétique qui a encore plus, pour une
142 femme à mon avis, de l'importance, elle a un travail aussi où elle rencontre beaucoup de
143 personnes, donc c'est vraiment une atteinte importante niveau professionnel. Et niveau
144 personnel dans le regard des autres même si ça se voyer pas tant que ça, honnêtement, c'était
145 avec elle, c'était un peu marqué, mais ce n'était pas, ça ne sautait pas aux yeux forcément, mais
146 elle, elle le vivait mal dans son propre regard par rapport à elle-même, la manière dont elle
147 pensait que les gens pouvaient la voir. Ça, ça a été assez important. »

148 **Florian** : « Ok, maintenant on va aborder la question de la collaboration avec l'ergothérapeute.
149 Pour vous rappeler rapidement la raison de cette profession paramédicale, l'ergothérapeute
150 s'intéresse à l'occupation, donc c'est-à-dire qu'il ne faut pas le comprendre au sens français du
151 terme, c'est-à-dire l'occupation quand on s'ennuie, mais plutôt au sens anglophone du terme,
152 c'est à dire l'ensemble des activités, des tâches de la vie quotidienne auxquels les individus
153 donnent une valeur et une signification. Concrètement, en fait, l'ergothérapeute, aide les
154 personnes à réaliser les activités qui sont importantes pour elle. À ce jour, les douleurs
155 chroniques orofaciales représentent un domaine peu étudié en ergothérapie dans la littérature,
156 et encore moins dans la prise en charge puisque les douleurs chroniques orofaciales ne
157 représentent pas un champ d'intervention pour l'ergothérapeute. Comme on l'a vu, au travers
158 de ces évaluations, les chirurgiens-dentistes s'intéressent à l'impact psycho-émotionnel des
159 douleurs chroniques orofaciales sur la qualité de vie du patient. D'après vous, quel rôle pourrait
160 avoir l'ergothérapeute dans l'évaluation de ces douleurs ? »

161 **Chirurgien-dentiste A** : « Toujours par rapport à des activités quotidiennes pour le patient ? »

162 **Florian** : « Ouais c'est ça, l'évaluation comme vous l'imaginez avec les informations que j'ai
163 pu vous donner à l'instant sur le métier d'ergothérapeute. »

164 **Chirurgien-dentiste A** : « La première chose qui me viendrait à l'esprit, c'est effectivement
165 d'aider le patient à faire avec ses douleurs dans sa vie quotidienne. Et si on reprend le même
166 exemple, au niveau de l'orofaciale, essayé de s'adapter à sa douleur. C'est un peu large comme

167 réponse mais c'est un peu compliqué comme question. Vraiment adapter sa vie quotidienne à
168 ses douleurs et au niveau des douleurs orofaciales en particulier et tout ce qui va être quand
169 même lié à la nutrition qui pose énormément de problèmes, c'est large. C'est un champ assez
170 large, mais dans la vie, vraiment, la vie quotidienne et pas forcément dans des activités
171 spécifiques, on a tout ce qui va être nutrition, élocution, mine de rien ça représente quand même
172 beaucoup de champ au niveau de la vie sociale qui vont être importantes, de l'esthétique aussi.
173 Encore une fois, je pense que ça peut avoir beaucoup de rapport avec parfois des gens qui
174 peuvent présenter des dissymétries. Mais effectivement, principalement oui, je pense que la
175 mastication ça serait déjà une bonne chose puisque de toute façon ça reste quelque chose de
176 basique, ce sont des besoins primaires de de tout être vivant. On a besoin de mastiquer, de se
177 nourrir. Donc là, très clairement, la mastication, et l'élocution je dirais, c'est, je pense, des
178 choses qui sont primordiales, l'élocution aussi. Je pense que ça serait deux champs à
179 approfondir justement pour essayer de ne pas avoir d'atteintes trop négatives au niveau de la
180 vie sociale, je pense. »

181 **Florian :** « D'accord, c'est très bien, on va parler un petit peu de l'interdisciplinarité et du
182 raisonnement clinique autour de ces pathologies, de ces douleurs. D'après votre expérience,
183 cette prise en charge, elle relève plutôt de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? »

184 **Chirurgien-dentiste A :** « Pluridisciplinarité, complètement. Je ne pense pas que ce soit des
185 douleurs et encore plus en ayant une vision posturale, je ne pense pas que ce soit des douleurs
186 qu'on puisse traiter seul au niveau des douleurs orofaciales et encore plus si on commence à
187 prolonger un petit peu au niveau du cou, où la posture va être importante. Je ne pense pas qu'un
188 seul praticien puisse traiter tout ça, encore une fois sur le plan physique, c'est sûr, on va avoir
189 besoin de, comme je disais tout à l'heure, de vérifier tous les capteurs posturaux, les yeux, la
190 mâchoire, les pieds bassins. De traiter le côté anatomique, ce qu'on va pouvoir faire, ce que
191 nous on fait. Pour moi, je pense que mon travail principal est là, même si effectivement le
192 travail de n'importe quel praticien de santé médical ou paramédical doit aussi prendre en compte
193 tout l'aspect psychologique, la prise en charge globale du patient. Je pense que quand même la
194 base de mon travail en tant qu'occlusodontiste, ça va être de rétablir une fonction et rétablir une
195 fonction qui normalement devrait être opérationnelle d'un point de vue anatomique,
196 normalement, ça devrait marcher correctement seul, donc ça c'est quelque chose que je peux
197 faire, mais c'est impossible pour moi de pouvoir traiter, si on revient à la posture, les autres
198 capteurs posturaux, je ne pense pas que ça soit, je ne pense pas qu'on ait la formation pour et
199 que le chirurgien-dentiste puisse le faire, pour rester au rôle que j'ai moi sur ma propre
200 expérience. Du point de vue psychologique c'est toujours bien d'avoir une formation déjà

201 psychologique, même si c'est en dehors du cycle d'études normal on va dire. Mais là aussi, il y
202 a des personnes qui sont spécialisés là-dedans et qui ont des clés, que nous n'avons pas
203 forcément. Je ne vois pas comment on pourrait traiter tout ça seul. Je ne pense pas que ce soit
204 faisable donc vraiment l'approche elle est pluridisciplinaire, pour moi c'est une évidence. »

205 **Florian** : « Ok, et donc pour finir, l'évaluation de l'ergothérapeute, en complémentarité de celle
206 du chirurgien-dentiste pourrait-elle orienter le raisonnement clinique autour du patient, c'est à
207 dire l'orientation des traitements qu'ils soient médicamenteux ou non par exemple ? »

208 **Chirurgien-dentiste A** : « Alors j'ai des lacunes sur exactement sur les soins ou les diagnostics
209 que vous pouvez apporter mais d'après ce que j'ai entendu, oui complètement. Un traitement,
210 et encore plus quand il est pluridisciplinaire, il faut qu'il allie plusieurs choses, ce n'est pas en
211 traitant une chose tout seul dans son coin qu'on va réussir à soigner. Donc effectivement si on
212 a chacun un rôle à jouer, on a chacun un mot à dire sur ce qui doit être fait, c'est évident et je
213 ne pense pas d'ailleurs quand on parle de pluridisciplinarité qu'il faille mettre quelqu'un au-
214 dessus des autres, c'est pas une personne qui va dire aux autres ce qu'elles ont à faire, surtout si
215 chacun a sa spécialité. Donc effectivement, là, il faut de la communication et il faut que chacun
216 puisse amener son savoir dans un seul et même traitement. Donc je pense qu'on a tous un rôle
217 à jouer. »

218 **Florian** : « Ok, on a terminé les questions principales de la trame d'entretien, est ce que vous
219 auriez des éléments à rajouter pour compléter vos réponses ou des choses qu'on n'aurait pas
220 abordé dans l'entretien ? »

221 **Chirurgien-dentiste A** : « Je pense que si on prend une vue d'ensemble, au niveau des douleurs
222 orofaciales, on y est, le plus important, c'est de soulager le patient. Après, de toute façon, peu
223 importe comment on y arrive, à partir du moment où on y arrive, je pense que c'est le point
224 principal. Toutes techniques, ou savoirs, ou participations qui va pouvoir améliorer la situation
225 du patient, c'est bon à prendre, il ne faut jamais dire non à quelque chose qu'on y croit, qu'on
226 n'y croit pas. Il faut toujours essayer au maximum de de soulager le patient. Je pense qu'on a
227 fait le tour de ce que j'ai moi en tête, à l'esprit, par rapport à l'activité que j'ai et la vision que
228 j'ai de tout ça. »

229 **Florian** : « Ok, super je vous remercie d'avoir participé à l'entretien. »

230 **Chirurgien-dentiste A** : « Avec plaisir. »

Annexe n°29 : Verbatim de l'entretien avec le chirurgien-dentiste B

1 **Florian** : « Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, le
2 mémoire. Et plus spécifiquement autour de l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales.
3 Cet entretien va me permettre d'éclaircir ma question de recherche et à la fin de l'entretien, je
4 vous proposerai une question autour de la collaboration avec l'ergothérapeute. L'ergothérapeute
5 est un professionnel de santé paramédical qui utilise l'activité comme thérapie pour permettre
6 aux personnes en situation de handicap de réaliser leurs activités de vie quotidienne de manière
7 autonome, efficace et sécurisée. Dans un premier temps, on va parler de votre parcours
8 professionnel, de votre expérience et de vos représentations sur la douleur. Ensuite, on parlera
9 un petit peu plus précisément de l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales et de leur
10 impact sur la vie quotidienne et ensuite on parlera de la collaboration avec l'ergothérapeute et
11 on finira sur une partie sur le raisonnement clinique. Du coup, pour commencer, pourriez-vous
12 me parler de votre parcours professionnel ? »

13 **Chirurgien-dentiste B** : « Alors moi, je suis interne en dernière année, donc je vais bientôt
14 attaquer mon dernier semestre, donc ça correspond, enfin c'est une 6 ans d'études plus un
15 concours, le concours de l'internat et derrière 3 ans pour la spécialité choisie, donc c'est
16 médecine bucco-dentaire. Voilà donc j'ai une activité en ce moment qui hospitalière à plein
17 temps, que j'ai orienté grâce au DU d'occlusodontie sur la prise en charge effectivement des
18 patients avec des douleurs orofaciales entre autres. Mais on voit aussi beaucoup d'autres
19 patients. On nous appelle pour des besoins spécifiques dans les consultations dédiées, parce
20 qu'ils n'ont pas forcément de prise en charge par les cabinets ensuite, en fait. Voilà donc une
21 activité qui est assez large. »

22 **Florian** : « Ça marche, pour continuer est ce que vous pourriez me citer une expérience qui
23 vous a particulièrement marqué avec un patient souffrant et qui a bousculé, entre guillemets,
24 vos représentations sur la douleur et votre façon d'appréhender le patient douloureux ? Cela
25 peut être avec vos patients, ou peut-être une expérience personnelle. »

26 **Chirurgien-dentiste B** : « Moi, je dirais, qu'il y a certains profils qui se recoupent aussi, donc
27 je te dirai certains patients qu'on peut recevoir en fait, qui ont une errance thérapeutique
28 incroyable. Parce qu'ils sont confrontés à une incompréhension globale et en général, quand ils
29 arrivent chez nous, ils ne sont pas en bout de course, mais on est leur dernière chance quoi.
30 Avec du coup associé à ces douleurs orofaciales qui ne sont pas forcément toujours
31 matérialisable. Qui ne sont pas toujours évident à comprendre pour nous d'ailleurs. Et un
32 contexte psycho-émotionnel qui est vraiment lourd chez certains patients, avec parfois des
33 comportements psychiatriques associés avec parfois des tentatives de suicide, des choses

34 comme ça qui du coup posent question sur l'implication en fait de ces douleurs orofaciales et
35 de leurs répercussions dans la vie quotidienne. En fait, parce que ce sont des patients qui n'ont
36 objectivement plus de vie. Ouais, c'est ça qui m'a interpellé surtout, c'est-à-dire le côté un peu
37 abstrait de la chose alors que l'on a un travail où quand il a une douleur, il y a une cause, quand
38 il y a une gêne, une cause, on peut le matérialiser, on peut le voir. Chez ces patients-là, c'est
39 assez difficile quand même. C'est le côté multifactoriel qui rend la chose difficile, un acte ne
40 permettra pas de résoudre à lui seul le problème en fait. Voilà je ne sais pas si cela répond à la
41 question. »

42 **Florian :** « C'est parfait, on va parler un petit peu plus spécifiquement de l'évaluation de ces
43 douleurs chroniques orofaciales maintenant. Comment vous les évaluez de façon générale ? »

44 **Chirurgien-dentiste B :** « Dans notre activité, ici ? »

45 **Florian :** « Ouai, dans votre pratique ici. »

46 **Chirurgien-dentiste B :** « On commence en général par un entretien, sans trop interrompre le
47 patient, du moins c'est surtout lui qui va nous expliquer pourquoi il vient, d'où il vient. Ah ça,
48 on va venir ajouter quand même une anamnèse médicale pour avoir des compléments
49 d'informations. Et ensuite, en fonction des informations qu'on aura récolté déjà dans cette
50 première discussion, on va associer des questionnaires. Questionnaires qui sont validés par la
51 littérature selon ce que l'on cherche à explorer plus en profondeur. Après on peut bénéficier
52 d'exams supplémentaires comme des radios, scanners, IRM. »

53 **Florian :** « Ok, du coup, pour remettre dans le contexte, il y a un peu de temps je suis venu une
54 matinée dans le service pour essayer de comprendre un petit peu comment ça marche le service
55 et du coup j'ai remarqué que vous vous intéressez particulièrement aux répercussions psycho-
56 émotionnelles de ces douleurs sur la qualité de vie du patient. Pourquoi c'est important pour
57 vous dans votre pratique d'évaluer ce versant de la douleur ? »

58 **Chirurgien-dentiste B :** « Pour l'aspect que j'évoquais un peu avant, le côté multifactoriel, ce
59 n'est pas le type de douleur ou le type de patient qu'on va avoir habituellement dans notre
60 consultation. Si le patient a une pulpite sur une dent, c'est facile fin on connaît tous la prise en
61 charge, elle est la même pour tout le monde à priori on la soigne et c'est terminé. Là ce sont des
62 patients où ce n'est pas aussi simple et encore une fois on n'a pas forcément l'élément
63 déclencheur de manière évidente. Donc, au travers de ces entretiens et de l'aspect psycho-
64 émotionnel il va avoir l'avant qui peut être déclencheur, et s'il ne l'a pas, il peut l'avoir
65 grandement favorisé. Après chez certains patients, ça va être un élément donné clé, même si
66 eux ne font pas forcément le lien qui va nous mettre la puce à l'oreille. Qui va dire que c'est

67 assez concomitant. Et ensuite chez la plupart c'est les répercussions, une fois les douleurs
68 installées. »

69 **Florian** : « Et ces éléments que tu dis concomitants là, ça peut être quoi par exemple ? »

70 **Chirurgien-dentiste B** : « Voilà. J'ai en fait un exemple d'une patiente pour laquelle on n'a
71 tout simplement pas trouver la solution et en fait les douleurs sont apparues, enfin selon elle,
72 les douleurs sont apparues à partir du moment où on lui a posé un implant. Objectivement
73 l'implant n'a rien nos critères cliniques, il a été confirmé par plusieurs personnes plusieurs fois,
74 vraiment tout allait bien. Et en fait, on a appris à force de discussions, puisque c'est rarement,
75 ils nous disent rarement comme ça d'office, en fonction des sujets, que son père était décédé
76 après cette période et il semblerait, alors c'est toujours au dire de la patiente, qu'elle ait eu des
77 relations particulièrement compliquées, voir des épisodes, je ne sais pas comment formuler,
78 mais des épisodes avec son père dans l'enfance, qui ne sont pas forcément très clairs. Donc est-
79 ce c'est le fait d'avoir un implant posé, un acte invasif, par un homme qui a déclenché le reste
80 ou c'est juste une grosse coïncidence. Voilà, c'est ce genre de chose qu'on va rechercher. Pour
81 expliquer après, pour le quotidien une fois les douleurs installées. Ben c'est plus essayer de voir
82 avec le patient comment on peut, dans leur vie au quotidien, leur apprendre à vivre avec, à
83 défaut de vivre sans, parce que ce que j'ai dit tout à l'heure qu'on ne trouve pas forcément les
84 réponses pour résoudre le problème. Mais essayer de vivre avec et que ce soit quelque chose
85 qui accompagne, en fait, qui fasse partie de leur vie, mais qui ne soit pas le centre de leur vie.
86 Donc ça peut être, comment par exemple, le matin au réveil de sa formation, ça va être très
87 douloureux, comment arriver à retrouver les bonnes sensations, les bons contacts occlusaux
88 avant de commencer la journée. Ou alors chez d'autres, ça va être les épisodes de stress, enfin
89 eux-mêmes pour les identifier les épisodes de stress comme déclencheur. Ça peut être par la
90 respiration, la méditation, du yoga, du sport. »

91 **Florian** : « Un traitement non médicamenteux ? »

92 **Chirurgien-dentiste B** : « Ouais voilà, ce qui leur convient à eux, puisque le traitement
93 médicamenteux est nécessaire et on n'est pas apte à le prescrire mais par contre on adresse.
94 Après ce sont mes convictions personnelles mais les médicaments enfin, l'allopathie telle qu'on
95 la connaît, je ne suis pas persuadé qu'elle soit la solution à tous les maux, mais ça n'engage que
96 moi. »

97 **Florian** : « Ok d'accord, et pour la prise en charge de ces douleurs chroniques, avec quels
98 professionnels de santé vous collaborez ? »

99 **Chirurgien-dentiste B** : « Alors pour le côté purement fonctionnel, le kiné. Le podologue et
100 l'orthoptiste, quand on dépiste des origines qui pourraient être autres que les dents, donc

101 postural ou ophtalmique. Éventuellement l'orthophoniste, si on suspecte des problèmes de
102 déglutition, ou des choses comme ça. L'orthodontiste, puisque ça peut aussi passer par des
103 malpositions dentaires. Donc ils vont permettre de retrouver des organisations et des contacts
104 plus favorables. Après tout ce qui passe par la psychothérapie, comme la psychologie, la
105 sophrologie, voilà. Je vous avoue très franchement, que je n'ai encore jamais adressé à un
106 ergothérapeute. Mais après, complètement, pourquoi pas. C'est juste que je ne vois pas ce qu'on
107 peut mettre en place ensemble pour l'instant. Ou je n'aie pas les bonnes représentations ce qui
108 est fort possible. Ce sont les principaux professionnels auxquels je pense là, dans l'immédiat.
109 Parfois des bilans des neurologues si nécessaire. »

110 **Florian** : « Dans les centres, structures spécialisées pour la douleur chronique, c'est ça ? »

111 **Chirurgien-dentiste B** : « Ouais, par exemple les centres antidouleurs typiquement, et puis
112 aussi tout le versant qui est lié au sommeil donc dans ce cas-là, chez certains patients on fait
113 des explorations avec le médecin du sommeil. Et puis après ils nous reviennent de toute façon
114 comme c'est qui posons les gouttières s'ils en ont besoin. »

115 **Florian** : « Ok d'accord, maintenant on va parler un petit peu plus de l'impact de ces douleurs
116 sur la vie quotidienne. Dans quelle mesure ces douleurs chroniques orofaciales impactent la
117 qualité de vie d'une personne selon vous ? »

118 **Chirurgien-dentiste B** : « Ouais, je peux rapporter uniquement ce que les patients m'ont dit,
119 quoi que ça m'arrive. En quoi ça les impacts ? Ben, souvent ça, les impacts au quotidien dans
120 l'alimentation. Puisqu'il y a un grand nombre d'aliments qu'ils éliminent en fait, tout ce qui
121 demande un effort, tout ce qui est dur, etc. Ils le mettent eux-mêmes de côté. Bah ce sont des
122 patients. Pardon qui ne mange plus de chewing-gum, plus de viande, clairement ils oublient,
123 le pain ils oublient. Il y a quand même beaucoup de choses, quand on mange en groupe, quand
124 tu vas au restaurant ou quoi, ça implique à chaque fois de réfléchir à ce qu'on ce qu'on choisit.
125 Je pense que c'est déjà une charge mentale supplémentaire. Au-delà de ça, la douleur chronique
126 en elle-même occupe une partie de la pensée au quotidien donc ça fait de la charge mentale,
127 donc rien que ça c'est impactant. Associé à ça le manque de sommeil puisque le lien entre la
128 douleur et le sommeil, on le connaît. Donc en fait un cercle vicieux qui s'entretient. Pour
129 certains quand il y a la vie de famille associée, etc. C'est faire comprendre aux conjoints ou
130 enfants, au reste de la famille que ok ça ne se voit pas forcément, mais ça existe. Qu'il y a
131 certains jours où vous serez moins opérationnel pour faire tout ce qui vous est normalement
132 attribué. Pour moi c'est ça principalement. »

133 **Florian** : « Ok, on va parler un petit peu de la collaboration avec l'ergothérapeute. Comme vous
134 ne connaissez pas trop, je vais vous expliquer un petit peu rapidement la raison de cette

135 profession paramédicale. L'ergothérapie s'intéresse à l'occupation, alors il ne faut pas le
136 comprendre au sens français du terme, c'est à dire on s'occupe quand on s'ennuie, mais plutôt
137 au sens anglophone, c'est à dire à l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne
138 auxquelles les personnes accordent une valeur et une signification d'accord. Ça peut être des
139 rôles sociaux, familiaux, tout ça. Donc concrètement, l'ergothérapeute aide les personnes à
140 réaliser leurs activités qui sont importantes pour elle. À ce jour, les douleurs chroniques
141 orofaciales représentent un domaine peu étudié en ergothérapie. Et encore moins dans la
142 pratique puisque ça ne représente pas un champ d'intervention pour l'ergothérapeute. Donc,
143 comme on l'a vu au travers de vos évaluations, le chirurgien-dentiste s'intéresse à l'impact
144 psycho-émotionnel des douleurs orofaciales sur la qualité de vie du patient ? D'après vous, quel
145 rôle pourrait avoir l'ergothérapeute dans l'évaluation de ces douleurs ? En complémentarité de
146 l'évaluation du chirurgien-dentiste. »

147 **Chirurgien-dentiste B :** « C'est une très bonne question. J'associe l'ergothérapie plus au
148 handicap vraiment très lourd, au handicap moteur, donc je ne sais pas. Après, si c'est dans votre
149 champ de compétence, peut-être apprendre de nouvelles techniques pour manger, mais en
150 même temps, c'est aussi un peu notre rôle de leur expliquer quand c'est l'alimentation qui pose
151 un problème. Peut-être enfoncer le clou sur les conseils que l'on peut avoir en thérapie
152 cognitivo-comportementale que l'on peut mettre en place avec nos patients. Mais sinon je ne
153 sais pas. »

154 **Florian :** « Pas de soucis, c'est intéressant comme question même si c'est compliqué pour vous
155 de répondre, cela me permet de voir un petit peu les représentations des praticiens sur le métier
156 d'ergothérapeute et vice-versa pour les ergothérapeutes. Du coup maintenant on va parler un
157 petit peu du raisonnement clinique. D'après votre expérience, la prise en charge des douleurs
158 chroniques orofaciales relèvent plutôt de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? »

159 **Chirurgien-dentiste B :** « Est-ce qu'on peut définir la différence entre les deux termes ? »

160 **Florian :** « La pluridisciplinarité, ce sont plusieurs professionnels qui travaillent séparément
161 autour du patient pour une problématique, alors que l'interdisciplinarité, au lieu que ce soit
162 plusieurs professionnels qui travaillent séparément, chacun de leur côté, c'est plusieurs
163 professionnels qui mettent ensemble leur réflexion pour favoriser une prise en charge globale
164 autour du patient d'accord et apporter une réponse toujours plus adaptée et cohérente aux
165 symptômes du patient. »

166 **Chirurgien-dentiste B :** « Donc je dirais que pour l'instant on travaille en pluridisciplinarité
167 dans ce domaine-là. Enfin, dans notre service en tout cas, mais je pense que ce serait un réel
168 apport de pouvoir travailler en interdisciplinarité et c'est de plus en plus ce qu'on développe au

169 sein de notre service, mais dans d'autres domaines en fait. Donc non au contraire, je trouverai
170 ça super de pouvoir avoir, je ne sais pas, alors peut-être pas tous les mardis comme c'est le jour
171 de la consultation mais une fois par mois on fait un staff tous ensemble et il y a un représentant
172 de chaque profession qui intervient et que chacun, effectivement, viennent donner des idées ou
173 son point de vue. Sinon on resterait fermé dans nos schémas et dans ce qu'on a appris. Chacun
174 dans son regard, va regarder quelque chose en premier parce qu'il a été un peu formaté comme
175 ça entre guillemets. Même si c'est vrai que sur la prise en charge des douleurs orofaciales donc
176 ce que le Docteur Destruhaut, le Docteur Hennequin, le Docteur Champion que vous connaissez
177 ont mis en place, c'est vraiment ce côté : essayer de repenser nos habitudes, de repenser nos
178 représentations justement et essayer de prendre le patient dans son ensemble et pas arrivé bon
179 ok on ouvre la bouche, on regarde vos dents. Ce qui est le plus clair de notre activité ici, et c'est
180 comme ça qu'on est formé. Au départ, s'il y a un problème c'est dentaire. Non je pense que le
181 côté déconstruire c'est intéressant et que ce sera encore plus renforcé si on avait des échanges
182 comme ça. Après pour la fréquence ce serait à évaluer selon le besoin aussi mais je suis pour. »

183 **Florian** : « Ok, alors même si vous n'avez pas une idée très précise de ce qu'est l'ergothérapie
184 et de ses missions et tout ça, est ce que son évaluation en complémentarité de la vôtre pourrait
185 orienter le raisonnement clinique autour du patient ? »

186 **Chirurgien-dentiste B** : « Certainement, oui. Très certainement, parce que vous avez, enfin je
187 suppose, d'autres réflexes, d'autres habitudes sur comment adapter les choses pour les patients,
188 comment les accompagner en fait, alors que nous, on va plus être du côté, poser le diagnostic,
189 même si on essaie de les accompagner et de d'adresser, mais on reste enfermé dans notre service
190 géographiquement et on envoie le patient à l'extérieur. Après il y va, il n'y va pas, à tout moment
191 il se perd. Donc rien que pour ça il y a de quoi je pense. »

192 **Florian** : « Ok très bien, on a fini la trame d'entretien, est-ce que vous voulez, par exemple que
193 je vous explique un petit peu plus ce que c'est l'ergothérapie du coup, et peut-être que vous
194 aurez d'autres éléments qui vous viendront en tête ou de nouvelles idées ? »

195 **Chirurgien-dentiste B** : « Oui oui avec plaisir. »

196 **Florian** : « Du coup, je vous explique selon un modèle d'intervention qu'on utilise, on
197 commence avec une phase d'évaluation où on va essayer d'établir un petit peu le profil
198 occupationnel de la personne, c'est à dire toutes les activités qui ont du sens pour elle et qu'elle
199 n'arrive pas à faire ou qu'elle aimerait faire à cause de sa situation de handicap. En ergothérapie,
200 on travaille de la petite enfance à la personne âgée dans plein de domaines, sur la santé mentale,
201 la rééducation et le lieu de vie. Et on passe par plusieurs stratégies d'intervention pour réduire
202 ces problématiques, il peut avoir de la rééducation, la rééducation motrice, sensorielle,

203 cognitive. Par exemple dans les centres de médecine physique et de réadaptation avec des
204 personnes qui ont fait des AVC. Après on va avoir la compensation avec des aides techniques
205 ou de l'aménagement du domicile. Ensuite on peut avoir aussi de l'éducation avec l'éducation
206 thérapeutique du patient. Je ne sais pas si vous en faites, mais c'est un axe également très
207 important puisqu'on au patient la possibilité d'avoir un impact sur sa vie. Et enfin l'acquisition
208 de nouvelles habilités pour pouvoir faire ce qu'on ne peut plus faire parce que du coup on est
209 limité par, ça peut-être des choses comme un déficit d'amplitude, ça peut être plein de choses
210 comme ça qui font qu'on ne peut plus faire les activités qui ont du sens pour nous et du coup
211 c'est problématique. Il y a les activités de la personne d'un côté mais aussi ses rôles sociaux, il
212 y a la sphère professionnelle de la personne, la sphère familiale. Finalement c'est prendre la
213 personne dans sa globalité pour essayer d'avoir une prise en charge qui est centrée sur elle.
214 Voilà je ne sais pas si cela t'aide j'ai essayé d'être concis. »

215 **Chirurgien-dentiste B** : « Ouais, mais du coup, l'éducation thérapeutique oui, on essaye aussi
216 de le mettre en place clairement. Mais je comprends par exemple sur un AVC, sur l'accident de
217 la route, ce genre de chose encore une fois, qui sont tangibles en fait où la personne arrive plus
218 à lever le bras, elle arrive plus à marcher ou c'est difficile de se retourner, on peut mettre des
219 choses en place au quotidien en adaptant ce qu'il va utiliser, l'environnement mais je n'arrive
220 pas à l'extrapoler aux douleurs orofaciales. »

221 **Florian** : « D'accord ok, et juste sur le versant évaluation, est-ce que du coup d'avoir cette
222 évaluation, en complémentarité, est-ce que ça vous aidera peut-être à affiner votre prise en
223 charge autour du patient et de ses problématiques ? »

224 **Chirurgien-dentiste B** : « Oui, je l'imagine assez facilement par contre sur la première partie
225 de l'explication, sur le schéma occupationnel du patient, parce que ce sont des choses qu'on n'a
226 pas forcément nous trop, trop l'habitude d'évaluer. Et je pense que ça serait hyper intéressant
227 pour adapter en fait le discours et même la manière dont va présenter la pathologie en elle-
228 même aux patients pour directement se mettre sur son canal à lui, et lui proposer des choses qui
229 soient directement sur son mode occupationnel à lui parce qu'il y a certains patients qui je
230 pense, vont avoir besoin d'être ultra acteur, alors que d'autres auront moins ce besoin et
231 attendront peut-être plus de nous pour qu'on trouve les solutions pour eux. Donc rien que pour
232 ça ce serait intéressant et sur les activités qu'on peut proposer parce que en fait il y a plusieurs
233 patients c'est vrai je me rends compte qu'on discute avec eux, on leur dit : « ah vous pourriez
234 faire de la méditation ou de l'hypnose » ou quelque chose comme ça et ils me répondent : « ah
235 non mais ça ce n'est pas pour moi c'est trop calme ou c'est trop ci ». Et finalement, bon, c'est
236 vrai que nous de base, ce n'est pas trop notre formation quand même de discuter de tout ça,

237 alors on est sensibilisé, on a des introductions quoi, si je puis dire, mais ça s'arrête là après.
238 Quand il me dit ça, je suis un peu embêté, trouvez un truc qui vous plaît, si vous aimez courir
239 bah aller courir. Et pour le côté aussi, enfin, l'aspect qui s'intéresse aux rôles sociaux et à
240 l'environnement parce que le fait que ce soit non visible est un des gros problèmes chez certains
241 patients, et aussi tous les rôles sociaux, effectivement on a des femmes à cette consultation et
242 qui disent : « bah en fait moi les douleurs elles arrivent à 17h quand mes enfants rentrent de
243 l'école et que à 19h mon mari arrive et je sais que tout va s'enchaîner jusqu'à l'heure du coucher.
244 De toute façon avec mon mari, ça ne se passe pas bien ». Ok, alors je ne sais pas comment ça
245 se passe pour mes collègues, mais je trouve qu'on est dépourvu parce que, qu'est-ce que vous
246 voulez lui dire ? « Rendez vos enfants et séparez-vous ». Non, objectivement ce n'est pas la
247 solution qu'elle attend quoi. Alors après, on a beau leur dire d'essayer de trouver une autre
248 organisation, mais en vrai ce n'est pas aussi simple, ça fait peut-être 25 ans qu'elle vit comme
249 ça, j'ai l'âge d'être sa fille, je ne peux pas exactement lui expliquer comment réorganiser sa vie
250 de famille. Donc est-ce que par là il y a d'autres moyens, manières d'approches et
251 d'accompagnements, je ne sais pas si ça dépasse votre sphère mais auquel cas je trouve ça super
252 intéressant. Je pense qu'on n'est pas armé pour et d'autre part on n'a honnêtement pas toujours
253 le temps même si on accorde beaucoup de temps à ces patients là et à ces consultations faut
254 qu'on passe à autres choses. Il y a quand même des gens derrière. Et encore une fois, ce sont
255 des conseils qui vont rester dans l'enceinte du cabinet dentaire, on n'a pas de légitimité
256 derrière. »

257 **Florian** : « A aller sur le lieu de vie de la personne et l'évaluer dans son contexte de vie. »

258 **Chirurgien-dentiste B** : « Exactement, on n'a pas les clés concrètement pour l'aider et voir
259 comment elle peut gérer la relation avec son fils qui ne veut plus lui parler, après c'est un
260 exemple parmi tant d'autres. Je pense qu'il y a vraiment quelque chose à faire, après sous quelle
261 forme je ne sais pas mais je pense que c'est intéressant et même pour nous ce serait intéressant
262 de voir, à défaut de le faire par curiosité comment on peut amener les patients à prendre les
263 choses sous un autre angle ou à trouver des occupations qui leur fasse oublier ou apprendre à
264 vivre avec du moins leur douleur. Je ne sais pas si cela aide ou répond. »

265 **Florian** : « C'est très bien je vous remercie, on a terminé du coup, est-ce que vous avez des
266 éléments à ajouter pour compléter vos réponses ou qu'on n'aurait pas abordé ? »

267 **Chirurgien-dentiste B** : « Non, après que c'est un domaine qui est amené à être plus connu, ça
268 c'est certain. Mais là, je parle même pour chez nous clairement, il y a encore trop peu de
269 dentistes qui dépistent et qui orientent donc l'errance thérapeutique on en est aussi responsable.
270 Après, est-ce que le fait de de créer des sortes de partenariat comme ça qui soient plus visibles,

271 ça aiderait aussi les dentistes à diagnostiquer et à parler parce que peut être, c'est une hypothèse,
272 que chez certains il y a l'angoisse ou le stress de se dire : « ok mais si je commence à en parler,
273 si je commence à me lancer là-dedans après il faut que je gère et je n'ai pas le temps de gérer
274 ça au cabinet ». Nous, au service on travaille dans un milieu hospitalier, donc on n'a pas non
275 plus les obligations d'un cabinet, donc, est-ce que si on avait des partenariats comme ça qui
276 était vraiment très fléché et très évident, il y aurait aussi cette facilité, entre guillemets, de dire :
277 « ok, je vous diagnostic ça mais il y a des gens qui vont pouvoir prendre le relais pour vous
278 accompagner, tout ne va pas reposer sur moi ». »

279 **Florian** : « Super, mais merci d'avoir répondu aux questions. »

280 **Chirurgien-dentiste B** : « Avec plaisir, bon courage pour votre travail. »

Annexe n°30 : Verbatim de l'entretien avec le chirurgien-dentiste C

1 **Florian** : « Bonjour, on se retrouve dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, le
2 mémoire. Et plus spécifiquement autour de l'évaluation des douleurs chroniques orofaciales.
3 Du coup, l'entretien va me permettre d'éclaircir ma question de recherche et à la fin de
4 l'entretien, je vous proposerai une question autour de la collaboration avec l'ergothérapeute.
5 L'ergothérapeute est un professionnel de santé paramédical qui utilise l'activité comme thérapie
6 pour permettre aux personnes en situation de handicap de réaliser leurs activités de vie
7 quotidienne de manière autonome, efficace et sécurisée. Donc, dans un premier temps, on va
8 parler de de votre parcours professionnel, de votre expérience et de vos représentations sur la
9 douleur. Ensuite, on parlera un petit peu plus précisément de l'évaluation des douleurs
10 chroniques orofaciales et de leur impact sur la vie quotidienne et ensuite on parlera de la
11 collaboration avec l'ergothérapeute et on finira sur une partie sur le raisonnement clinique. »

12 **Chirurgien-dentiste C** : « Très bien. »

13 **Florian** : « Du coup dans un premier temps, est ce que vous pouvez me parler de votre parcours
14 professionnel ? »

15 **Chirurgien-dentiste C** : « Ok, bah moi je suis chirurgien-dentiste. Je m'intéresse aux
16 dysfonctions de la mâchoire, dysfonctions temporo-mandibulaires, depuis une vingtaine
17 d'années environ, j'ai fait ma thèse en 2005, j'ai suivi un enseignement d'occlusodontologie
18 pendant ma formation initiale avec le professeur André Darthez que j'ai suivi également lors
19 de ses consultations hospitalières. J'ai passé ma thèse en occlusodontologie avec lui en février
20 2005. Et ensuite j'ai réalisé un diplôme universitaire d'occlusodontologie, c'est-à-dire de
21 problèmes de mâchoires que j'ai commencé en 2005 et que j'ai fini en 2007 voilà, donc c'est
22 ma spécialité entre guillemets avec les douleurs et la mâchoire. Ensuite j'ai été attaché au
23 diplôme universitaire d'occlusodontie de 2007 à 2011. En 2011 j'ai mené une étude clinique
24 sur des patients, sur la douleur, le serment dentaire actif. Et ensuite, j'ai une activité libérale
25 depuis 2003-2004 et je suis installé à Cahors depuis 2008 en libéral 4 jours par semaine. C'est
26 une activité libérale portée sur la réhabilitation de l'appareil manducateur en particulier,
27 occluso-chirurgicale prothétique un peu complexe on va dire, de grande étendue. Et depuis
28 2015, alors j'ai passé aussi d'autres diplômes, diplôme de recherche clinique, diplôme de
29 biologie de la bouche, diplôme de prothèse fixée. Puis 2015, avec mon collègue, le docteur
30 Destruhaut et moi avons refondé l'enseignement d'occlusodontologie, de la prise en charge de
31 la douleur et dysfonctions des mâchoires au sein de la Faculté à Toulouse de chirurgie dentaire.
32 Et en 2017, on a refondé le DU qui avait disparu. Et donc voilà, je suis enseignant, ça peut être
33 acceptée et j'enseigne auprès des 5^e et 6^e années principalement, un peu 3^e et 4^e années et surtout

34 en 3^e cycle j'encadre des thèses en occlusodontologie chaque année et des mémoires au sein du
35 DU. Et j'ai participé à l'écriture d'un certain nombre d'articles nationaux, principalement.
36 Quelques internationaux, moins. Vous allez avoir une trentaine d'articles quelque chose comme
37 ça. Et j'ai fait des conférences nationales et quelques conférences internationales, une trentaine
38 aussi depuis une dizaine d'années. Si je devais me définir, aujourd'hui en pratique libérale, j'ai
39 une activité chirurgicale en implantologie, prothèse et à l'hôpital essentiellement axée sur la
40 douleur, la prise en charge de la douleur, de la dysfonction. Voilà je pense qu'on peut dire que
41 je suis un spécialiste de la douleur, de la structure de la mâchoire et de la réhabilitation. Voilà. »

42 **Florian** : « Super, du coup maintenant est-ce que vous pourriez me citer une expérience qui
43 vous a particulièrement marqué avec un patient souffrant et qui a bousculé vos représentations
44 sur la douleur et votre façon d'appréhender le patient douloureux ? »

45 **Chirurgien-dentiste C** : « Ouais, plusieurs. Alors au sein de mon DU j'avais une patiente qui
46 avait été à mon avis abusivement pris en charge par un chirurgien maxillo-faciale d'un point de
47 vue et je pense qu'il n'est pas infondé. Il avait réalisé un traitement très invasif au niveau de
48 l'articulation temporo-mandibulaire et c'était compliqué d'avoir accès au compte rendu
49 opératoire. On a eu accès à plusieurs versions de contrôle opératoire et je pense que le praticien
50 avait fait une erreur mais sans vraiment arriver à la trouver. Et nous on avait cette patiente à
51 prendre en charge, elle avait des douleurs excessivement violentes et à traverser des épisodes
52 pratiquement suicidaires. On était très démuni par rapport à ça. J'avais proposé une prise en
53 charge pharmacologique orthopédique avec une gouttière de l'électrostimulation transcutanée,
54 c'était compliqué de la prendre en charge. J'avais amélioré un peu sa situation mais j'avais pu
55 constater vraiment à quel point ça pouvait impacter la vie sociale, personnelle, professionnelle
56 du patient jusqu'à l'amener à une résolution. Heureusement, elle n'est pas passé à l'acte. Mais
57 voilà, ça m'avait beaucoup marqué. Et puis, un autre patient que j'ai vu à mon cabinet avec des
58 douleurs excessivement invalidantes de la mâchoire avec pareil on va dire, des pulsions
59 pratiquement suicidaires, en me disant : « je ne vais jamais arriver à tenir » et je lui dis : « si on
60 va y arriver, on va y arriver ». Et puis on avait réussi à passer le cap des poussées algiques très
61 fortes. On a réussi à le stabiliser et puis, je l'avais revu quelques années après. En fait, il ne
62 portait plus la gouttière parce qu'il s'était rendu compte que le problème venait de lui et de sa
63 conception de la douleur. Il avait commencé une psychothérapie, une psychanalyse avec un
64 praticien qui l'avait beaucoup aidé. Il est revenu me voir pour que je lui fasse une autre gouttière
65 encore bien des années plus tard pour je dirais le stabiliser, il avait des phases excessivement
66 algiques avec des douleurs à 9/10 pendant des semaines, et quand on a mal comme ça toute la
67 journée, toute la nuit, on se réveille le matin on a mal, on part au travail on a mal, sa femme dit

68 qu'elle en a marre aussi, l'entourage familial en a marre d'entendre que le patient souffre et c'est
69 très compliqué pour eux. J'ai quelques patients comme ça, une patiente qui avait des vertiges
70 très important et quand je lui ai bien réglé la gouttière, elle n'avait plus aucun vertige. Et quand
71 elle revenait me voir pour me dire : « je sens que ça a bougé, je me casse à nouveau la figure »
72 et à chaque fois je me disais : « oh elle exagère ». Quand je l'ai réexaminé elle avait raison à
73 chaque fois l'occlusion avait bougé, ça m'avait sidéré, ce n'était pas une fois deux fois, mais
74 une dizaine de fois et à chaque fois l'occlusion changeait, ce qui m'avait perturbé. Il y avait des
75 douleurs, des gênes mais aussi des pertes d'équilibre qui avaient un impact sur la vie
76 quotidienne. J'ai réussi à stabiliser cette patiente au bout de 8 ans, la prise en charge était très
77 longue. J'ai vu un patient à un congrès aussi, que je n'ai pas rencontré personnellement sur les
78 douleurs, les algies vasculaires de la face. On m'avait dit en cours quand j'étais en 2^e cycle, que
79 c'était probablement la pire douleur qu'un homme puisse avoir à subir. Et un jour, j'ai une
80 conférence d'une praticienne en Suisse qui nous a dit, on était une centaine dans l'amphithéâtre,
81 c'était à Barcelone. Elle a dit : « ceux qui veulent sortir peuvent sortir, les autres peuvent rester,
82 mais ça va être difficile ». J'étais resté et il y avait un patient qui avait des algies vasculaires de
83 la face, qui sont des douleurs excessivement intenses avec des larmoiements de l'œil
84 unilatéraux, comme la douleur d'ailleurs, à des gonflements de la paupière, et le patient
85 véritablement se tape la tête contre les murs et il y a des phases où les patients sentent que la
86 douleur arrive, on appelle ça des prodromes et il avait allumé la caméra pour que la praticienne
87 puisse montrer à ses collègues ces douleurs, montrer à quels points c'est douloureux dans le
88 cadre du congrès. Et rien que d'y penser, je suis encore ému des années après. Et à la fin de la
89 vidéo elle nous dit : « vous voyez ce que sont les douleurs orofaciales maintenant ». Et cette
90 vidéo m'avait profondément marqué, voilà. »

91 **Florian** : « D'accord, on va passer maintenant à l'évaluation des douleurs chroniques
92 orofaciales plus spécifiquement. Au sein du service d'occlusodontie comment vous évaluez ces
93 douleurs à partir de la première consultation de façon générale ? »

94 **Chirurgien-dentiste C** : « Ouais, alors la plupart du temps, le motif de la consultation, c'est la
95 douleur. Plus de 3 fois sur 4, c'est la douleur. Ils viennent rarement parce qu'ils ont une
96 articulation qui claque ou voilà ils viennent parce qu'ils ont mal, et la plupart du temps, ils ont
97 mal depuis longtemps parce qu'il y a une forme d'errance diagnostique et thérapeutique. Donc
98 ils ont mal et c'est vraiment des douleurs chroniques, on va rarement prendre en charge des
99 douleurs aiguës puis de toute façon les délais de consultations font que si la douleur est aiguë
100 quand ils prennent rendez-vous, elle est devenue chronique au rendez-vous. Alors on l'évalue,
101 d'abord en leur demandant, on les écoute, l'entretien peut être assez long. On leur demande où

102 ils ont mal, quelle est la caractéristique de ces douleurs, si ce sont des douleurs spontanées,
103 accentuée par la fonction, par autre chose, unilatéral, bilatéral, on demande de localiser
104 l'endroit, de scorer de 0 à 10 où est-ce qu'ils ont mal, on leur demande de montrer l'endroit.
105 Nous on fait des tests de provocation à la douleur en appuyant sur ces zones pour voir si on
106 arrive à majorer la douleur ou à déclencher la douleur par manipulation. On peut utiliser des
107 questionnaires aussi, on a des questionnaires dans le cadre du protocole qu'on appelle DCTMD
108 (Diagnostic Criterial for Temporo-Mandibular Disorders) qui est validé à l'international. On
109 demande au patient de montrer lui-même où est-ce qu'il a mal. Et on est surpris parfois parce
110 qu'il nous montre des douleurs qu'il ne nous avait signalé à l'entretien. Ensuite, on peut utiliser
111 tous les questionnaires sur la douleur chronique qu'on appelle le GCPS (Graded Chronic Pain
112 Scale) qui est un questionnaire validé aussi et dont la traduction a été validé également à
113 l'international. C'est à peu près tout pour la douleur. Après on a d'autres questionnaires, il y a
114 une partie de la douleur qui est somatique, une partie cognitive, une partie émotionnelle et une
115 partie comportementale. On a déjà parlé de la partie somatique du coup, après on essaye d'avoir
116 une évaluation psycho-émotionnelle du patient parce que les statuts d'anxiété, de dépression,
117 de catastrophisations majorent les douleurs, le ressenti de ces douleurs. Alors on a des
118 questionnaires dédiés lorsque l'on veut évaluer ça. On a le GAD-7 pour l'anxiété, le PHQ 7-9
119 et 15 pour la dépression, on utilise le PHQ 9 la plupart du temps. Voilà ce qui permet d'avoir
120 une évaluation psycho-émotionnelle du patient quand on n'est pas spécialiste de ça, parce que
121 ça a un impact sur le diagnostic et surtout, ça a un impact sur le pronostic de ces douleurs que
122 les patients qui ont des douleurs sur de l'anxiété, de la dépression, ils ont plus de douleur le
123 mois suivant et les patients qui ont moins d'anxiété et de dépression ont moins de douleur le
124 mois suivant. C'est un impact aussi sur la prise en charge, voilà on essaye de l'évaluer comme
125 ça la douleur. »

126 **Florian** : « Ok, pour continuer je suis venu une fois une matinée au service d'occlusodontie
127 pour justement m'intéresser à votre travail et j'ai remarqué du coup comme vous l'avez dit que
128 vous vous intéressez particulièrement aux répercussions psycho-émotionnelles des douleurs
129 chroniques orofaciales sur le patient. Pourquoi c'est important pour vous, dans votre pratique,
130 d'évaluer ce versant de la douleur ? »

131 **Chirurgien-dentiste C** : « Pourquoi on s'intéresse à ça, parce que c'est important dans le
132 diagnostic comme on l'a dit, nous on a des classifications des DTM, dysfonctionnements
133 temporo-mandibulaires, il y a une dizaine de pathologies communes on va dire, et puis après il
134 y a des pathologies plus rares. Ça, c'est ce qu'on appelle l'axe 1, donc on porte un diagnostic sur
135 l'axe 1 et après il y a l'axe 2 qui est l'évaluation psycho-émotionnelle qui vient majorer ses

136 douleurs ou compliquer sa prise en charge donc pour affiner le diagnostic et affiner la prise en
137 charge et le pronostic c'est important de d'évaluer ça. On peut être amené à référer d'ailleurs ces
138 patients auprès de praticiens qui sont spécialisés dans la prise en charge par exemple des
139 psychologues, des psychiatres, des sophrologues, on peut être amené aussi à faire de prise en
140 charge avec des hypnothérapeute. Voilà ce genre de chose. »

141 **Florian** : « D'accord, et du coup pour continuer dans ce sens avec quels professionnels de santé
142 vous collaborez pour la prise en charge de ces douleurs orofaciales ? »

143 **Chirurgien-dentiste C** : « Alors, nos principaux interlocuteurs sont les kinésithérapeutes
144 maxillo-faciaux. C'est à dire que quand on a des douleurs orofaciales avec des composantes
145 musculaires, des contractions musculaires, des contractures, des spasmes, les kinés maxillo-
146 faciaux, c'est une branche particulière de la kinésithérapie, sont très efficaces pour ça d'une
147 certaine manière. Donc on s'appuie énormément sur eux quand il y a des composantes
148 articulaires aussi et donc eux ils font des manipulations manuelles, ils font des levés de tension
149 et il faut aussi de l'apprentissage d'auto-exercice par le patient ce qui participe aussi à rendre le
150 patient autonome de sa prise en charge, ça c'est très intéressant, parce que je vais laisser penser
151 aux patients que sa prise en charge pour être uniquement passive, c'est-à-dire accueillir
152 uniquement des soins sur la sur la partie dentiste, kiné ou n'importe quel autre professionnel, il
153 faut qu'il participe à son traitement, à la prise en charge et donc les kinés font l'apprentissage
154 de ces mouvements. Ils font aussi du renforcement cognitif au patient, ils leur disent : « ça va
155 aller mieux, ça va aller de mieux en mieux ». Ils font aussi de l'éducation thérapeutique,
156 d'enseigner aux patients qu'il ne faut pas serrer les dents, il ne faut pas avoir des attitudes au
157 niveau de la mâchoire, donc ce renforcement est très important. On travaille avec des
158 hypnothérapeutes dans le service. On a un praticien de l'hypnothérapie et aussi de
159 l'apprentissage de l'autohypnose avec la même pensée concernant l'autonomisation des patients,
160 c'est formidable. On s'appuie aussi sur les ostéopathes, il y en a un qui vient parfois et on lui
161 adresse des patients à l'Institut d'Ostéopathie Toulousaine, on a une convention entre la Faculté
162 Dentaire et l'Institut d'Ostéopathie, on a des étudiants qui vont là-bas, et on reçoit des étudiants
163 en ostéopathie dans notre service. Pour nouer des liens avec les professionnels de santé, avec
164 les kinés d'ailleurs, je vais faire des cours avec le Dr Destruhaut dans le cadre du DU en
165 formation initiale, en 4^e année, comme en formation continue d'ailleurs. On nous des réseaux
166 de soins mais aussi des réseaux d'enseignement pour parler le même langage et favoriser les
167 communications interprofessionnelles. On a des liens aussi avec les podologues, c'est plus le
168 cas de mes collègues spécialisés en occlusodontologie neuromusculaire, des orthoptistes aussi
169 lorsque le capteur podal ou visuel interfère dans la prise en charge. On peut avoir des liens

170 avec des psychologues, des psychiatres éventuellement, des neurologues assez souvent dans le
171 cadre de diagnostic différentiel de douleurs orofaciales à titre de neuropathie, algie vasculaire
172 de la face, névralgie d'Arnold. On a des liens avec les ORL dans le cadre de trouble vestibulaire
173 de l'équilibre, d'acouphènes. On a des liens avec les médecins du sport ou avec les
174 posturologues également dans le cas de syndrome posturo-globaux liés à des dysfonctions.
175 Donc ça fait pas mal de professionnels de santé. Et surtout voilà les liens d'enseignement dans
176 le cadre de profession de santé sur l'ostéopathie, la kinésithérapie. »

177 **Florian** : « Très bien merci, du coup maintenant on va parler un petit peu plus de l'impact de
178 la douleur chronique orofaciale sur la vie quotidienne. Dans quelle mesure ces douleurs
179 impactent la qualité de vie d'une personne ? »

180 **Chirurgien-dentiste C** : « De plusieurs manières, d'abord d'un pont de vue fonctionnel puis
181 d'un point de vue algique. On a une échelle qui évalue l'impact fonctionnel, je ne sais plus
182 comment elle s'appelle mais dedans vous avez : « Jusqu'à quel point avez-vous été gêné pour
183 manger du poulet ? Jusqu'à quel point avez-vous été gêné pour manger un aliment très cuit ?
184 A quel point avez-vous été gêné pour manger quelque chose de dur ? Jusqu'à quel point avez-
185 vous été gêné pour sourire ? Pour avoir une expression heureuse ? ». On a des questionnaires
186 qui évaluent ça, on a des patients, quand on les interroge on n'a pas la réponse, parfois on est
187 surpris de la réponse et ils peuvent rapporter effectivement avoir des gênes pour sourire, être
188 heureux, pour chanter, pour bailler, pour avoir une conversation normale avec quelqu'un.
189 L'appareil manducateur, la bouche, ça sert à sourire, à parler, à manger, à la préhension, à
190 attraper, à respirer. On a des patients qui peuvent être anxieux, ça sert à l'élocution, ça sert à
191 l'ancrage cervico-céphalique, au sport, essayez par exemple de soulever une charge lourde, très
192 lourde, en ouvrant la bouche vous allez avoir beaucoup de mal. Donc ça peut les gêner pour
193 porter du poids, pour avoir une activité physique. Cela peut les gêner dans la vie
194 professionnelle, pour avoir des entretiens, pour gérer une équipe, cela peut les gêner pour les
195 loisirs, pour chanter par exemple. Evidemment il y a l'alimentation aussi. Puis vis-à-vis de la
196 douleur, ils peuvent être gêné dans l'impact psychologique de la douleur, quand vous vous
197 levez le matin vous avez mal, vous allez voir le médecin, personne ne trouve ce que vous avez,
198 on vous propose des solutions mais qui sont partiellement opérantes. Quand vous passez toute
199 la journée à avoir mal, quand vous vous couchez vous avez mal, au réveil vous avez mal, bah
200 en fait c'est toute votre vie personnelle, professionnelle, sociale, également dans votre famille
201 où votre femme, vos enfants, votre mari en ont marre d'entendre que vous avez mal. Je vais
202 vous raconter une conférence à Auch, il y avait quarante personnes dans la salle, et il y avait
203 un questionnaire, la dernière question c'était : « Avez-vous déjà que vous seriez mieux

204 mort ? ». Et là, les gens rigolent un peu dans la salle parce que ça paraît un peu exagéré. Et il y
205 avait un praticien au fond de la salle qui était resté debout qui a dit : « Vous ne devriez pas rire,
206 vous ne savez ce que c'est d'avoir tout le temps mal, de se lever et de se coucher avec la douleur,
207 d'avoir mal quand on va travailler au cabinet, prendre en charge des patients en ayant mal en
208 permanence ». Ce qui avait laissé un gros blanc dans la salle, donc oui on peut penser parfois
209 qu'on serait mieux mort mais on ne passe pas à l'acte même si on peut y penser, et je vous
210 assure que les quarante praticiens qui ont suivi la conférence d'une attention extrême jusqu'à
211 la fin parce qu'ils avaient vraiment compris l'impact que pouvait avoir, parfois pas toujours,
212 les douleurs orofaciales chez ces patients. Le visage, la face, c'est la dimension anatomique de
213 de cette partie du corps. Mais le visage, c'est la dimension sociale, culturelle, psychologique.
214 Et donc c'est plus qu'une jambe quoi. C'est plus qu'une main, c'est l'outil préférentiel
215 d'interactions avec les autres. En fait, au-delà de la partie somatique, c'est toute la partie
216 interaction, qui est touchée dans ces douleurs orofaciales chroniques. C'est vraiment un organe
217 qui est pas du tout comme les autres. »

218 **Florian** : « Totalement, du coup maintenant on va parler de la collaboration avec
219 l'ergothérapeute. Pour vous rappeler rapidement la raison de cette profession paramédicale,
220 l'ergothérapeute s'intéresse à l'occupation. Alors il ne faut pas comprendre le terme occupation
221 au sens français entre guillemets, c'est-à-dire quand on s'ennuie, on s'occupe. Mais plutôt au
222 sens anglophone, c'est-à-dire l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne
223 auxquelles les individus donnent une valeur et une signification. Donc concrètement,
224 l'ergothérapeute va aider les personnes à réaliser des activités qui sont importantes pour elles.
225 À ce jour, les douleurs chroniques orofaciales représentent un domaine peu étudié en
226 ergothérapie. En même temps, c'est très spécifique, et encore moins pour la prise en charge
227 puisque les douleurs chroniques orofaciales ne représente pas un champ d'intervention pour les
228 ergothérapeutes. Comme on l'a vu au travers de ses évaluations, le chirurgien-dentiste
229 s'intéresse à l'impact psycho-émotionnel des douleurs chroniques orofaciales sur la qualité de
230 vie du patient. D'après vous, et avec vos représentations sur cette profession, quel rôle pourrait
231 avoir l'ergothérapeute dans l'évaluation de ces douleurs ? »

232 **Chirurgien-dentiste C** : « Dans l'évaluation ou dans la prise en charge ? »

233 **Florian** : « Alors l'évaluation dans un premier temps et après on pourra parler de la prise en
234 charge oui. »

235 **Chirurgien-dentiste C** : « Alors l'évaluation, c'est compliqué parce que d'abord il y a
236 beaucoup d'errance, en moyenne il y a cinq années d'errance thérapeutique c'est colossal. Cinq
237 années pendant laquelle ils pensent qu'ils ont cancer ou un truc super grave en fait mais pas du

238 tout. Imaginez c'est plus que la durée de vos études en ergothérapie. Quand tu finis par trouver
239 un praticien spécialisé en occlusodontologie, l'évaluation est en partie réalisée, parce qu'on est
240 formé à ça. Et c'est vrai qu'elle est probablement partiellement réalisée par rapport à ce qu'elle
241 devrait être par manque de temps, une évaluation complète en termes de qualité de vie,
242 occupationnelle, etc n'est pas forcément réalisée. Elle est réalisée au cours de l'entretien lorsque
243 le patient nous rapporte des éléments, mais elle n'est pas méticuleusement compilée d'une
244 certaine manière donc pas méticuleusement évaluée. Donc, en première intention, elle ne peut
245 pas être réalisée par l'ergothérapeute, mais en 2^e intention elle pourrait très utilement être
246 complétée par un ergothérapeute et à mon avis il y a un champ d'investigation clinique et de
247 recherche énorme de mon point de vue. Et un champ de progression énorme dans la prise en
248 charge clinique de ces patients. Et un champ d'enseignement aussi, une progression dans
249 l'enseignement énorme parce que le retour d'expérience que pourrait nous amener les
250 ergothérapeutes pourrait probablement considérablement améliorer l'enseignement. Donc je
251 crois que si on avait recours à des ergothérapeutes, ce serait en 2^{de} intention. Ça pourrait
252 considérablement améliorer notre évaluation clinique, notre axe de recherche et notre
253 enseignement auprès des étudiants et aussi auprès des autres professions. »

254 **Florian** : « OK, d'accord. On va parler de la dernière partie sur le raisonnement clinique et
255 l'interdisciplinarité. D'après votre expérience, est-ce que la prise en charge des douleurs
256 chroniques orofaciales relève de la pluridisciplinarité ou de l'interdisciplinarité ? »

257 **Chirurgien-dentiste C** : « Est-ce que vous pouvez faire le distinguo entre les deux ? »

258 **Florian** : « Alors quand on parle d'une prise en charge pluridisciplinaire, il va avoir plusieurs
259 praticiens qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, qui travaillent côte à côte autour d'une
260 problématique. Et quand on parle de l'interdisciplinarité, on va prendre les mêmes praticiens.
261 Mais au lieu de travailler côte-à-côte, ils vont travailler ensemble de façon à avoir une prise en
262 charge globale, et apporter une réponse toujours plus cohérente et adaptée aux symptômes de
263 la personne et à ses besoins en confrontant leurs points de vue. »

264 **Chirurgien-dentiste C** : « On aspire tous à l'interdisciplinarité. Mais en fait, ce qu'on fait
265 souvent, c'est la pluridisciplinarité par manque de temps. Si on n'est pas au sein du même
266 service c'est compliqué de faire de l'interdisciplinarité parce qu'on ne peut pas passer notre vie
267 au téléphone ou à écrire des e-mails avec les gens avec qui on travaille quand même. Il faut se
268 faire confiance un peu, donc on communique, on fait des bilans, etc. Évidemment, on aurait
269 intérêt à avoir recours à l'interdisciplinarité, je pense au kiné par exemple, il faudrait qu'on ait
270 des kinés dans le service. Alors on le fait un peu ça, par exemple avec les orthodontistes au sein
271 de l'équipe. Pour l'enseignement on a un orthodontiste au sein de l'équipe, et entre nous on a

272 une prise en charge interdisciplinaire mais on n'a pas des disciplines qui sont très annexes, elles
273 sont déjà très connexes d'une certaine manière. Par contre sur la vraie interdisciplinarité avec
274 des cursus différents, kiné, ergothérapeute, neurologue, ORL, podologue, posturologue, on est
275 pas tous dans un service hospitalier donc on a des exercices dans des lieux différents et c'est
276 un peu la limite que je trouve. »

277 **Florian** : « D'accord, et du coup, on retourne un petit peu sur l'évaluation de l'ergothérapeute.
278 Est-ce que vous pensez qu'en complémentarité de la vôtre, de celle du chirurgien-dentiste, elle
279 pourrait orienter le raisonnement clinique autour du patient ? »

280 **Chirurgien-dentiste C** : « Probablement, si l'évaluation était améliorée, ça ne pourrait
281 qu'orienter l'évaluation et la prise en charge, donc oui probablement, très probablement ouai. »

282 **Florian** : « D'accord, OK. Et est-ce que vous pensez à un axe d'évaluation spécifique comme
283 du coup vous êtes spécialiste de ces douleurs chroniques, orofaciales ? »

284 **Chirurgien-dentiste C** : « Clairement, tout ce qui est occupationnel, nous on le relève lorsque
285 le patient le relate, mais on ne l'implique par forcément, donc tout ce qui est occupationnel, ce
286 serait formidable d'essayer d'investiguer ça. Faut vous y mettre Florian. »

287 **Florian** : « Oui c'est prévu, on est en train de bosser dessus là. Ok, du coup on a terminé la
288 trame d'entretien là, est ce que vous auriez des éléments à ajouter pour compléter une de vos
289 réponses ou qu'on que nous n'ayons pas abordé durant l'entretien ? »

290 **Chirurgien-dentiste C** : « Non, non, comme ça je pense qu'on a dit pas mal de chose, on a fait
291 le tour ouai. En tout cas on t'attend, on a hâte que tu viennes travailler avec nous. »

292 **Florian** : « Moi de même, je vous remercie d'avoir pris le temps pour l'entretien. »

293 **Chirurgien-dentiste C** : « Avec plaisir, à bientôt. »

294 **Florian** : « A bientôt, bonne soirée. »

Annexe n°31 : Verbatim regroupant ceux des ergothérapeutes utilisés pour la classification descendante hiérarchique

« Je suis jeune diplômée, en juin dernier. J'ai bossé deux semaines en centre de rééducation en hôpital de jour. Ensuite j'ai bossé en SSR orientation gériatrique environ deux mois, et depuis octobre je suis à nouveau dans le même centre de rééducation où j'étais avant et toujours en hôpital de jour. Oui ça tombe bien j'en ai une en ce moment ! Au niveau pathologie, c'est une patiente qui a un syndrome d'Ehlers-Danlos, qui est obèse, et qui en plus de ça va se faire opérer des deux prothèses de hanche, qui est extrêmement douloureuse. Contexte un petit peu compliqué, car au début beaucoup de choses à mettre en place chez elle pour lui faciliter ses transferts, les déplacements et pour limiter les douleurs au quotidien. Elle a aussi été hospitalisée pendant deux semaines pour réaliser un sevrage morphinique. Et du coup elle est encore plus douloureuse ! Parce qu'elle va se faire opérer de ses deux prothèses de hanches. Donc aujourd'hui, nous en sommes à un point où c'est tellement douloureux au quotidien, que même se déplacer au sein du centre de rééducation c'est compliqué. On ne sait pas trop où on va. Il y a encore des points de sa vie quotidienne qui sont encore compliqués comme mettre son déambulateur dans la voiture, des choses comme ça. On a encore des objectifs mais tant qu'elle ne se fera pas opérer ça va être compliqué. Voila. Non, pas forcément, enfin je dirais peut-être par rapport au seuil de tolérance à la douleur : par exemple des patients qui vont coter une douleur à 8/10 alors que l'on voit à leurs mimiques que ça va à peu près, ou d'autres qui vont mettre 2/10 alors que l'on voit qu'ils sont extrêmement douloureux. Mais sinon pas spécialement. Oui oui complètement. Il y a des patients qui disent qu'on ne les croit pas, qu'on ne se rend compte à quel point ils sont douloureux, qu'on dit que c'est dans leurs têtes, surtout par rapport aux patients lombalgiques ! Où il y a aussi un effet de croyances, enfin les lombalgiques c'est spécial aussi. Mais oui la reconnaissance du soignant c'est important mais il ne faut non plus être axé tout le temps autour de la douleur. Il y a des gens tellement axés sur la douleur qu'ils restent que focalisés là-dessus, ils n'arrivent pas à s'en détacher. Ils n'arrivent pas à envisager d'autres façons de vivre leurs vies. Comment gérer les douleurs ? Comment gérer l'effort au quotidien ? La notion de plaisir au quotidien pour sécréter de l'endorphine ! Ces personnes n'arrivent pas à voir ces autres facettes et restent tellement focalisées sur leurs douleurs que l'on n'arrive pas à aller plus loin finalement ! Ça dépend des gens, il y en a qui vont réussir à aller au-delà, qui vont être prêts et motiver à expérimenter des choses qu'on leur propose et d'autres patients qui vont être en permanence en boucle sur la douleur, qui vont tout ramener à ça, tout le temps, et là c'est compliqué. Alors formée non, je n'ai pas eu de

formations. Mais c'est une évaluation que j'utilise à chaque entretien d'entrée. Oui c'est ça, je l'ai vu à l'école. Et je l'utilise au quotidien dans ma vie professionnelle. Oui c'est ça. Auprès de tous les patients. Je l'utilise de façon systématique, la seule chose qui ferait que je ne l'utiliserai pas serait pour des personnes qui ont du mal à comprendre les cotations, ou alors pour des patients qui ont tellement peu d'objectifs que l'on n'a pas forcément notre place dans leurs prises en charge, on va juste lister les problématiques grâce à la MCRO mais on ne va pas rentrer dans les cotations. Mais cela reste rare. Pour les avantages, cela permet de cibler les répercussions de la douleur au quotidien, de voir leurs perceptions de leur capacité et de leur satisfaction de la réalisation de leurs activités. Après les limites, je dirais que la MCRO n'est pas vraiment ciblée sur les douleurs. Par exemple il y a des patients sur les échelles de capacité qui vont mettre 10/10 mais sans intégrer leurs douleurs. Ils vont avoir du mal par rapport au rendement à voir la globalité, ils vont rester focaliser sur la capacité sans prendre en compte tous les aspects de l'activité, ses freins et ses leviers. Oui, les cotations si les personnes les prennent en compte, forcément. Il y a des patients qui fonctionnellement sont capables faire les choses mais la douleur vient limiter l'activité donc forcément elle influence. Au niveau des objectifs, je pense que oui car il peut y avoir des personnes qui visent trop haut par exemple. Typiquement les lombalgiques qui vont se dire en ateliers de groupe lombalgies : « je vais ressortir de là je n'aurai plus aucune douleur » ils vont viser des objectifs extrêmement haut par rapport à des objectifs véritablement réalisables. Disons que ce sont les patients qui ne sont pas en phase avec la réalité de la situation. Ou au contraire il y a des patients qui sont tellement centrés sur leurs douleurs qu'ils vont avoir du mal à sortir de cette douleur et émettre des objectifs réalisables s'ils sont moins focalisés sur cette douleur justement. En fait, il y a des personnes qui n'ont pas cette notion de gestion de la douleur et cette gestion de l'effort au quotidien et ça va être tout blanc tout noir avec eux. Et finalement l'idée de moduler l'activité pour apprendre à gérer la douleur, ça va être plus compliqué. C'est compliqué à dire. Question compliquée car les personnes ne vont pas verbalisés la façon dont ils perçoivent la passation du bilan, mais je ne pense que ce serait intrusif à partir du moment où on leur explique vraiment le rôle d'un ergothérapeute pourquoi l'on fait ça. Si la procédure est bien cadrée, je ne pense pas qu'ils le perçoivent comme intrusif. Je pense que c'est vraiment un travail interprofessionnel. Je ne pense pas que l'on soit leur dernier espoir, mais l'image du soignant en général oui. Il y en a beaucoup qui espèrent tellement qu'au final ils peuvent être déçus. Oui c'est ça. Oui, s'engager n'est peut-être pas le bon terme mais c'est le fait d'avoir des objectifs en fait, après c'est au fur et à mesure de la prise en charge que ça se dessine finalement. Il y a des personnes qui n'auront pas d'objectifs au début mais qui vont se dessiner après ou au

contraire certains qui auront mis des objectifs dès le début et après se disent ce n'est pas possible. On voit une prise de conscience au fur et à mesure de la prise en charge, ils vont expérimenter des choses, et leur perception va évoluer par rapport à cette mise en situation là. Mais je dirais que la MCRO au début, pas forcément. Oui c'est ça, plus au niveau de la réévaluation. Elle cause une restriction de participation très importante. Les personnes ont mal, ont peur aussi d'avoir mal, ils se limitent énormément, ils ne font plus d'activités. Au final elle impacte sur tous les domaines de la vie quotidienne, je pense qu'il y a un réel impact dans tous les champs de la vie quotidienne. Après dans quelles mesures ? Je ne saurais pas te dire exactement. Il y a deux types d'impacts. D'abord les impacts dans la réalisation de activités par exemple des gens qui arrêtent leurs loisirs qui vont être en arrêt de travail, qui vont arrêter certaines tâches à la maison, et un deuxième impact qui est psychologique, ils ont une restriction de participation, ils ne font plus rien, au niveau du moral c'est terrible Ils se sentent dévalorisés. Oui parce que du coup les personnes font moins de choses et cela impacte forcément l'entourage, les aidants, qui sont obligés de faire plus de choses. Et quand les gens sont seuls c'est très compliqué, mais sur l'entourage familial complètement ouai. Ok, alors c'est hyper compliqué car je n'ai pas d'exemples dans ma tête pour visualiser. Avec la MCRO, je dirais que cela permet de voir l'impact de ces douleurs dans leurs activités de la vie quotidienne. Après moi je trouve que la MCRO est hyper pertinentes pour tout type de pathologie. Oui c'est ça. Ensuite, nous, au niveau de notre accompagnement, je pense que ce serait voir justement comment gérer ces douleurs dans la vie quotidienne ? Au niveau de la gestion de ces douleurs, voir ce qui occasionne ces douleurs, est ce que c'est un mouvement particulier ? À quel moment de la journée ? Voir si c'est en faisant une activité pendant tant de temps au niveau de l'endurance, voir pour une activité précise, utiliser un autre support de matériel, essayer de faire des pauses, répartir l'activité dans la journée. Cela peut être aussi via les loisirs car avec un loisir qui nous plaît vraiment, la douleur peut être oubliée. Avoir une activité plaisante au quotidien, comment la personne peut réussir justement à ne plus penser à ses douleurs. Voilà ce qui me vient à l'esprit là tout de suite désolé. Interdisciplinarité, parce que c'est un raisonnement en cohésion, c'est travailler ensemble avec un objectif commun et avec un même regard. C'est compliqué comme question. Ok, du coup pour répondre à la question, je pense que oui car cela permettrait de cibler dans quelles mesures ces douleurs ont un impact sur la qualité de vie, vraiment plus précisément. Et voir si en modulant l'activité, si les douleurs sont modifiées ou pas, s'il y a un changement. Ce qui permettrait d'avoir un vrai travail sur la perception du patient par rapport à ses douleurs. Oui par rapport à la notion d'interdisciplinarité où des fois les professionnels de santé ne sont pas en accords entre eux. Par exemple des kinés

qui vont dire « il faut bouger bouger bouger » pour que les douleurs disparaissent en oubliant un peu le patient, en ne l'écouter pas. Alors que nous on est aussi sur la gestion de l'effort dans l'activité, donc on peut avoir des professionnels qui ne sont pas en phase avec le patient avec des discours pas trop similaires. Oui c'est ça. Et en même temps non car il y a des réunions de synthèse, des réunions d'équipe où on en parle, on a tous un même objectif commun de la reprise d'activité au final. On ne travaille pas vraiment chacun de notre côté, on peut ne pas être d'accord. C'est la richesse des choses qui fait qu'on échange, on aura différents points de vue et on essaiera de s'orienter tous vers la même chose pour avoir un discours commun auprès du patient. Mais pour en revenir à ta problématique de tout à l'heure, je pense vraiment que l'ergothérapeute à sa place auprès de toutes les pathologies, finalement ce n'est pas tant la pathologie qui importe, mais la personne et sa façon de réaliser ses activités, dans son contexte de vie à elle et dans son environnement. Avec plaisir, aurovoir. J'ai commencé mon début de carrière en toxicomanie, avec des jeunes adolescents qui avaient un problème d'addiction et qui ont commis un crime en parallèle. J'ai donc travaillé dans ce domaine où je m'occupais de la réinsertion dans la vie de tous les jours. C'était dans un contexte de résidence. Les adolescents restaient toujours dans les mêmes endroits avec des sorties les week-ends. C'était ma première expérience professionnelle. Ensuite je suis rentré dans le monde de la pédiatrie. J'ai travaillé dans la rééducation avec les enfants qui ont des pathologies multiples et différentes. En parallèle, je travaillais aussi à temps partiel en pédiatrie et je faisais aussi la toxicomanie. Tout ça c'était mon parcours au Chili qui a été coupé car après je suis allé au Canada. Au retour du Canada au Chili, j'ai continué à travailler en pédiatrie dans le cadre d'enfants vulnérables. On était des équipes mobiles qui se déplaçaient plutôt dans la campagne. On travaillait plus particulièrement la stimulation précoce, le dépistage précoce de certaines difficultés au quotidien, surtout au niveau neurodéveloppement. On faisait également le dépistage précoce de certaines maladies et des interventions précoces. Tout ceci dans un contexte de familles défavorisées. Mon parcours au Canada maintenant, j'ai travaillé aussi en pédiatrie à temps partiel. Mais le domaine où j'ai exercé le plus c'était dans la réinsertion professionnelle, avec des personnes qui ont eu des accidents de route ou accidents de travail. Là-bas, c'est en fait une assurance du gouvernement qui prenait en charge les personnes avec ces types d'accidents par le biais de cliniques privées. C'est là que j'ai pu aborder un peu plus la douleur chronique parce que c'étaient des patients qui avaient des difficultés dans la vie quotidienne en lien avec des troubles musculosquelettiques. Dans ce domaine, je me suis rendu compte que pour certains patients, ils n'avaient pas les mêmes comportements que les autres. J'avais donc des profils de patients où j'avais plus de résultats que d'autres. C'est cette discordance-là qui m'a permis

d'approcher la douleur chronique. Et ici en France, j'ai travaillé en EPHAD. Je suis arrivé en 2019. J'ai pu faire un peu le lien avec ce que j'avais appris au Canada sur les douleurs chroniques et le mettre en pratique pour les personnes âgées en gériatrie. Ce n'était pas la même façon d'intervenir mais ça restait un peu le même principe. Par contre, la crise du Covid a impacté ma pratique car beaucoup d'activités que je voulais mettre en place ont été restreintes. Ah oui ! Qui m'a bouleversé de façon positive ou négative ? Je vais commencer par le positif : je me rappelle d'un patient qui faisait la rééducation depuis plus de 6 mois avec l'équipe. C'était au Canada et il souffrait de douleurs lombaires. En discutant avec lui, je lui ai proposé des interventions en dehors du cadre de travail et faire une activité plaisante avec ses amis. En fait, il est parti à la chasse, il est parti un week-end avec ses amis. Il a pu marcher, faire des randonnées mais aussi il y avait dans ce cadre-là tout le contexte de sociabilisation. Il a même pu faire du ski alors qu'il craignait d'en faire à cause de ses douleurs. En fait, en proposant cette activité hors cadre travail, ça l'a un peu obligé à agir. Oui c'est ça. Il craignait d'avoir plus mal qu'autres choses. Il était un peu obligé mais aussi motivé d'y aller avec ses amis parce que d'un certain côté il savait qu'il allait prendre du plaisir. En fait il a suivi les conseils on va dire de tous les échanges qu'on a pu avoir ensemble avant sur la prise de pauses, quand faire les pauses, comment faire les mouvements, la graduation de la tâche. Au retour de son week-end, il m'a dit « je me suis éclaté pendant ce week-end, je ne sais pas pourquoi mais j'ai presque plus mal, je ne comprends pas pourquoi mais je n'ai presque plus mal ». On a continué à discuter, c'était une personne déjà en retour au travail et l'objectif était de faire disparaître la douleur. Il s'est en fait rendu compte, que la douleur chronique c'était en lien avec toutes les activités que lui faisait autour et en lien avec le plaisir. Après ce week-end-là, il s'est rendu compte que sa perception de la douleur avait changé. Et quelques semaines après, cette personne a repris son travail à temps complet. Oui effectivement, après l'autre cas, c'était avec une algoneurodystrophie. Ce cas m'a beaucoup fait réfléchir. C'était pendant l'hiver, il faisait froid. Il y avait beaucoup de tâches de maison en fait qui la contraignait et son mari ne l'aidait pas beaucoup. Cette femme était d'origine marocaine ou algérienne, et elle avait en tête de repartir en vacances dans son pays. Je me rappelle que les symptômes de son bras, il y avait de l'œdème, changement de couleurs, des sudations, beaucoup de changements au niveau vasculaire et trophique. Elle est donc partie en vacances et un mois après quand elle est revenue, son bras était totalement différent et avec moins de douleurs. Je me suis questionné : peut-être est-ce le fait de prendre des vacances ? Et en recommençant sa routine au Canada, ses symptômes d'avant sont revenus, moindres mais sont revenus quand même. En fait en discutant avec elle, elle me disait que le climat était déjà différent, les gens aussi, et que ça lui avait beaucoup plu.

Tout ceci m'a bien fait réfléchir sur la douleur chronique et comment la personne peut percevoir. Exactement oui. Puis au niveau négatif, plusieurs patients. Cela m'a beaucoup fait réfléchir, j'ai essayé de travailler un peu partout sur différents aspects mais c'est quand même compliqué. Un monsieur qui s'est fait mal au travail et a eu une entorse ou une fracture au poignet. Ce monsieur-là était jeune, sa douleur persistait depuis longtemps, plus de six mois. Et vu comme ça, on aurait pu dire qu'en quelques mois il aurait pu reprendre son travail. Mais c'était compliqué il avait tout le temps mal. On pouvait objectiver par différentes évaluations. Et ce n'était vraiment pas la même chose de la main droite que de la main gauche au niveau de la force il avait moins de force. Je me rappelle qu'il était gameur, donc qu'il aimait beaucoup jouer aux jeux vidéo. Il jouait même la nuit dans sa routine donc il ne dormait pas. Il arrivait tout le temps fatigué en thérapie. Le jeu était devenu une addiction. Je me demandais s'il avait une vie sociale ? Il me disait qu'il avait un ami mais c'était pour jouer. Il ne voulait pas trop en fait rencontrer d'autres gens. Nous, dans ces moments-là, on essaie de ne pas juger car c'est leur façon de vivre leur vie. Mais je me questionnai à quel point on doit pousser les choses. Car il y avait ce cercle vicieux, la douleur, la fatigue, une routine de vie qui pour moi n'est pas la plus saine pour améliorer une blessure. Et en plus, les courses c'était sa mère, il n'y avait presque aucune activité physique dans sa routine. Là, en tant qu'ergothérapeute, on se questionne et il faut quand même intervenir ! Malgré que pour cette personne sa vie lui allait. Comme il n'y avait aucune activité physique et aucune autre activité d'intérêt, on essayait d'explorer ce qui pouvait être le mieux pour lui. Il travaillait en tant que manutentionnaire, mais n'était pas très motivé par ce travail, il voulait changer. Ce que j'avais proposé, c'était de travailler autour de la musique, apprendre à jouer du piano. Quelque chose qu'il aimait beaucoup et il avait déjà essayé avant. Il pourrait ainsi utiliser sa main droite et peut être changer de comportements. Ce patient était aussi conscient que sa routine n'était pas la plus saine. Il a été motivé pendant quelques semaines pour jouer du piano puis a lâché petit à petit. En fait difficile pour lui de trouver une motivation intrinsèque pour une activité physique. Et lors de nos échanges en entretien ensuite en thérapie, il m'a rapporté une information importante et je pense qu'il aurait été mieux de la demander avant, dès le début des entretiens. Je lui ai posé des questions par rapport à sa mère, et je commence à approfondir cette question. Il me disait que sa mère avait un problème de santé mentale, et qu'elle était malade pour une pathologie dont je ne me souviens pas. En gros, elle souffrait de douleurs chroniques aussi. Elle était justement en arrêt de maladie. Donc après avoir su tout ça, j'ai pu donner un peu plus de sens par rapport aux réactions de ce patient, peut être que sa mère avait le même comportement que lui vis-à-vis de la situation professionnelle. Donc pour moi, par rapport à ces douleurs chroniques, qui

sont complexes, j'aurai dû poser cette question avant pour comprendre plus rapidement la situation générale. C'est vrai que quand on pose des questions sur la famille, on n'approfondit peut-être des fois pas assez. Voilà ce genre de questions que je me suis posé pour avancer et comprendre. Ah bien sûr oui. Je pense que le défi est de se rendre compte au bon moment pour essayer alors une autre stratégie mais il faut recueillir plus d'informations pour trouver la bonne stratégie. C'est ça. Je pense qu'à tous les moments il faut se poser des questions mais aussi aller chercher peut-être encore plus d'informations pour anticiper et mieux comprendre. J'aurai ainsi proposé des stratégies un peu mieux adaptées. Peut-être que je n'aurai pas trouvé de facteurs modifiables, mais peut-être ce facteur modifiable ça aurait été la personne qui se rend compte pourquoi elle adopte ce comportement. Oui c'est ça. Je suis formé à la MCRO, je l'ai utilisé quelque fois au Canada. Mais le plus souvent où je l'ai utilisé c'était ici à Purpan lors de mon stage préprofessionnel. C'était avec des patients SEP, sclérose en plaques. Donc, c'était pour l'exploration de l'intérêt du rôle de l'ergothérapeute auprès des patients atteints de SEP. Puis avec patients avec des douleurs chroniques au Canada. Oui, quand je peux j'essaie de le faire. Maintenant, je travaille au centre SLA. J'essaie de trouver le cadre dans lequel je pourrai mettre en place la MCRO. Car en fait on est contraint par le temps. Normalement c'est trente minutes de consultation de chaque professionnel de l'équipe. Au besoin, on peut quand même prendre plus de temps. Mais le problème c'est qu'il y a un HDJ donc ils doivent partir à une certaine heure. Parfois ce n'est pas le bon timing. Mais par contre ce que j'essaie de faire, c'est quand même de prendre le temps avec les gens et essayer on va dire d'adapter une MCRO. On essaie d'identifier le problème principal, mais bon je ne le fais pas systématiquement faut que je vous le dise. Mais j'essaie quand même que les patients puissent me donner un score, comment ils perçoivent leur rendement. Mais c'est bien qu'à l'école, avec Jean Michel on essaie de mettre en place, de faire connaître pour que les professionnels puissent être à l'aise après avec cet outil-là. Avantages et limites. Déjà les avantages, on ciblait plus précisément les problématiques. Car quand on est dans la réinsertion professionnelle on va dire, l'objectif c'est réintégrer son travail. C'est les mandats qui sont donnés à la clinique privée et à l'institution du gouvernement, le but ultime est que la personne reprenne son travail. Donc le fait de pouvoir utiliser la MCRO, vu que c'est quelque chose de plus global, un outil qui va comprendre les loisirs, la productivité et les soins personnels. C'était déjà quelque chose qui était déjà formulé dans notre feuille de route. Et ça nous permettait de vraiment bien cibler la problématique de la personne. Suite aux explications, on faisait comprendre aux gens que c'est par le biais de développements d'autres aspects de leurs vies pour surmonter leurs difficultés, qui allaient aussi contribuer à améliorer leur performance au travail et donc la réinsertion. Il y avait donc un

engagement plus important plus concret de la personne. Il y a en fait des personnes qui soit te disent ou pas qui savaient que leur boulot ne leur plaisait pas. Ils étaient donc obligés d'y retourner sans motivation intrinsèque. Mais le fait d'en discuter, de leur expliquer que c'était aussi pour améliorer certains aspects de leur vie, autre que le travail, c'était donc au final plus motivant pour eux. La contrainte au niveau organisationnel au niveau de l'institution : et comme je débutais avec ça, je pense qu'une des difficultés pour moi était ma gestion de l'outil. Car en fait, avant on avait 1h d'évaluation, et après 30 minutes de thérapie par patient. 4 patients par heure, deux par deux. Et parfois les évaluations étaient divisées en deux, trente minutes par séance deux fois mais là individuellement. Donc avec cette organisation parfois coupée, peut être que nous on ne pensait pas trop à faire la MCRO de manière spontanée. Mais par contre j'aurai peut-être pu faire la MCRO même avec un temps divisé en deux par ex. Cela fait donc partie des questionnements d'un ergothérapeute pour trouver une solution. Il y avait aussi des formulaires propres à l'institution que tous les ergothérapeutes utilisaient. On rentre donc dans une sorte de boucle où l'on n'a pas le temps de changer les choses. On rentre dans un cercle vicieux en fait. Je pense donc qu'il est important aux professionnels de se poser des questions et de modifier sa pratique en fonction du besoin. Ça me fait bizarre car je suis en fait en pleine réflexion de mon travail. Mais je pense que c'est cela aussi le but de chaque professionnel de pouvoir s'adapter aux nouveautés de l'ergothérapie. Je me rappelle que j'avais fait une formation sur les douleurs chroniques justement dans le cadre de la réinsertion professionnelle. C'était avec une professionnelle à fond avec les douleurs chroniques au Canada. Et justement elle adaptait les formations pour les accidentés du travail. Et c'est cette formation-là qui m'a fait changer mon avis et ma façon de faire. Et en fait quand j'ai commencé à changer ma pratique, j'ai dû déménager en France. C'est à dire ? En lien avec leurs difficultés ? Oui parce que si on atteint l'objectif, ça va affecter la perception de la difficulté, du rendement de la difficulté et la satisfaction. Donc, oui en se basant sur des objectifs qui sont plus parlants. Très bonne question. Je n'ai pas posé cette question aux patients. Mais dans leurs ressentis lors des activités, je voyais la démarche et la prise en charge changées mais c'est vrai que je ne me suis pas posé la question par rapport à l'outil. Par exemple avec un patient qui avait un problème à l'épaule, il travaillait dans les constructions. Il ne pouvait pas arriver bouger son épaule même à 60 ° en flexion et en adduction non plus. Donc ce travail de construction était difficile pour lui mais par contre on avait trouvé un moyen de pouvoir reprendre son loisir, le hockey. L'objectif était de pas forcément pouvoir rejouer au hockey mais faire bouger un peu la rondelle. Participer à cette activité avec ses amis mais sans forcément jouer. Ce patient était très motivé. A chaque séance, c'est lui qui organisait son parcours, ses mises en situation. Il

était donc très motivé en fonction de cet objectif. C'est même lui qui me demandait si on avait atteint les objectifs ou pas. Comme c'était son objectif smart, c'est devenu en fait son guide. Les autres objectifs c'était le ménage car il avait des difficultés à atteindre certains endroits. Je trouvais donc des stratégies de position de pauses de graduation de la tâche. Voilà donc la prise en charge était différente, grâce à la motivation intrinsèque du patient que l'on retrouvait dans le domaine de la réinsertion professionnelle. Car comme on disait tout à l'heure, il y a des patients qui ne vont pas trop aimer leurs boulots et donc moins motivés que d'autres. Aussi le fait d'être en arrêt maladie est parfois plus confortables pour le patient surtout quand on n'aime pas son boulot. Et en plus on est payé donc c'était ça le défi qu'il fallait aller chercher de notre part. Essayer de trouver une motivation autre que le travail. Sinon on rentre dans un cercle vicieux où il n'y a jamais de fin. Enfin à nous de savoir où se situe la limite. Est-ce que c'est 4 mois, 6, 8 ? Donc j'expliquais à un patient qu'à partir d'un certain moment, cela devient une douleur chronique et c'est cela qu'il faut éviter car ça les gêne pas pour les activités de travail pour les activités de la vie quotidienne. J'essayai donc de trouver des stratégies dans mon discours pour justement leur faire comprendre de prendre conscience que ces activités pouvaient ensuite être très affectées. Ce n'était pas toujours facile. Oui ça c'est mon avis. En fait, le but ultime dans ces cliniques-là, c'était de reprendre le travail. Donc beaucoup de kiné, d'activités passives. Et quand il se retrouvait avec nous, en fait il ne savait même pas ce qu'était un ergo. Le défi pour nous était donc justement de leur dire que la difficulté ce n'était pas que le travail. Tout en sachant qu'au fond d'eux, le but était de reprendre le travail. Je trouve donc que la MCRO est un outil qui cible bien les difficultés qui sont en dehors, comme les soins personnels par exemple, la productivité et les loisirs. Donc trois éléments dont un qui cible le travail représenté dans la productivité. Les deux autres sont totalement en dehors. Des limites ? Par rapport à la capacité de réponse ? Non je ne trouve pas qu'il y ait des limites. On est dans un contexte d'entretien. On se balade un peu partout lors de nos échanges et ils arrivent ainsi à identifier des choses. S'il n'y a rien à identifier, ça veut peut-être dire que ces personnes n'avaient pas de problèmes dans les soins personnels. C'était juste par rapport aux loisirs ou au travail Mais souvent, quand ils ont des douleurs chroniques, ça affecte quand même toutes les sphères de la personne. Oui c'est un peu dans la même optique. Oui je pense que le fait de pouvoir donner un score, c'est plus parlant aussi pour eux. Je me rappelle que souvent quand on travaille dans ce domaine-là, on faisait souvent du bottom-up, on évaluait la force, la sensibilité, la coordination, l'équilibre, combien de répétitions on fait, c'est des paramètres qui viennent du bottom-up. Mais le fait de mettre en place un outil d'évaluation top-down, avec des cotations tout de même, ça nous rapproche des cotations des évaluations bottom-up, on est

sur du top-down mais on peut le mesurer. C'est parlant pour le patient aussi de mettre un score. Alors oui, j'utilisais l'EVA. En fait là-bas c'était l'échelle analogique de la douleur, des mises en situation, d'observations et après beaucoup de test bottom-up comme le dynamomètre pour la force, la dextérité, test d'équilibre, sensibilité. Mais sinon j'utilisais la MCRO pour déterminer les problématiques occupationnelles des patients oui, et l'EVA pour quantifier la douleur aussi parce que le gouvernement appeler parfois et demandait des chiffres pour voir s'il continuait à verser des fonds pour le traitement. Il voulait des chiffres, cette personne peut porter 10 kilos sur 100 m sans perdre l'équilibre, ce qui est très subjective mais il fallait donner des chiffres. Et mettre des chiffres de la MCRO ce serait très innovant à mon avis parce que là-bas je n'avais jamais vu d'ergothérapeute utiliser la MCRO alors qu'elle vient du Canada, c'était toujours combien de pas elle a fait, combien de poids il porte, combien de jours il fait par semaine. Je n'ai pas trouvé que la MCRO était très utilisée par les ergothérapeutes de mon entourage, après peut être que je me trompe. Mais j'avais un collègue qui ne la faisait et mes autres collègues non plus. Ils l'utilisent certainement dans d'autres domaines, mais pour celui-là non d'après mon expérience. Je pense que ça peut impacter mais je n'ai jamais évalué la qualité de vie. Pour la SEP je l'ai évalué deux trois fois avec des évaluations spécifiques pour ça. Mais dans ce sens là je trouve très intéressants d'évaluer les deux, en parallèle, je trouve que ce sont des outils complémentaires. Et c'est très intéressant justement de voir la corrélation entre les deux. L'impact sur la qualité de vie. Il faut vraiment que je regarde les indicateurs de qualité de vie. Que je me base sur ces indicateurs pour savoir de quoi il retourne. Après comme ça je dirais déjà que le fait de reprendre le travail permet d'observer une amélioration de la qualité de vie. La reprise du travail, ils étaient gratifiés d'avoir travailler avec l'équipe, surtout au niveau de reprendre le travail et d'avoir retrouvé un équilibre occupationnel. Reprendre une routine saine, et de ne pas rentrer dans le cercle vicieux de la douleur et de rester sur son sofa et de regarder la télé, donc de reprendre une vie normale. De pouvoir cuisiner, se faire à manger, faire sa gamelle, pouvoir faire sa gamelle pour le travail, pour faire le sport qu'ils avaient arrêté de faire, d'avoir une vie sociale plus active. Ce qu'on remarque tout le long de la prise en charge et à la fin quand on reprend les objectifs de prise en charge. On peut déduire des choses, mais les patients ne m'ont jamais dit : « ah ma qualité de vie s'est améliorée ». Oui je pense que ça peut se corrélér, en fait le rendement amène la satisfaction, et cette satisfaction affecte l'équilibre occupationnel dans ma routine, mon style de vie, ce qui va améliorer la qualité de vie je pense. Juste le fait d'augmenter le rendement d'une problématique occupationnelle va avoir un impact direct sur la qualité de vie. Sur ma perception de qualité de vie, par exemple si on m'enlève la musique je pense que ça va changer ma perception de ma qualité de vie comme

cela va changer mon équilibre occupationnel. Il peut avoir plusieurs facteurs mais aussi un seul facteur qui va affecter la qualité de vie, mais c'est ma vision de voir les choses. C'est très intéressant. En utilisant la MCRO comme d'évaluation d'accord. Je pense déjà que l'ergothérapie a une vision très systématique et globale de la personne. Je pense que nos entretiens peuvent comprendre tous les aspects de la personne, chose qu'un chirurgien-dentiste n'aura pas le temps d'identifier et peut être que lui aura plus tendance à prescrire des médicaments pour soulager ou faire d'autres soins, ce qui est très bien, mais il ne va prescrire l'activité et la promouvoir comme nous on le fait. Mais une fois que la douleur est devenue chronique est-ce qu'il utilise d'autres approches de la douleur, est-ce qu'il se questionne tout simplement sur d'autres alternatives thérapeutiques. Dans quelle activité la douleur se ressent le plus, est-ce que la douleur a toujours la même intensité d'une activité à une autre. La perception de la douleur pourrait changer avec les stratégies mise en place par l'ergothérapeute, ce qui serait une nouvelle alternative thérapeutique du coup à ces douleurs. Et s'interroger sur l'équilibre occupationnel de la personne, et voir si d'autres échelles peuvent être mise en place en complément de la MCRO. Je réfléchis un peu, je pense que l'ergothérapeute a une vision globale et centrée sur la personne, ce qui va permettre de s'interroger sur des aspects que le chirurgien-dentiste n'évalue pas, c'est important de le faire pour améliorer la qualité de vie. J'imagine qu'il n'y a pas de gênes physiques, fonctionnelles, donc même si c'est assez subjectif, l'ergothérapeute permettrait de rendre plus objectives ces douleurs dans le quotidien. Le rôle de l'ergothérapeute du coup serait d'évaluer la personne dans sa globalité forcément, et de déterminer les activités problématiques à l'aide de la MCRO. C'est intéressant de voir ce qu'on pourrait apporter aux patients en mettant en place une MCRO. Donc en fait, ton mémoire consiste à chercher le rôle de l'ergothérapeute dans l'évaluation de ces douleurs ? D'accord je vois. Est-ce que vous pouvez m'expliquer la différence en français ? D'accord, c'est l'interdisciplinarité du coup, la communication au sein de l'équipe c'est essentiel, je travaillais avec les kinés et les ostéopathes en interdisciplinarité au Canada. Oui parce qu'on va chercher les activités qui sont touchées, dans notre modèle en ergothérapie on est centré sur la personne donc l'ergothérapeute va chercher sur l'environnement, la personne et ses habitudes de vie. Des informations complémentaires finalement à celle recueillies par le chirurgien-dentiste dans son évaluation psycho-émotionnel, ce qui pourrait être très intéressant. On a fait le tour je pense, c'est très intéressant et spécifique. Je pense que c'est un sujet de mémoire innovant. Oui donc je suis diplômée depuis 1989. Dix ans après, j'ai fait l'école des cadres et avant cela, j'adore les études, j'avais fait un diplôme d'état de neuropsychologie à la fac de médecine de Caen. Ensuite, cela a été un choix de rester ergothérapeute. Après le cadre

de santé en 96, j'ai fait un masteur de l'ingénierie de l'information pour devenir ingénieur « formation » et devenir formatrice. Mon dada, c'est la défense de l'ergothérapie récente et dont la MCRO fait partie : le fait d'arrêter de déplacer des cônes et des bâtonnets et de faire enfin ce qui est décrit au niveau international. C'est un super job voilà, donc, moi je suis spécialisé en neuro. J'ai eu ma vague spécialisé membre sup, lombalgie etc...et maintenant je suis plus spécialisée au niveau des malades chroniques. J'ai fait un DU d'éducation thérapeutique aussi. Je suis coordinatrice de plein de choses. Coordinatrice du plateau technique d'ergothérapie que l'on a mis en place. C'est le premier plateau occupation centrée de France. A partir de là, on a mis en place je suis coordinatrice d'un jardin de santé : le jardin vecteur de santé dans l'activité physique et coordinatrice de la maison sport santé. Je suis assez contente de dire qu'on reconnaît qu'une ergothérapeute peut être, et notre maison sport santé est uniquement dédiée aux malades à limitation sévère. En fait tous ceux que les salles de sport ne veulent pas. Mon but est donc de mettre le patient en avant, qu'il soit vecteur de santé, responsable de sa vie et acteur de son cheminement. Et je suis formatrice en formation continue depuis 13 ans. Ma spécialité, ce sont les nouvelles approches rééducatives MCRO : l'évolution du changement en ergothérapie. On va apprendre aux ergothérapeutes à pratiquer autrement l'ergothérapie de demain et d'arrêter de faire le Purdue de Minnessota, enfin tous les tests très biomécaniques. Et de s'orienter vers une analyse de l'être humain en fonctionnement. Voilà mon parcours. Oui, on en a plusieurs. Nous, les patients douloureux on les prend enfin les patients lombalgiques on va dire, on ne les prend plus en individuel parce que sinon ils remuent leurs sauces eux-mêmes. Donc on les prend beaucoup en groupe, uniquement en groupe d'ailleurs. Du coup, il n'est pas rare de voir lors de leur cheminement. C'est notre but à nous de favoriser l'engagement dans les occupations, de revoir celles qui sont freins, qui sont leviers, pour favoriser un changement de paradigme dans la tête des gens. On voit fréquemment des patients qui arrivent et qui disent par exemple : « ce canapé là je ne pourrai pas m'y assoir ce n'est pas possible, de toute manière ça fait dix ans que je ne m'y suis pas assis ». Et en fin de compte, à partir de là on va refaire avec la MCRO la capacité qu'il pense avoir à s'assoir, la satisfaction qu'il a en début de séjour mais aussi la difficulté qu'il pense avoir, la fatigue qu'il pense avoir. On passe par beaucoup par des échelles de la perception, pour progressivement réussir à ce que ce soit le patient lui-même qui nous montre un jour « hé bin tiens regardez ce que j'arrive à faire ! » et ainsi à ce que ça devienne un indicateur de son vécu à lui. Et ça c'est un bon élément quand le patient dit « tient ça pourrait être mon indicateur ». Puisqu'on leur demande en début de séjour de choisir au fur et à mesure du séjour des indicateurs qui seraient des lignes guide qui permettraient à dire « si je n'arrive plus à m'assoir sur ce canapé quand je

vais chez des amis, c'est qu'il faut à nouveau que je tire la sonnette d'alarme, que j'aie revu mon médecin que je reprenne des activités, enfin dans ces éléments-là. Donc ça j'en ai à foison de ce côté-là. La part de la motivation dans la diminution de la perception de la douleur, elle a une place très importante en ergothérapie. On n'a pas de tenses, on n'a pas de massages, on n'a pas de chaleurs, on n'a pas de cryothérapie. Mais par contre on a les occupations qui sont vecteurs d'épanouissement et d'engagement et qui peuvent avoir des répercussions sur la douleur, sur le ressenti de la douleur. Donc je suis formatrice MCRO. Je l'utilise depuis 2005. J'ai découvert la MCRO aux journées d'ergothérapie de Montpellier où la première fois, Elisabeth Dutil est venue la présenter. En fait j'ai mis six mois à l'acheter parce que personne ne voulait me la vendre à part en dollar canadien. J'ai la chance d'avoir quelqu'un dans ma famille qui est allé au Québec. Sa mission était de me ramener corps et âmes la MCRO. Je l'utilise en fait avant 2005, c'est depuis qu'elle est sortie en France en 2003 par là. Après, pour savoir la difficulté que l'on a eu à implanter la MCRO en France : à partir du moment où j'ai eu connaissance de la MCRO, je n'ai eu de cesse de vouloir proposer une formation. Cette formation a plus de 10 ans et je remercie l'institut de formation d'ergo de Rennes, qui pendant 10 ans l'a mise à son catalogue sans que l'on ait eu aucune demande. Voilà pour dire d'où l'on vient aussi. Ce n'est pas si récent que ça que la MCRO fait un tabac ! Là je pourrai faire une formation toutes les semaines alors que pendant 10 ans j'ai supplié pour qu'on la mette au catalogue en fait. On la passe systématiquement et pas qu'avec les patients qui ont des douleurs chroniques. La MCRO est une évaluation, comme disent les Canadiens de base, prioritaire. Nous sommes 11 ergothérapeutes, c'est notre évaluation prioritaire, la première évaluation que l'on passe quand on accueille le patient ; quelles sont les situations qui vous posent problèmes avec l'OQ. On voit les occupations de vie et direct on passe derrière et parmi celles-ci quelles sont celles qui vous posent problèmes ? Et on fait la MCRO systématiquement. Les ergothérapeutes d'ici arrivent à la passer en vingt minutes. Alors, les limites je n'en vois pas trop, que ce soit cette population ou pas. Je n'en verrai pas. Mais, grosso modo, l'avantage par rapport à cette population, c'est de réussir à les détourner de la douleur justement pour leur parler des conséquences de la douleur sur leurs activités. Et ça, ça les bluffe, ça les oriente vers complètement autres choses. Un truc que l'on fait aussi c'est la MCRO de manière individuelle et comme je vous ai dit qu'on les prenait en groupe, après on les reprend en individuel et on repart avec une MCRO collective ! Comme cela ça dynamise le groupe parce que chacun arrive à dire « hé bien les soins des pieds il y a moi », puis d'autres vont se reconnaître. Celui qui a dit par ex. « aller faire les courses ? Non ! Ce n'est pas mon truc ! ». Mais il y en a 7 du groupe sur 8 qui ont dit oui et du coup j'accepte que ce soit traité pendant Et dès fois ça leur apprend

des choses alors qu'ils n'auraient pas voulu. Idem pour la sexualité. Souvent il y en a un qui a dit et qui n'a pas osé trop et en fait via la MCRO vu qu'il y en a un qui l'expose en MCRO de groupe, on voit des doigts se lever. Après l'inconvénient, en fin je pense que ce n'est pas un inconvénient mais le risque c'est de ne pas être suffisamment bien formé à la MCRO. Etant formatrice, dès fois je vais dans des lieux où les gens pensent être formés et ils ont juste été formés en formation initiale. Et en fait ce qu'ils ne savent pas faire c'est l'entretien motivationnel. Et donc le risque d'une MCRO mal tournée, c'est que, en fait il y a souvent beaucoup d'étudiants qui disent « en fait pour moi je suis occupation centrée » il y a beaucoup d'étudiants qui disent qu'ils sont patients centrés. Si on est patient centré, on est centré sur qui ? Sur le biomédical en fait, si on est patient centré, on est centré sur les capacités physiques psychologiques et sociales de l'individu. Comme a dit Wood. Donc à ce moment-là si je dis que je suis patient centré c'est normal qu'un médecin me demande une évaluation purdue minnesota. Alors que la MCRO, elle est occupation centrée, donc dans une approche collaborative et par contre il faut que je reformule pour obtenir des objectifs atteignables et smart. Et ce que je vois dès fois c'est que le patient il a dit sauter à l'élastique et oui c'est ce qu'il veut et qu'est-ce que l'on en fait derrière ? Il y a après le médecin qui lève les yeux au ciel, quand il voit ces MCRO là il se dit « oh là là encore des trucs des ergo, complètement délirant ». Voilà, je vois dans les rapports aussi que je lis que les ergothérapeutes mettent dès fois « tenir l'équilibre » alors que la dame elle n'a plus d'équilibre et qu'elle n'en aura jamais, c'est une maladie évolutive. Si dans la MCRO ils ont mis tenir l'équilibre, qu'est-ce qu'ils font derrière ?? ils lui mettent un morceau de bois ? Voilà, le défaut il n'est pas dû à la MCRO, il est dû à la mal utilisation de la MCRO, là c'est dangereux oui. Alors, je serai allemande je répondrai mazo mazo, c'est un terme qui n'existe pas trop en français. La MCRO elle ne permet pas ça, il y a des gens qui pensent que la MCRO permet d'établir des objectifs de traitement. Moi je ne pense pas ! Je pense que la MCRO est faite pour évaluer les situations problématiques et après c'est le talent de l'ergothérapeute et donc son savoir-faire professionnel qui va faire le reste. Mais elle ne permet que ce pourquoi elle a été créée, c'est à dire évaluer les situations problèmes et la perception qu'a la personne de ces situations problèmes en terme de capacité et de satisfaction. Voilà, donc non je ne peux pas dire mazo mazo ...ça veut dire parfois c'est si parfois c'est si. Voilà c'est un peu ça, c'est une belle expression parce que mazo mazo, on ne sait pas. Dès fois ça va aider le patient à s'engager dès fois non parce que ça va le mettre devant toutes ses situations problèmes ça va le bloquer mais ce n'est pas la MCRO en elle-même, c'est l'ergothérapeute qui va favoriser l'engagement. C'est le processus d'intervention qui va favoriser. Une des premières pierres, la première pierre c'est l'OQ parce que quand vous

démarrez, si vous arrivez et que vous êtes jeune diplômé et que l'on vous balance directement le patient et il arrive. Il est dans un centre très biomécanique centré. Et vous arrivez vous lui dites « c'est quoi votre problème ? ». En fait moi je fais venir des patients ressources quand je fais des formations. Et en fait ce que disent ces patients ressources, c'est « là là comment ils m'ont plombé, ils ne m'ont demandé que mes problèmes ». Et en effet, si vous arrivez « c'est quoi vos problèmes c'est quoi vos problèmes ? », les gens ils en ont déjà tellement des problèmes que si en plus on vous demande des problèmes... Alors que si vous démarrez en disant « bin voilà nous on est occupation centrée, donc le but est de repartir de toutes vos occupations de vie, de déterminer celles qui vous tiennent vraiment à cœur, celles qui sont de l'ordre de la nécessité. Par exemples : emmener les enfants à l'école certains vont dire une nécessité d'autres une priorité, je retrouve tous mes amis je reste jusqu'à la récré et oups je me dis on est à la récré et je suis encore en train de discuter. Et il y en a d'autres qui disent ça me gonfle tous les matins, je les embarque. Voilà, l'OQ fait partie c'est une des premières pierres. Parlez-moi de vos occupations de vie ! Et à partir de là on pourra établir celles qui posent problématiques, la perception que la personne a, et après démarrer : « maintenant que vous m'avez dit ce que vous en pensiez d'aller chercher les enfants à l'école, et que vous m'avez décrit les freins que vous pensez avoir, maintenant on va le mettre en place. Et comme cela on va regarder ce qu'il se passe. C'est une évolution, c'est une aide au cheminement à la fois de l'ergothérapeute et du patient dans une relation dite thérapeutique. Dans une relation thérapeutique collaboratrice et non pas de sachant, pas paternaliste comme l'on avait avant. En fait, cela dépend dans quelle démarche on est. Vous connaissez l'OTIPM ? En fait, l'OTIPM c'est notre modèle que l'on a dans notre poche. Et en fonction de l'approche que l'on va déterminer que l'on va utiliser, on va avoir différents types d'évaluation. Si je suis restaurateur, hé bien je vais utiliser le EN, le test de paille, des trucs comme ça. Et si je suis occupation centrée, je vais m'orienter davantage vers l'OQ vers la MCRO et après je vais faire le Borg par exemple mais par rapport à l'occupation donnée. Et si je suis compensatoire, je vais être plutôt dans le sens évaluation des besoins, faire la liste de ce que la personne perçoit comme difficultés. Donc, selon les différents regards, approche de l'outil OTIPM, je vais avoir des évaluations différentes. C'est ça que les ergo ne savent pas très bien faire pour l'instant. C'est pour ça que j'ai recréé une autre formation parce que quand je vais donner une formation MCRO je me dis qu'est-ce qu'on en fait derrière de cette MCRO ? Et en fait, ils ne s'en servent pas. Ça c'est une vaste question, cela dépend des gens. Il y a des gens ça impacte beaucoup il y a des gens c'est des béquilles nécessaires pour qui il ne faut pas les enlever. Les douleurs, Verlaine dit : ô ma douleur, tiens-toi plus tranquille. Il ne dit pas qu'elle s'enlève. Il dit que la

douleur c'est un premier signe d'alerte de l'individu aussi. Donc quand on a mal, normalement on peut s'arrêter. Qu'est ce qui fait que ça devient insupportable ? Parfois c'est l'accumulation des fois c'est parce qu'elle se projette sur autre chose. C'est vaste, c'est très vaste. Parfois ça a des répercussions sur le physique, dès fois sur la psychologie et nous on essaye via la MCRO de montrer aux gens et souvent ça marche bien. Donc dans le collectif, on leur fait la MCRO collective. On leur fait les capacités physiques psychologiques et sociales, et on part de la perturbation physique et on leur explique que la perturbation physique va entraîner des privations d'occupation de vie. Et ces privations d'occupation de vie vont à un moment donné avoir des incidences sur des réactions de leur part qui peuvent être sociales : je sors moins pour moins emmerder mes amis, et à la fin c'est eux-mêmes qui arrivent à nous dire « hé bien alors je comprends que ça ait des incidences sur mes capacités psychologiques ». Et nous on leur dit « hé oui forcément, on en serait à moins ». Dans les domaines, c'est à dire ? En fait vu que nous on est SSR, ils se présentent avec une base physique. Mais la plupart du temps ce n'est pas vrai. La porte d'entrée, c'est le physique, mais on sait bien aussi il y a beaucoup d'écrits qui montrent que les femmes lombalgiques ont souvent, on ne va pas faire des généralités, mais il y a un gros potentiel de femmes abusées ou dans leurs enfances. Il y a quand même des traits, moi je ne sais pas la part. En plus, en ergo, on prend la personne telle qu'elle se présente. Si elle nous dit que c'est physique, nous on dit que c'est physique. Si elle nous dit que c'est psychologique, nous on dit que c'est psychologique. On dit qu'elle a les raisons que ça parte vers le psychologique. Après, forcément, vu que je travaille dans un SSR, leurs portes d'entrée c'est uniquement le physique. Mais ça part vite sur autre chose. Les gens expliquent qu'ils ont été harcelés au travail, etc. il y a quand même pas mal d'éléments qui se croisent pour arriver là où ils en sont. Les divorces. Oui, on peut avoir aussi beaucoup de femmes ou d'hommes qui ont eu des difficultés au décès de leurs parents. On peut aussi avoir des accidents de la route qui ont eu lieu il y a 20 ans et progressivement ça a installé ça. Un enfant en situation de handicap ou un enfant qui déraile qui se drogue. Enfin, il y a tellement de facteurs des gens qui sont dans l'hyperactivité d'autres qui sont dans la sédentarité. Voilà c'est varié. La même que ce que je vous ai dit avant c'est à dire d'identifier les répercussions que ces douleurs vont entraîner sur les occupations de vie et sur le déséquilibre occupationnel des personnes. Et agir sur ces déséquilibres. Voilà. Pour moi le déséquilibre occupationnel est autant, enfin l'équilibre occupationnel est autant vecteur de santé qu'un massage. Parce que je suis ergothérapeute ... c'est des voies différentes. C'est parce que les ergo ont calqué les kinés qu'on est parti en live. Mais on a d'autres chats à fouetter ! Bin oui c'est ça. On ne va pas, autant on a été vers le domaine physique et autant on a été vers le domaine psychologique. Dans les deux cas, moi je

crois qu'il ne faut pas y aller puisque la MCRO nous démontre qu'on n'est pas au niveau des capacités physiques, psychologiques et sociales, il y a d'autres corps de métier qui savent le faire. Nous, on est dans les besoins de vie et l'identification des besoins et quelles sont les répercussions que ça peut avoir ? C'est un regard que personnes d'autres n'a ! C'est un regard que l'on défend à l'heure actuelle au niveau du ministère, qui ne passait pas avant. Et avec le Covid, ça met en avant les répercussions d'une perte de participation sociale des individus et là on commence à s'intéresser à ça et on se dit « tiens il y a un professionnel pour qui c'est sa fleur de lance ! ». Et c'est l'ergothérapie. Ça commence à nous être favorable. C'est au moins un des avantages de la crise. Alors, c'est une bonne question. Pluri non. Inter oui. Par contre, moi je pense que l'on peut avancer d'un pas et que là vous êtes resté beugé dans les années 2005 et que là on est en 2021. Donc, avant, c'est vrai qu'on parlait de pluridisciplinarité, c'est l'approche où tous les gens individuellement faisait ce qu'il fallait par rapport à la personne. Après, on est passé à l'approche interdisciplinaire, où on met la personne au milieu. C'est cette époque-là où l'on a parlé d'approche centré sur le client. On met la personne au milieu et nous on travaille bien nous tous main dans la main, interprofessionnels, pour que la personne aille mieux. Or on se rend compte que l'on rame quand même un petit peu. Et depuis les années 2005, 2006, 2007, les Canadiens ont dit que peut-être il fallait avancer vers une approche partenariale collaborative. Je ne sais pas si vous connaissez le modèle de Montréal ? Modèle collaboratif Montréal. Quand vous allez m'envoyer votre papier, en retour je vous enverrai le modèle. Et vous allez voir, on ne peut parler à l'heure actuelle en 2021 d'approche interprofessionnelle si on intègre le patient dans l'approche et que le patient devient quelqu'un qui a des compétences expérientielles. C'est à dire que c'est lui qui connaît le mieux ce qu'il vit. Et comme on est occupation centrée, on ne peut pas se dire qu'entre nous on va réussir à définir ce que font les occupations. Il y a quand même une personne qui connaît bien ses occupations, c'est le patient. Donc là il faut faire rentrer des patients. La haute autorité de santé, dès 2016, a tiré la sonnette d'alarme en disant : « attention ! Les professionnels de santé, vous vous prenez pour des dieux parce que vous avez une blouse blanche et il est temps que l'on soit dans une approche partenariale. Donc, à partir de là, 2016, nous on n'a toujours rien fait pour améliorer ça. Je vous dis, le patient il est toujours ausculté, examiné, mais quand est ce qu'il dit lui où il en est ? Ce qu'il veut faire et qu'en est ce qu'il participe ? Dans une approche collaborative, Jacques a dit a dit : « si dans une approche, si vous passez la MCRO dans un mode centré sur le patient. Tout ce qu'il dit vous le notez. Si vous êtes dans une approche collaborative relationnelle, vous reformulez vous reformulez. Le papi de 90 ans dans son fauteuil, en triple flexion, en rétroversion, qui vous dit que la conduite pour moi c'est pour

demain ma fille. Bin, vous avez la possibilité dans une approche collaborative, de reformuler son souhait, et de ne pas marquer dans l'évaluation de la MCRO, la conduite, le projet du patient la conduite automobile. Alors que vous allez reformuler jusqu'à ce que vous obteniez on va dire quelque chose dans une relation qui permettra de dire : « non, ce que je comprends, pourquoi vous me parlez de la conduite ? la conduite pour la conduite ma petite. Mais c'est pourquoi faire ? Pour aller à la boulangerie, pour aller chez vos enfants ? Oui oui j'ai ma fille qui habite à 30 km. Donc vous voulez pouvoir vous déplacer de chez vous à votre fille ? Oui ! Donc le problème c'est de se déplacer de chez vous à votre fille ? Oui c'est ça c'est ce que je suis en train de vous dire. » Et donc à partir de là, s'ouvre un domaine beaucoup plus large que la conduite automobile. Voilà, et c'est cela que l'on a raté en restant zoomé sur l'interdisciplinarité ou la transdisciplinarité. Moi, au niveau de l'ETP, j'ai 12 patients ressources post AVC et 4 parkinsoniens et 2 tétraplégiques. En fait c'est eux qui disent ça : « arrêtez-vous nous étouffez ! ». Et ils ont raison. Ils nous disent : « nous on a notre mot à dire, mais quand on rentre, vous parlez tellement des langues bizarres que nous on n'a rien à dire. A un moment donné il y en a qui a dit à des étudiants dans un congrès sur l'interprofessionnalité : « mais pourquoi vous parlez d'interprofessionnel, vous voulez dire qu'être patient est une profession ? ». Le sujet du congrès c'était l'approche collaborative et tout le monde parlait d'interprofessionnalité. Ça veut dire qu'on travaille en interprofessionnel avec le patient à côté, ou qu'être patient est profession ou une discipline si on parle d'interdisciplinarité. Le modèle de Montréal est très bon pour ça, puisqu'il montre l'approche collaborative avec le patient. Il y a un professeur qui a dit : « Le patient on lui a laissé une place, maintenant il va falloir lui laisser un rôle ». Moi je suis pour payer les patients qui viennent, par exemple si on fait un essai d'un fauteuil roulant, je ne comprends pas pourquoi le patient n'a pas l'avis d'un autre patient qui l'utilise. C'est la révolution de l'ergothérapie. Oui cela crée la relation, un support. Dans votre discussion vous pouvez parler aussi de l'environnement dans lequel vous recevez les gens. Si vous avez un environnement avec des tables réglées en hauteur et que vous dites que vous êtes là pour voir les douleurs orofaciales avec le patient, le chirurgien-dentiste va être sceptique et le patient aussi. Le chirurgien il va être sceptique parce qu'il va se dire c'est quoi ce délire et le patient qui en a marre des douleurs va voir des tables réglées en hauteur avec des connes et des bâtonnets, on va faire vivre à ces patients ce qu'on a fait vivre à des patients qui ont eu des AVC ou des lombalgies et ça faut arrêter. On ne sera jamais crédible, en effet la MCRO permet d'entrer en relation comme vous dites, mais comment vous allez évaluer le patient si vous l'évaluez dans un endroit qui ne ressemble à rien ? Ce que je ne supporte c'est que le patient dise pendant l'évaluation que c'est l'école maternelle ou vous êtes de la police

ou quoi ? Comment vous allez aborder des problématiques de vie dans un environnement avec des cônes et des bâtonnets ? La question de la personne est réelle. Tant que l'ergothérapie n'aura pas un autre décor. Oui, on nous dit d'être occupation centrée dans un décor qui n'est pas occupation centrée, il est là le décalage. Le médecin qui rentre il va vous demander ce qu'il voit, 70% de la relation est lié à ce qu'on produit comme environnement, et le patient va s'engouffrer dans un endroit qui n'est pas du tout occupation centrée et quand vous allez lui parler d'occupations il va se demander pourquoi on lui pose toutes ces questions alors que nous aussi quand les patients rentrent, s'ils n'ont rien à faire en ergothérapie ils ne viennent pas. C'est une promotion d'aller en ergothérapie parce que ça veut dire qu'ils vont échanger sur leurs occupations de vie. Dans votre discussion comme votre sujet est innovant il faut déjà qu'on ait une image de l'ergothérapie qui ressemble à l'image de l'ergothérapie. Le chirurgien-dentiste ne va pas forcément comprendre pourquoi on s'intéresse à ça. Pour revenir à la MCRO, une fois que vous avez identifié vos 5 problèmes, vous allez voir la capacité et la satisfaction, mais nous on va plus loin que ça, on dit par exemple manger un repas entier c'est douloureux. La personne va dire qu'elle est capable à 4/10 et qu'elle est satisfaite à 1/10 mais on va aller plus loin, la douleur que vous développez lorsque vous mangez elle est à combien ? la fatigue quand vous mangez elle est à combien ? et avec le Borg la difficulté. Donc on est capable de dire par rapport à cette situation toutes les perceptions. Donc on va évaluer la perception de la douleur pendant l'activité, et c'est intéressant parce qu'en début de conversation le patient va vous dire que c'est hyper douloureux et quand on fait l'EN pendant l'activité il vous dit 3/10, et par contre la fatigue 4/5, et les gens mélangent tous, un sentiment de saturation, comment expliquer à l'autre, on dit qu'on a mal pour que les gens s'intéressent à nous. On se rend compte en ergothérapie en analysant plus finement la douleur que ce sont des douleurs morales ou de la fatigue qui fait que c'est insupportable. Non je crois que je vous ai tout dit. A vous de jouer maintenant. Aurevoir. »

Annexe n°32 : Verbatim regroupant ceux des chirurgiens-dentistes utilisés pour la classification descendante hiérarchique

« Très bien. Ok, bah moi je suis chirurgien-dentiste. Je m'intéresse aux dysfonctions de la mâchoire, dysfonctions temporo-mandibulaires, depuis une vingtaine d'années environ, j'ai fait ma thèse en 2005, j'ai suivi un enseignement d'occlusodontologie pendant ma formation initiale avec le professeur André Darthez que j'ai suivi également lors de ses consultations hospitalières. J'ai passé ma thèse en occlusodontologie avec lui en février 2005. Et ensuite j'ai réalisé un diplôme universitaire d'occlusodontologie, c'est-à-dire de problèmes de mâchoires que j'ai commencé en 2005 et que j'ai fini en 2007 voilà, donc c'est ma spécialité entre guillemets avec les douleurs et la mâchoire. Ensuite j'ai été attaché au diplôme universitaire d'occlusodontie de 2007 à 2011. En 2011 j'ai mené une étude clinique sur des patients, sur la douleur, le serment dentaire actif. Et ensuite, j'ai une activité libérale depuis 2003-2004 et je suis installé à Cahors depuis 2008 en libéral 4 jours par semaine. C'est une activité libérale portée sur la réhabilitation de l'appareil manducateur en particulier, occluso-chirurgicale prothétique un peu complexe on va dire, de grande étendue. Et depuis 2015, alors j'ai passé aussi d'autres diplômes, diplôme de recherche clinique, diplôme de biologie de la bouche, diplôme de prothèse fixée. Puis 2015, avec mon collègue, le docteur Destruhaut et moi avons refondé l'enseignement d'occlusodontologie, de la prise en charge de la douleur et dysfonctions des mâchoires au sein de la Faculté à Toulouse de chirurgie dentaire. Et en 2017, on a refondé le DU qui avait disparu. Et donc voilà, je suis enseignant, ça peut être acceptée et j'enseigne auprès des 5^e et 6^e années principalement, un peu 3^e et 4^e années et surtout en 3^e cycle j'encadre des thèses en occlusodontologie chaque année et des mémoires au sein du DU. Et j'ai participé à l'écriture d'un certain nombre d'articles nationaux, principalement. Quelques internationaux, moins. Vous allez avoir une trentaine d'articles quelque chose comme ça. Et j'ai fait des conférences nationales et quelques conférences internationales, une trentaine aussi depuis une dizaine d'années. Si je devais me définir, aujourd'hui en pratique libérale, j'ai une activité chirurgicale en implantologie, prothèse et à l'hôpital essentiellement axée sur la douleur, la prise en charge de la douleur, de la dysfonction. Voilà je pense qu'on peut dire que je suis un spécialiste de la douleur, de la structure de la mâchoire et de la réhabilitation. Voilà. Ouais, plusieurs. Alors au sein de mon DU j'avais une patiente qui avait été à mon avis abusivement pris en charge par un chirurgien maxillo-faciale d'un point de vue et je pense qu'il n'est pas infondé. Il avait réalisé un traitement très invasif au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire et c'était compliqué d'avoir accès au compte rendu opératoire. On a eu accès à

plusieurs versions de contrôle opératoire et je pense que le praticien avait fait une erreur mais sans vraiment arriver à la trouver. Et nous on avait cette patiente à prendre en charge, elle avait des douleurs excessivement violentes et à traverser des épisodes pratiquement suicidaires. On était très démuni par rapport à ça. J'avais proposé une prise en charge pharmacologique orthopédique avec une gouttière de l'électrostimulation transcutanée, c'était compliqué de la prendre en charge. J'avais amélioré un peu sa situation mais j'avais pu constater vraiment à quel point ça pouvait impacter la vie sociale, personnelle, professionnelle du patient jusqu'à l'amener à une résolution. Heureusement, elle n'est pas passée à l'acte. Mais voilà, ça m'avait beaucoup marqué. Et puis, un autre patient que j'ai vu à mon cabinet avec des douleurs excessivement invalidantes de la mâchoire avec pareil on va dire, des pulsions pratiquement suicidaires, en me disant : « je ne vais jamais arriver à tenir » et je lui dis : « si on va y arriver, on va y arriver ». Et puis on avait réussi à passer le cap des poussées algiques très fortes. On a réussi à le stabiliser et puis, je l'avais revu quelques années après. En fait, il ne portait plus la gouttière parce qu'il s'était rendu compte que le problème venait de lui et de sa conception de la douleur. Il avait commencé une psychothérapie, une psychanalyse avec un praticien qui l'avait beaucoup aidé. Il est revenu me voir pour que je lui fasse une autre gouttière encore bien des années plus tard pour je dirais le stabiliser, il avait des phases excessivement algiques avec des douleurs à 9/10 pendant des semaines, et quand on a mal comme ça toute la journée, toute la nuit, on se réveille le matin on a mal, on part au travail on a mal, sa femme dit qu'elle en a marre aussi, l'entourage familial en a marre d'entendre que le patient souffre et c'est très compliqué pour eux. J'ai quelques patients comme ça, une patiente qui avait des vertiges très importants et quand je lui ai bien réglé la gouttière, elle n'avait plus aucun vertige. Et quand elle revenait me voir pour me dire : « je sens que ça a bougé, je me casse à nouveau la figure » et à chaque fois je me disais : « oh elle exagère ». Quand je l'ai réexaminé elle avait raison à chaque fois l'occlusion avait bougé, ça m'avait sidéré, ce n'était pas une fois deux fois, mais une dizaine de fois et à chaque fois l'occlusion changeait, ce qui m'avait perturbé. Il y avait des douleurs, des gênes mais aussi des pertes d'équilibre qui avaient un impact sur la vie quotidienne. J'ai réussi à stabiliser cette patiente au bout de 8 ans, la prise en charge était très longue. J'ai vu un patient à un congrès aussi, que je n'ai pas rencontré personnellement sur les douleurs, les algies vasculaires de la face. On m'avait dit en cours quand j'étais en 2^e cycle, que c'était probablement la pire douleur qu'un homme puisse avoir à subir. Et un jour, j'ai une conférence d'une praticienne en Suisse qui nous a dit, on était une centaine dans l'amphithéâtre, c'était à Barcelone. Elle a dit : « ceux qui veulent sortir peuvent sortir, les autres peuvent rester, mais ça va être difficile ». J'étais resté et il y avait un patient qui avait des algies vasculaires de la face,

qui sont des douleurs excessivement intenses avec des larmoiements de l'œil unilatéraux, comme la douleur d'ailleurs, à des gonflements de la paupière, et le patient véritablement se tape la tête contre les murs et il y a des phases où les patients sentent que la douleur arrive, on appelle ça des prodromes et il avait allumé la caméra pour que la praticienne puisse montrer à ses collègues ces douleurs, montrer à quels points c'est douloureux dans le cadre du congrès. Et rien que d'y penser, je suis encore ému des années après. Et à la fin de la vidéo elle nous dit : « vous voyez ce que sont les douleurs orofaciales maintenant ». Et cette vidéo m'avait profondément marqué, voilà. Ouais, alors la plupart du temps, le motif de la consultation, c'est la douleur. Plus de 3 fois sur 4, c'est la douleur. Ils viennent rarement parce qu'ils ont une articulation qui claque ou voilà ils viennent parce qu'ils ont mal, et la plupart du temps, ils ont mal depuis longtemps parce qu'il y a une forme d'errance diagnostique et thérapeutique. Donc ils ont mal et c'est vraiment des douleurs chroniques, on va rarement prendre en charge des douleurs aiguës puis de toute façon les délais de consultations font que si la douleur est aiguë quand ils prennent rendez-vous, elle est devenue chronique au rendez-vous. Alors on l'évalue, d'abord en leur demandant, on les écoute, l'entretien peut être assez long. On leur demande où ils ont mal, quelle est la caractéristique de ces douleurs, si ce sont des douleurs spontanées, accentuée par la fonction, par autre chose, unilatéral, bilatéral, on demande de localiser l'endroit, de scorer de 0 à 10 où est-ce qu'ils ont mal, on leur demande de montrer l'endroit. Nous on fait des tests de provocation à la douleur en appuyant sur ces zones pour voir si on arrive à majorer la douleur ou à déclencher la douleur par manipulation. On peut utiliser des questionnaires aussi, on a des questionnaires dans le cadre du protocole qu'on appelle DCTMD (Diagnostic Criterial for Temporo-Mandibular Disorders) qui est validé à l'international. On demande au patient de montrer lui-même où est-ce qu'il a mal. Et on est surpris parfois parce qu'il nous montre des douleurs qu'il ne nous avait signalé à l'entretien. Ensuite, on peut utiliser tous les questionnaires sur la douleur chronique qu'on appelle le GCPS (Graded Chronic Pain Scale) qui est un questionnaire validé aussi et dont la traduction a été validé également à l'international. C'est à peu près tout pour la douleur. Après on a d'autres questionnaires, il y a une partie de la douleur qui est somatique, une partie cognitive, une partie émotionnelle et une partie comportementale. On a déjà parlé de la partie somatique du coup, après on essaye d'avoir une évaluation psycho-émotionnelle du patient parce que les statuts d'anxiété, de dépression, de catastrophisations majorent les douleurs, le ressenti de ces douleurs. Alors on a des questionnaires dédiés lorsque l'on veut évaluer ça. On a le GAD-7 pour l'anxiété, le PHQ 7-9 et 15 pour la dépression, on utilise le PHQ 9 la plupart du temps. Voilà ce qui permet d'avoir une évaluation psycho-émotionnelle du patient quand on n'est pas spécialiste de ça, parce que

ça a un impact sur le diagnostic et surtout, ça a un impact sur le pronostic de ces douleurs que les patients qui ont des douleurs sur de l'anxiété, de la dépression, ils ont plus de douleur le mois suivant et les patients qui ont moins d'anxiété et de dépression ont moins de douleur le mois suivant. C'est un impact aussi sur la prise en charge, voilà on essaye de l'évaluer comme ça la douleur. Pourquoi on s'intéresse à ça, parce que c'est important dans le diagnostic comme on l'a dit, nous on a des classifications des DTM, dysfonctionnements temporo-mandibulaires, il y a une dizaine de pathologies communes on va dire, et puis après il y a des pathologies plus rares. Ça, c'est ce qu'on appelle l'axe 1, donc on porte un diagnostic sur l'axe 1 et après il y a l'axe 2 qui est l'évaluation psycho-émotionnelle qui vient majorer ses douleurs ou compliquer sa prise en charge donc pour affiner le diagnostic et affiner la prise en charge et le pronostic c'est important de d'évaluer ça. On peut être amené à référer d'ailleurs ces patients auprès de praticiens qui sont spécialisés dans la prise en charge par exemple des psychologues, des psychiatres, des sophrologues, on peut être amené aussi à faire de prise en charge avec des hypnothérapeute. Voilà ce genre de chose. Alors, nos principaux interlocuteurs sont les kinésithérapeutes maxillo-faciaux. C'est à dire que quand on a des douleurs orofaciales avec des composantes musculaires, des contractions musculaires, des contractures, des spasmes, les kinés maxillo-faciaux, c'est une branche particulière de la kinésithérapie, sont très efficaces pour ça d'une certaine manière. Donc on s'appuie énormément sur eux quand il y a des composantes articulaires aussi et donc eux ils font des manipulations manuelles, ils font des levés de tension et il faut aussi de l'apprentissage d'auto-exercice par le patient ce qui participe aussi à rendre le patient autonome de sa prise en charge, ça c'est très intéressant, parce que je vais laisser penser aux patients que sa prise en charge pour être uniquement passive, c'est-à-dire accueillir uniquement des soins sur la sur la partie dentiste, kiné ou n'importe quel autre professionnel, il faut qu'il participe à son traitement, à la prise en charge et donc les kinés font l'apprentissage de ces mouvements. Ils font aussi du renforcement cognitif au patient, ils leur disent : « ça va aller mieux, ça va aller de mieux en mieux ». Ils font aussi de l'éducation thérapeutique, d'enseigner aux patients qu'il ne faut pas serrer les dents, il ne faut pas avoir des attitudes au niveau de la mâchoire, donc ce renforcement est très important. On travaille avec des hypnothérapeutes dans le service. On a un praticien de l'hypnothérapie et aussi de l'apprentissage de l'autohypnose avec la même pensée concernant l'autonomisation des patients, c'est formidable. On s'appuie aussi sur les ostéopathes, il y en a un qui vient parfois et on lui adresse des patients à l'Institut d'Ostéopathie Toulousaine, on a une convention entre la Faculté Dentaire et l'Institut d'Ostéopathie, on a des étudiants qui vont là-bas, et on reçoit des étudiants en ostéopathie dans notre service. Pour nouer des liens avec les professionnels de santé, avec

les kinés d'ailleurs, je vais faire des cours avec le Dr Destruhaut dans le cadre du DU en formation initiale, en 4^e année, comme en formation continue d'ailleurs. On nous des réseaux de soins mais aussi des réseaux d'enseignement pour parler le même langage et favoriser les communications interprofessionnelles. On a des liens aussi avec les podologues, c'est plus le cas de mes collègues spécialisés en occlusodontologie neuromusculaire, des orthoptistes aussi lorsque le capteur podal ou visuel interfère dans la prise en charge. On peut avoir des liens avec des psychologues, des psychiatres éventuellement, des neurologues assez souvent dans le cadre de diagnostic différentiel de douleurs orofaciales à titre de neuropathie, algie vasculaire de la face, névralgie d'Arnold. On a des liens avec les ORL dans le cadre de trouble vestibulaire de l'équilibre, d'acouphènes. On a des liens avec les médecins du sport ou avec les posturologues également dans le cas de syndrome posturo-globaux liés à des dysfonctions. Donc ça fait pas mal de professionnels de santé. Et surtout voilà les liens d'enseignement dans le cadre de profession de santé sur l'ostéopathie, la kinésithérapie. De plusieurs manières, d'abord d'un pont de vue fonctionnel puis d'un point de vue algique. On a une échelle qui évalue l'impact fonctionnel, je ne sais plus comment elle s'appelle mais dedans vous avez : « Jusqu'à quel point avez-vous été gêné pour manger du poulet ? Jusqu'à quel point avez-vous été gêné pour manger un aliment très cuit ? A quel point avez-vous été gêné pour manger quelque chose de dur ? Jusqu'à quel point avez-vous été gêné pour sourire ? Pour avoir une expression heureuse ? ». On a des questionnaires qui évaluent ça, on a des patients, quand on les interroge on n'a pas la réponse, parfois on est surpris de la réponse et ils peuvent rapporter effectivement avoir des gênes pour sourire, être heureux, pour chanter, pour bailler, pour avoir une conversation normale avec quelqu'un. L'appareil manducateur, la bouche, ça sert à sourire, à parler, à manger, à la préhension, à attraper, à respirer. On a des patients qui peuvent être anxieux, ça sert à l'élocution, ça sert à l'ancrage cervico-céphalique, au sport, essayez par exemple de soulever une charge lourde, très lourde, en ouvrant la bouche vous allez avoir beaucoup de mal. Donc ça peut les gêner pour porter du poids, pour avoir une activité physique. Cela peut les gêner dans la vie professionnelle, pour avoir des entretiens, pour gérer une équipe, cela peut les gêner pour les loisirs, pour chanter par exemple. Evidemment il y a l'alimentation aussi. Puis vis-à-vis de la douleur, ils peuvent être gêné dans l'impact psychologique de la douleur, quand vous vous levez le matin vous avez mal, vous allez voir le médecin, personne ne trouve ce que vous avez, on vous propose des solutions mais qui sont partiellement opérantes. Quand vous passez toute la journée à avoir mal, quand vous vous couchez vous avez mal, au réveil vous avez mal, bah en fait c'est toute votre vie personnelle, professionnelle, sociale, également dans votre famille où votre femme, vos enfants, votre mari en ont marre

d'entendre que vous avez mal. Je vais vous raconter une conférence à Auch, il y avait quarante personnes dans la salle, et il y avait un questionnaire, la dernière question c'était : « Avez-vous déjà que vous seriez mieux mort ? ». Et là, les gens rigolent un peu dans la salle parce que ça paraît un peu exagéré. Et il y avait un praticien au fond de la salle qui était resté debout qui a dit : « Vous ne devriez pas rire, vous ne savez ce que c'est d'avoir tout le temps mal, de se lever et de se coucher avec la douleur, d'avoir mal quand on va travailler au cabinet, prendre en charge des patients en ayant mal en permanence ». Ce qui avait laissé un gros blanc dans la salle, donc oui on peut penser parfois qu'on serait mieux mort mais on ne passe pas à l'acte même si on peut y penser, et je vous assure que les quarante praticiens qui ont suivi la conférence d'une attention extrême jusqu'à la fin parce qu'ils avaient vraiment compris l'impact que pouvait avoir, parfois pas toujours, les douleurs orofaciales chez ces patients. Le visage, la face, c'est la dimension anatomique de de cette partie du corps. Mais le visage, c'est la dimension sociale, culturelle, psychologique. Et donc c'est plus qu'une jambe quoi. C'est plus qu'une main, c'est l'outil préférentiel d'interactions avec les autres. En fait, au-delà de la partie somatique, c'est toute la partie interaction, qui est touchée dans ces douleurs orofaciales chroniques. C'est vraiment un organe qui est pas du tout comme les autres. Dans l'évaluation ou dans la prise en charge ? Alors l'évaluation, c'est compliqué parce que d'abord il y a beaucoup d'errance, en moyenne il y a cinq années d'errance thérapeutique c'est colossal. Cinq années pendant laquelle ils pensent qu'ils ont cancer ou un truc super grave en fait mais pas du tout. Imaginez c'est plus que la durée de vos études en ergothérapie. Quand tu finis par trouver un praticien spécialisé en occlusodontologie, l'évaluation est en partie réalisée, parce qu'on est formé à ça. Et c'est vrai qu'elle est probablement partiellement réalisée par rapport à ce qu'elle devrait être par manque de temps, une évaluation complète en termes de qualité de vie, occupationnelle, etc n'est pas forcément réalisée. Elle est réalisée au cours de l'entretien lorsque le patient nous rapporte des éléments, mais elle n'est pas méticuleusement compilée d'une certaine manière donc pas méticuleusement évaluée. Donc, en première intention, elle ne peut pas être réalisée par l'ergothérapeute, mais en 2^e intention elle pourrait très utilement être complétée par un ergothérapeute et à mon avis il y a un champ d'investigation clinique et de recherche énorme de mon point de vue. Et un champ de progression énorme dans la prise en charge clinique de ces patients. Et un champ d'enseignement aussi, une progression dans l'enseignement énorme parce que le retour d'expérience que pourrait nous amener les ergothérapeutes pourrait probablement considérablement améliorer l'enseignement. Donc je crois que si on avait recours à des ergothérapeutes, ce serait en 2^{de} intention. Ça pourrait considérablement améliorer notre évaluation clinique, notre axe de recherche et notre

enseignement auprès des étudiants et aussi auprès des autres professions. Est-ce que vous pouvez faire le distinguo entre les deux ? On aspire tous à l'interdisciplinarité. Mais en fait, ce qu'on fait souvent, c'est la pluridisciplinarité par manque de temps. Si on n'est pas au sein du même service c'est compliqué de faire de l'interdisciplinarité parce qu'on ne peut pas passer notre vie au téléphone ou à écrire des e-mails avec les gens avec qui on travaille quand même. Il faut se faire confiance un peu, donc on communique, on fait des bilans, etc. Évidemment, on aurait intérêt à avoir recours à l'interdisciplinarité, je pense au kiné par exemple, il faudrait qu'on ait des kinés dans le service. Alors on le fait un peu ça, par exemple avec les orthodontistes au sein de l'équipe. Pour l'enseignement on a un orthodontiste au sein de l'équipe, et entre nous on a une prise en charge interdisciplinaire mais on n'a pas des disciplines qui sont très annexes, elles sont déjà très connexes d'une certaine manière. Par contre sur la vraie interdisciplinarité avec des cursus différents, kiné, ergothérapeute, neurologue, ORL, podologue, posturologue, on est pas tous dans un service hospitalier donc on a des exercices dans des lieux différents et c'est un peu la limite que je trouve. Probablement, si l'évaluation était améliorée, ça ne pourrait qu'orienter l'évaluation et la prise en charge, donc oui probablement, très probablement ouai. Clairement, tout ce qui est occupationnel, nous on le relève lorsque le patient le relate, mais on ne l'implique par forcément, donc tout ce qui est occupationnel, ce serait formidable d'essayer d'investiguer ça. Faut vous y mettre Florian. Non, non, comme ça je pense qu'on a dit pas mal de chose, on a fait le tour ouai. En tout cas on t'attend, on a hâte que tu viennes travailler avec nous. Avec plaisir, à bientôt. Alors moi, je suis interne en dernière année, donc je vais bientôt attaquer mon dernier semestre, donc ça correspond, enfin c'est une 6 ans d'études plus un concours, le concours de l'internat et derrière 3 ans pour la spécialité choisie, donc c'est médecine bucco-dentaire. Voilà donc j'ai une activité en ce moment qui hospitalière à plein temps, que j'ai orienté grâce au DU d'occlusodontie sur la prise en charge effectivement des patients avec des douleurs orofaciales entre autres. Mais on voit aussi beaucoup d'autres patients. On nous appelle pour des besoins spécifiques dans les consultations dédiées, parce qu'ils n'ont pas forcément de prise en charge par les cabinets ensuite, en fait. Voilà donc une activité qui est assez large. Moi, je dirais, qu'il y a certains profils qui se recoupent aussi, donc je te dirai certains patients qu'on peut recevoir en fait, qui ont une errance thérapeutique incroyable. Parce qu'ils sont confrontés à une incompréhension globale et en général, quand ils arrivent chez nous, ils ne sont pas en bout de course, mais on est leur dernière chance quoi. Avec du coup associé à ces douleurs orofaciales qui ne sont pas forcément toujours matérialisable. Qui ne sont pas toujours évident à comprendre pour nous d'ailleurs. Et un contexte psycho-émotionnel qui est vraiment lourd chez certains patients, avec

parfois des comportements psychiatriques associés avec parfois des tentatives de suicide, des choses comme ça qui du coup posent question sur l'implication en fait de ces douleurs orofaciales et de leurs répercussions dans la vie quotidienne. En fait, parce que ce sont des patients qui n'ont objectivement plus de vie. Ouais, c'est ça qui m'a interpellé surtout, c'est-à-dire le côté un peu abstrait de la chose alors que l'on a un travail où quand il a une douleur, il y a une cause, quand il y a une gêne, une cause, on peut le matérialiser, on peut le voir. Chez ces patients-là, c'est assez difficile quand même. C'est le côté multifactoriel qui rend la chose difficile, un acte ne permettra pas de résoudre à lui seul le problème en fait. Voilà je ne sais pas si cela répond à la question. Dans notre activité, ici ? On commence en général par un entretien, sans trop interrompre le patient, du moins c'est surtout lui qui va nous expliquer pourquoi il vient, d'où il vient. Ah ça, on va venir ajouter quand même une anamnèse médicale pour avoir des compléments d'informations. Et ensuite, en fonction des informations qu'on aura récolté déjà dans cette première discussion, on va associer des questionnaires. Questionnaires qui sont validés par la littérature selon ce que l'on cherche à explorer plus en profondeur. Après on peut bénéficier d'examen supplémentaires comme des radios, scanners, IRM. Pour l'aspect que j'évoquais un peu avant, le côté multifactoriel, ce n'est pas le type de douleur ou le type de patient qu'on va avoir habituellement dans notre consultation. Si le patient a une pulpite sur une dent, c'est facile fin on connaît tous la prise en charge, elle est la même pour tout le monde à priori on la soigne et c'est terminé. Là ce sont des patients où ce n'est pas aussi simple et encore une fois on n'a pas forcément l'élément déclencheur de manière évidente. Donc, au travers de ces entretiens et de l'aspect psycho-émotionnel il va avoir l'avant qui peut être déclencheur, et s'il ne l'a pas, il peut l'avoir grandement favorisé. Après chez certains patients, ça va être un élément donné clé, même si eux ne font pas forcément le lien qui va nous mettre la puce à l'oreille. Qui va dire que c'est assez concomitant. Et ensuite chez la plupart c'est les répercussions, une fois les douleurs installées. Voilà. J'ai en fait un exemple d'une patiente pour laquelle on n'a tout simplement pas trouver la solution et en fait les douleurs sont apparues, enfin selon elle, les douleurs sont apparues à partir du moment où on lui a posé un implant. Objectivement l'implant n'a rien nos critères cliniques, il a été confirmé par plusieurs personnes plusieurs fois, vraiment tout allait bien. Et en fait, on a appris à force de discussions, puisque c'est rarement, ils nous disent rarement comme ça d'office, en fonction des sujets, que son père était décédé après cette période et il semblerait, alors c'est toujours au dire de la patiente, qu'elle ait eu des relations particulièrement compliquées, voir des épisodes, je ne sais pas comment formuler, mais des épisodes avec son père dans l'enfance, qui ne sont pas forcément très clairs. Donc est-ce c'est le fait d'avoir un implant posé, un acte invasif, par un homme qui a déclenché

le reste ou c'est juste une grosse coïncidence. Voilà, c'est ce genre de chose qu'on va rechercher. Pour expliquer après, pour le quotidien une fois les douleurs installées. Ben c'est plus essayer de voir avec le patient comment on peut, dans leur vie au quotidien, leur apprendre à vivre avec, à défaut de vivre sans, parce que ce que j'ai dit tout à l'heure qu'on ne trouve pas forcément les réponses pour résoudre le problème. Mais essayer de vivre avec et que ce soit quelque chose qui accompagne, en fait, qui fasse partie de leur vie, mais qui ne soit pas le centre de leur vie. Donc ça peut être, comment par exemple, le matin au réveil de sa formation, ça va être très douloureux, comment arriver à retrouver les bonnes sensations, les bons contacts occlusaux avant de commencer la journée. Ou alors chez d'autres, ça va être les épisodes de stress, enfin eux-mêmes pour les identifier les épisodes de stress comme déclencheur. Ça peut être par la respiration, la méditation, du yoga, du sport. Ouais voilà, ce qui leur convient à eux, puisque le traitement médicamenteux est nécessaire et on n'est pas apte à le prescrire mais par contre on adresse. Après ce sont mes convictions personnelles mais les médicaments enfin, l'allopathie telle qu'on la connaît, je ne suis pas persuadé qu'elle soit la solution à tous les maux, mais ça n'engage que moi. Alors pour le côté purement fonctionnel, le kiné. Le podologue et l'orthoptiste, quand on dépiste des origines qui pourraient être autres que les dents, donc postural ou ophtalmique. Éventuellement l'orthophoniste, si on suspecte des problèmes de déglutition, ou des choses comme ça. L'orthodontiste, puisque ça peut aussi passer par des malpositions dentaires. Donc ils vont permettre de retrouver des organisations et des contacts plus favorables. Après tout ce qui passe par la psychothérapie, comme la psychologie, la sophrologie, voilà. Je vous avoue très franchement, que je n'ai encore jamais adressé à un ergothérapeute. Mais après, complètement, pourquoi pas. C'est juste que je ne vois pas ce qu'on peut mettre en place ensemble pour l'instant. Ou je n'ai pas les bonnes représentations ce qui est fort possible. Ce sont les principaux professionnels auxquels je pense là, dans l'immédiat. Parfois des bilans des neurologues si nécessaire. Ouais, par exemple les centres antidouleurs typiquement, et puis aussi tout le versant qui est lié au sommeil donc dans ce cas-là, chez certains patients on fait des explorations avec le médecin du sommeil. Et puis après ils nous reviennent de toute façon comme c'est qui posons les gouttières s'ils en ont besoin. Ouais, je peux rapporter uniquement ce que les patients m'ont dit, quoi que ça m'arrive. En quoi ça les impacte ? Ben, souvent ça, les impacts au quotidien dans l'alimentation. Puisqu'il y a un grand nombre d'aliments qu'ils éliminent en fait, tout ce qui demande un effort, tout ce qui est dur, etc. Ils le mettent eux-mêmes de côté. Bah ce sont des patients. Pardon qui ne mange plus de chewing-gum, plus de viande, clairement ils oublient, le pain ils oublient. Il y a quand même beaucoup de choses, quand on mange en groupe, quand tu vas au restaurant ou quoi, ça implique

à chaque fois de réfléchir à ce qu'on ce qu'on choisit. Je pense que c'est déjà une charge mentale supplémentaire. Au-delà de ça, la douleur chronique en elle-même occupe une partie de la pensée au quotidien donc ça fait de la charge mentale, donc rien que ça c'est impactant. Associé à ça le manque de sommeil puisque le lien entre la douleur et le sommeil, on le connaît. Donc en fait un cercle vicieux qui s'entretient. Pour certains quand il y a la vie de famille associée, etc. C'est faire comprendre aux conjoints ou enfants, au reste de la famille que ok ça ne se voit pas forcément, mais ça existe. Qu'il y a certains jours où vous serez moins opérationnel pour faire tout ce qui vous est normalement attribué. Pour moi c'est ça principalement. C'est une très bonne question. J'associe l'ergothérapie plus au handicap vraiment très lourd, au handicap moteur, donc je ne sais pas. Après, si c'est dans votre champ de compétence, peut-être apprendre de nouvelles techniques pour manger, mais en même temps, c'est aussi un peu notre rôle de leur expliquer quand c'est l'alimentation qui pose un problème. Peut-être enfoncer le clou sur les conseils que l'on peut avoir en thérapie cognitivo-comportementale que l'on peut mettre en place avec nos patients. Mais sinon je ne sais pas. Est-ce qu'on peut définir la différence entre les deux termes ? Donc je dirais que pour l'instant on travaille en pluridisciplinarité dans ce domaine-là. Enfin, dans notre service en tout cas, mais je pense que ce serait un réel apport de pouvoir travailler en interdisciplinarité et c'est de plus en plus ce qu'on développe au sein de notre service, mais dans d'autres domaines en fait. Donc non au contraire, je trouverai ça super de pouvoir avoir, je ne sais pas, alors peut-être pas tous les mardis comme c'est le jour de la consultation mais une fois par mois on fait un staff tous ensemble et il y a un représentant de chaque profession qui intervient et que chacun, effectivement, viennent donner des idées ou son point de vue. Sinon on resterait fermé dans nos schémas et dans ce qu'on a appris. Chacun dans son regard, va regarder quelque chose en premier parce qu'il a été un peu formaté comme ça entre guillemets. Même si c'est vrai que sur la prise en charge des douleurs orofaciales donc ce que le Docteur Destruhaut, le Docteur Hennequin, le Docteur Champion que vous connaissez ont mis en place, c'est vraiment ce côté : essayer de repenser nos habitudes, de repenser nos représentations justement et essayer de prendre le patient dans son ensemble et pas arrivé bon ok on ouvre la bouche, on regarde vos dents. Ce qui est le plus clair de notre activité ici, et c'est comme ça qu'on est formé. Au départ, s'il y a un problème c'est dentaire. Non je pense que le côté déconstruire c'est intéressant et que ce sera encore plus renforcé si on avait des échanges comme ça. Après pour la fréquence ce serait à évaluer selon le besoin aussi mais je suis pour. Certainement, oui. Très certainement, parce que vous avez, enfin je suppose, d'autres réflexes, d'autres habitudes sur comment adapter les choses pour les patients, comment les accompagner en fait, alors que nous, on va plus être

du côté, poser le diagnostic, même si on essaie de les accompagner et de d'adresser, mais on reste enfermé dans notre service géographiquement et on envoie le patient à l'extérieur. Après il y va, il n'y va pas, à tout moment il se perd. Donc rien que pour ça il y a de quoi je pense.

Oui oui avec plaisir. Ouais, mais du coup, l'éducation thérapeutique oui, on essaie aussi de le mettre en place clairement. Mais je comprends par exemple sur un AVC, sur l'accident de la route, ce genre de chose encore une fois, qui sont tangibles en fait où la personne arrive plus à lever le bras, elle arrive plus à marcher ou c'est difficile de se retourner, on peut mettre des choses en place au quotidien en adaptant ce qu'il va utiliser, l'environnement mais je n'arrive pas à l'extrapoler aux douleurs orofaciales. Oui, je l'imagine assez facilement par contre sur la première partie de l'explication, sur le schéma occupationnel du patient, parce que ce sont des choses qu'on n'a pas forcément nous trop, trop l'habitude d'évaluer. Et je pense que ça serait hyper intéressant pour adapter en fait le discours et même la manière dont va présenter la pathologie en elle-même aux patients pour directement se mettre sur son canal à lui, et lui proposer des choses qui soient directement sur son mode occupationnel à lui parce qu'il y a certains patients qui je pense, vont avoir besoin d'être ultra acteur, alors que d'autres auront moins ce besoin et attendront peut-être plus de nous pour qu'on trouve les solutions pour eux. Donc rien que pour ça ce serait intéressant et sur les activités qu'on peut proposer parce que en fait il y a plusieurs patients c'est vrai je me rends compte qu'on discute avec eux, on leur dit : « ah vous pourriez faire de la méditation ou de l'hypnose » ou quelque chose comme ça et ils me répondent : « ah non mais ça ce n'est pas pour moi c'est trop calme ou c'est trop ci ». Et finalement, bon, c'est vrai que nous de base, ce n'est pas trop notre formation quand même de discuter de tout ça, alors on est sensibilisé, on a des introductions quoi, si je puis dire, mais ça s'arrête là après. Quand il me dit ça, je suis un peu embêté, trouvez un truc qui vous plaît, si vous aimez courir bah aller courir. Et pour le côté aussi, enfin, l'aspect qui s'intéresse aux rôles sociaux et à l'environnement parce que le fait que ce soit non visible est un des gros problèmes chez certains patients, et aussi tous les rôles sociaux, effectivement on a des femmes à cette consultation et qui disent : « bah en fait moi les douleurs elles arrivent à 17h quand mes enfants rentrent de l'école et que à 19h mon mari arrive et je sais que tout va s'enchaîner jusqu'à l'heure du coucher. De toute façon avec mon mari, ça ne se passe pas bien ». Ok, alors je ne sais pas comment ça se passe pour mes collègues, mais je trouve qu'on est dépourvu parce que, qu'est-ce que vous voulez lui dire ? « Rendez vos enfants et séparez-vous ». Non, objectivement ce n'est pas la solution qu'elle attend quoi. Alors après, on a beau leur dire d'essayer de trouver une autre organisation, mais en vrai ce n'est pas aussi simple, ça fait peut-être 25 ans qu'elle vit comme ça, j'ai l'âge d'être sa fille, je ne peux pas exactement lui expliquer comment

réorganiser sa vie de famille. Donc est-ce que par là il y a d'autres moyens, manières d'approches et d'accompagnements, je ne sais pas si ça dépasse votre sphère mais auquel cas je trouve ça super intéressant. Je pense qu'on n'est pas armé pour et d'autre part on n'a honnêtement pas toujours le temps même si on accorde beaucoup de temps à ces patients là et à ces consultations faut qu'on passe à autres choses. Il y a quand même des gens derrière. Et encore une fois, ce sont des conseils qui vont rester dans l'enceinte du cabinet dentaire, on n'a pas de légitimité derrière... Exactement, on n'a pas les clés concrètement pour l'aider et voir comment elle peut gérer la relation avec son fils qui ne veut plus lui parler, après c'est un exemple parmi tant d'autres. Je pense qu'il y a vraiment quelque chose à faire, après sous quelle forme je ne sais pas mais je pense que c'est intéressant et même pour nous ce serait intéressant de voir, à défaut de le faire par curiosité comment on peut amener les patients à prendre les choses sous un autre angle ou à trouver des occupations qui leur fasse oublier ou apprendre à vivre avec du moins leur douleur. Je ne sais pas si cela aide ou répond. Non, après que c'est un domaine qui est amené à être plus connu, ça c'est certain. Mais là, je parle même pour chez nous clairement, il y a encore trop peu de dentistes qui dépistent et qui orientent donc l'errance thérapeutique on en est aussi responsable. Après, est-ce que le fait de de créer des sortes de partenariat comme ça qui soient plus visibles, ça aiderait aussi les dentistes à diagnostiquer et à parler parce que peut être, c'est une hypothèse, que chez certains il y a l'angoisse ou le stress de se dire : « ok mais si je commence à en parler, si je commence à me lancer là-dedans après il faut que je gère et je n'ai pas le temps de gérer ça au cabinet ». Nous, au service on travaille dans un milieu hospitalier, donc on n'a pas non plus les obligations d'un cabinet, donc, est-ce que si on avait des partenariats comme ça qui était vraiment très fléché et très évident, il y aurait aussi cette facilité, entre guillemets, de dire : « ok, je vous diagnostic ça mais il y a des gens qui vont pouvoir prendre le relais pour vous accompagner, tout ne va pas reposer sur moi ». Avec plaisir, bon courage pour votre travail. Bonjour, je suis chirurgien-dentiste, spécialisé en occlusodontie. Depuis, je dirais 5 ans à peu près, j'ai fini mes études de chirurgien-dentiste, j'ai passé ma thèse exactement en... ça fait 7 ans c'était 2014 si je ne dis pas de bêtises, fin 2014 et donc ça fait 4 ans et demi que je me suis spécialisé dans l'occlusodontie donc sur l'étude de la fermeture de la mâchoire et tout ce qui va s'y rapporter en termes de muscles, articulations et douleurs qui peuvent aller avec. Là actuellement, en plus de tout ça, je suis toujours resté un petit peu à la faculté pour faire de l'enseignement au départ en tant que moniteur quand j'étais encore étudiant pour les étudiants des années inférieures. Ensuite en tant qu'attaché jusqu'à ce que j'obtienne un poste d'assistant que j'occupe. Alors assistant en prothèse pour le coup à l'époque, je travaillais plus sur la prothèse. Plus particulièrement la prothèse amovible et

j'occupe ce poste depuis un peu plus de 3 ans, qui se finit dans 11 mois à peu près puisque ce sont des postes de 4 ans. Et après, je pense que je resterai principalement pour le DU (Diplôme Universitaire), pour partager au maximum ce que je peux avoir comme connaissance. Bah, je dirais ma femme, enfin ma future femme qui est la personne qui a fait que j'ai commencé à m'intéresser de plus près à l'occlusodontie, puisque c'est comme ça que j'ai rencontré le docteur C. Elle s'est retrouvée avec des douleurs et surtout vraiment, un handicap avec une paresthésie assez importante avec une hémiplégie au niveau de la face qui était d'origine occlusale et on a mis plusieurs mois, deux trois mois à trouver justement cette origine, ça a été source de beaucoup de stress dans la vie quotidienne. Du coup de la sienne et dans la vie du couple, et à partir du moment où on a trouvé l'origine ça a été réglé très rapidement. Et ça, c'est peut-être ce qui m'a le plus touchée puisque ça a touché ma vie personnelle en plus de la vie professionnelle. Je la suis comme patiente, quand je la vois quand même elle n'a pas beaucoup de soucis mais au niveau dentaire c'est ce qui m'aura le plus marqué et c'est d'ailleurs ce qui a fait que j'ai commencé cette spécialité. C'est à la suite de ça que j'ai vu tous les potentiels qu'il y avait là-dedans, aussi bien bénéfiques que néfastes justement si ça ne marche pas, et c'est comme ça que je me suis intéressé à ça. Sur un premier rendez-vous avec des patients ? D'accord, bah déjà essayer de les localiser puisque c'est vrai qu'au niveau occlusal on a quand même pas mal de douleurs qui peuvent s'y rapporter. Donc essayer de localiser la douleur, savoir depuis quand, essayez de la quantifier, même si c'est quand même assez personnel comme donnée ça varie beaucoup d'un patient à l'autre au niveau de la résistance à la douleur en fait, mais essayez de localiser, quantifier et surtout d'essayer de savoir depuis combien de temps cette douleur est présente et savoir surtout, plus que la gêne, la gêne occasionnée dans la vie quotidienne. Justement, savoir à quel point le patient souffre, pas en tant que douleur, mais en tant que handicap. Encore une fois aussi par rapport à votre travail, essayez de comprendre l'affect que ça va avoir sur le patient. Dans un premier temps essayer de déjà quantifier, pour reconnaître telle ou telle douleur et ensuite essayer de trouver le meilleur moyen de soulager le patient, le plus efficacement et le plus rapidement possible. Parce que c'est énormément lié, et c'est vrai qu'on nous dit souvent qu'on a affaire clairement à des fous, ce qui est pas du tout mon avis. Je pense qu'il y a une interdépendance qui est très importante entre la douleur que peuvent ressentir les patients dans le cadre de l'occlusodontie et des problèmes occlusaux et il y a énormément d'interdépendances, savoir qu'est-ce qui arrive en premier ? Déjà le problème psychologique ou le problème fonctionnel, le problème algique, quel est le premier des 2 à être présent puisque très souvent l'un suit l'autre dès. On a très souvent des problèmes psychologiques, on pourrait appeler ça comme ça, qui vont suivre des douleurs. Pour en revenir

notamment, à l'histoire de tout à l'heure, moi je vois ma femme quand elle a eu ses problèmes d'hémiplégie, ce qui était le plus dur d'ailleurs, c'est le psychologique, ça n'a pas été la douleur en soi d'ailleurs et il n'y avait pas beaucoup de douleur. Mais le psychologique a été extrêmement compliqué et même à gérer aussi en étant à côté de la personne qui souffre. De la même façon pour le praticien si on en revient à la relation patient praticien. Mais le psychologique a été très compliqué à traiter et j'ai l'impression que très souvent il y a une interdépendance, encore une fois, qui est, qui est très marquée. C'est rare d'avoir un problème sans avoir l'autre, d'avoir des douleurs sans avoir le psychologique qui est atteint et d'avoir des problèmes psychologiques qui vont entraîner des douleurs dans le sens ou au niveau de l'occlusion dentaire encore une fois, on va avoir des soucis de, par exemple d'hyper serrage, des dysfonctions qui sont d'origine psychologique et qui vont entraîner par contre de vrais pathologie algique et physique notamment. Effectivement, par exemple, à partir d'hyper serrage qui va entraîner une hyperactivité musculaire et qui peuvent entraîner tout un tas de pathologie algique comme des céphalées de tension et autres. Donc effectivement il faut savoir, quel est le premier, quelle est la cause originelle ? En fait, soit le psychologique soit le physiologique, l'anatomique. C'est pour ça qu'avoir une prise en charge globale, c'est pratiquement nécessaire puisque de toute façon, dans les 2 cas, que ce soit bah de la poule ou de l'œuf le deuxième va suivre derrière. Donc avoir une approche globale c'est vraiment nécessaire pour pouvoir traiter au mieux les patients. Alors, moi qui suis un peu plus spécialisé au niveau posture par rapport aux autres, d'autres praticiens du DU mise à part le Docteur « chirurgien-dentiste », je travaille beaucoup avec des médecins du sport principalement, orthoptistes, optométristes, qui vont s'occuper des problèmes de capteur visuel au niveau de la posture, des podologues pour le capteur podal. Ensuite beaucoup d'ostéopathe et de kinésithérapeute qui vont pouvoir aider à intégrer tous les changements anatomiques qu'on va qu'on va pouvoir imprimer au patient. Sophrologue, je travaille beaucoup avec une sophrologue qui permet justement de d'apprendre à mieux encaisser au patient. Je pense le voir comme ça, encaisser des dérèglements et des douleurs et réussir à retrouver un état psychologique plus serein pour éviter cet engrenage dont je vous parlais tout à l'heure qui se met en place et éviter tout ce qui va être, des tensions d'origine psychologique. Principalement, ça va être ces personnes-là. Ça, je pense que ça dépend beaucoup de chacun, d'une personne à l'autre. Ça peut aller de l'impact médicamenteux, pour moi, c'est un vrai impact, par exemple, j'ai souvenir là d'une personne qu'on suit ici justement, qui prenait, maintenant heureusement on a réussi à stabiliser tous les problèmes qu'elle avait, une bonne partie des problèmes qu'elle avait, peut-être pas tous encore, mais qui prenait des médicaments opiacés de manière quotidienne, qui

maintenant a réussi à se sevrer de ça parce qu'on a réussi à la stabiliser, notamment au niveau occlusal, avec tous les inconvénients que les opiacés peuvent entraîner avec. C'est une perception au niveau du monde extérieur qui est un petit peu biaisé. Tout l'endormissement, c'est vrai que ça va entraîner, le handicap, aussi au niveau de mon activité plus privée au niveau de de mon cabinet, où je travaille vraiment beaucoup avec des sportifs. Le handicap, la perte de capacité à exercer leur activité physique qui pour les personnes que je vois, c'est primordial, c'est la première chose qui les touche. De plus pouvoir courir, de plus pouvoir jouer au football, au rugby, de plus pouvoir faire leurs activités, de plus pouvoir avoir le choix vraiment, c'est une question de choix. D'être contraint d'arrêter puisque très souvent, en plus on en voit beaucoup en général, avant qu'on ait fait un bilan global, on leur conseille justement d'au minimum calmer le sport, voire d'arrêter complètement. Et c'est ce qui les perturbe le plus et ce qui les chagrine le plus, et y'en a même une bonne partie qui n'arrête pas et qui continue à se faire mal encore plus mal puisqu'ils continuent leur activité bon gré mal gré. Et en dépit de tout ce qui peut leur arriver, des nombreuses blessures en plus. Donc c'est vrai que là, c'est presque une perte d'autonomie en fait même si c'est le corps lui-même qui empêche de faire ce que la personne souhaite faire, c'est une perte d'autonomie. Ça, c'est ce que je vois le plus souvent dans mon activité privée. La douleur alors peut être plus chez les jeunes aussi, la difficulté à supporter, supporter vraiment la douleur sur le long terme, ce qui se comprend, ce qui est totalement compréhensible. Le fait de pas avoir de solutions, ne pas avoir de solution dans un avenir plus ou moins proche d'ailleurs, mais de pas avoir quelque chose à quoi se raccrocher. Une porte de sortie qui va permettre de se libérer de cette douleur, ça aussi c'est quelque chose que qu'on rencontre assez fréquemment. En plus du problème d'être limité, c'est la perte de l'espoir de guérison, et de l'arrêt de la douleur. C'est quelque chose qu'on rencontre assez fréquemment. Oui. Alors moi, personnellement pas autant que ma femme, elle cela l'avait beaucoup impacté puisque déjà ça avait aussi en dehors de tout le stress que ça a pu entraîner, impacter aussi son physique puisqu'elle avait quand même une paresthésie labiale notamment. Elle avait vraiment une atteinte physique et esthétique qui a encore plus, pour une femme à mon avis, de l'importance, elle a un travail aussi où elle rencontre beaucoup de personnes, donc c'est vraiment une atteinte importante niveau professionnel. Et niveau personnel dans le regard des autres même si ça se voyer pas tant que ça, honnêtement, c'était avec elle, c'était un peu marqué, mais ce n'était pas, ça ne sautait pas aux yeux forcément, mais elle, elle le vivait mal dans son propre regard par rapport à elle-même, la manière dont elle pensait que les gens pouvaient la voir. Ça, ça a été assez important. Toujours par rapport à des activités quotidiennes pour le patient ? La première chose qui me viendrait à l'esprit, c'est effectivement d'aider le

patient à faire avec ses douleurs dans sa vie quotidienne. Et si on reprend le même exemple, au niveau de l'orofaciale, essayé de s'adapter à sa douleur. C'est un peu large comme réponse mais c'est un peu compliqué comme question. Vraiment adapter sa vie quotidienne à ses douleurs et au niveau des douleurs orofaciales en particulier et tout ce qui va être quand même lié à la nutrition qui pose énormément de problèmes, c'est large. C'est un champ assez large, mais dans la vie, vraiment, la vie quotidienne et pas forcément dans des activités spécifiques, on a tout ce qui va être nutrition, élocution, mine de rien ça représente quand même beaucoup de champ au niveau de la vie sociale qui vont être importantes, de l'esthétique aussi. Encore une fois, je pense que ça peut avoir beaucoup de rapport avec parfois des gens qui peuvent présenter des dissymétries. Mais effectivement, principalement oui, je pense que la mastication ça serait déjà une bonne chose puisque de toute façon ça reste quelque chose de basique, ce sont des besoins primaires de de tout être vivant. On a besoin de mastiquer, de se nourrir. Donc là, très clairement, la mastication, et l'élocution je dirais, c'est, je pense, des choses qui sont primordiales, l'élocution aussi. Je pense que ça serait deux champs à approfondir justement pour essayer de ne pas avoir d'atteintes trop négatives au niveau de la vie sociale, je pense. Pluridisciplinarité, complètement. Je ne pense pas que ce soit des douleurs et encore plus en ayant une vision posturale, je ne pense pas que ce soit des douleurs qu'on puisse traiter seul au niveau des douleurs orofaciales et encore plus si on commence à prolonger un petit peu au niveau du cou, où la posture va être importante. Je ne pense pas qu'un seul praticien puisse traiter tout ça, encore une fois sur le plan physique, c'est sûr, on va avoir besoin de, comme je disais tout à l'heure, de vérifier tous les capteurs posturaux, les yeux, la mâchoire, les pieds bassins. De traiter le côté anatomique, ce qu'on va pouvoir faire, ce que nous on fait. Pour moi, je pense que mon travail principal est là, même si effectivement le travail de n'importe quel praticien de santé médical ou paramédical doit aussi prendre en compte tout l'aspect psychologique, la prise en charge globale du patient. Je pense que quand même la base de mon travail en tant qu'occlusodontiste, ça va être de rétablir une fonction et rétablir une fonction qui normalement devrait être opérationnelle d'un point de vue anatomique, normalement, ça devrait marcher correctement seul, donc ça c'est quelque chose que je peux faire, mais c'est impossible pour moi de pouvoir traiter, si on revient à la posture, les autres capteurs posturaux, je ne pense pas que ça soit, je ne pense pas qu'on ait la formation pour et que le chirurgien-dentiste puisse le faire, pour rester au rôle que j'ai moi sur ma propre expérience. Du point de vue psychologique c'est toujours bien d'avoir une formation déjà psychologique, même si c'est en dehors du cycle d'études normal on va dire. Mais là aussi, il y a des personnes qui sont spécialisés là-dedans et qui ont des clés, que nous n'avons pas forcément. Je ne vois pas

comment on pourrait traiter tout ça seul. Je ne pense pas que ce soit faisable donc vraiment l'approche elle est pluridisciplinaire, pour moi c'est une évidence. Alors j'ai des lacunes sur exactement sur les soins ou les diagnostics que vous pouvez apporter mais d'après ce que j'ai entendu, oui complètement. Un traitement, et encore plus quand il est pluridisciplinaire, il faut qu'il allie plusieurs choses, ce n'est pas en traitant une chose tout seul dans son coin qu'on va réussir à soigner. Donc effectivement si on a chacun un rôle à jouer, on a chacun un mot à dire sur ce qui doit être fait, c'est évident et je ne pense pas d'ailleurs quand on parle de pluridisciplinarité qu'il faille mettre quelqu'un au-dessus des autres, c'est pas une personne qui va dire aux autres ce qu'elles ont à faire, surtout si chacun a sa spécialité. Donc effectivement, là, il faut de la communication et il faut que chacun puisse amener son savoir dans un seul et même traitement. Donc je pense qu'on a tous un rôle à jouer. Je pense que si on prend une vue d'ensemble, au niveau des douleurs orofaciales, on y est, le plus important, c'est de soulager le patient. Après, de toute façon, peu importe comment on y arrive, à partir du moment où on y arrive, je pense que c'est le point principal. Toutes techniques, ou savoirs, ou participations qui va pouvoir améliorer la situation du patient, c'est bon à prendre, il ne faut jamais dire non à quelque chose qu'on y croit, qu'on n'y croit pas. Il faut toujours essayer au maximum de de soulager le patient. Je pense qu'on a fait le tour de ce que j'ai moi en tête, à l'esprit, par rapport à l'activité que j'ai et la vision que j'ai de tout ça. Avec plaisir. »

L'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel avec le patient atteint de douleurs chroniques orofaciales
Un premier pas vers la collaboration interdisciplinaire avec le chirurgien-dentiste

RESUME

Introduction : La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est un outil de choix en ergothérapie pour identifier les problématiques occupationnelles des individus. Cette évaluation centrée sur le patient et ses occupations est largement reconnue dans la littérature dans le contexte de la douleur chronique. Pourtant un phénomène douloureux n'est pratiquement pas étudié en ergothérapie : les douleurs chroniques orofaciales. Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé confronté quotidiennement à ces douleurs. Par leurs impacts multidimensionnels et une intensité hors norme, ces douleurs altèrent la qualité de vie. L'interdisciplinarité est une collaboration appropriée pour s'intéresser aux concepts et à la pratique des chirurgiens-dentistes. **Objectif :** L'objectif de cette étude est de voir quel serait l'intérêt d'utiliser la MCRO dans le contexte des douleurs chroniques orofaciales. **Méthodologie :** Une étude qualitative a été menée auprès d'ergothérapeutes travaillant avec des patients atteints de douleurs chroniques et de chirurgiens-dentistes spécialistes des douleurs orofaciales du service d'occlusodontie de la Faculté Dentaire de l'Université Paul Sabatier de Toulouse. Le logiciel IRamuteq® et une analyse de contenu ont permis d'étudier les données. **Résultats :** Les chirurgiens-dentistes ont à cœur d'évaluer la personne dans sa globalité en s'intéressant à sa qualité de vie. L'évaluation de l'ergothérapeute, avec la MCRO, s'avère tout à fait complémentaire de celle du chirurgien-dentiste pour identifier les problématiques occupationnelles de ces personnes. **Conclusion :** Une consultation expérimentale en ergothérapie et un travail sur la phase d'intervention de l'ergothérapeute permettra d'ouvrir le champ de pratique de l'ergothérapeute et de développer la recherche clinique.

Mots clés : Ergothérapie ; MCRO ; Douleurs Chroniques Orofaciales ; Collaboration interdisciplinaire ; Chirurgien-dentiste ; Qualité de vie

Using the Canadian Occupational Performance Measure with the patient with chronic orofacial pain
A first step towards interdisciplinary collaboration with the dental surgeon

ABSTRACT

Introduction : The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is a tool of choice in occupational therapy for identifying occupational problems. This occupation-centred assessment is widely recognised in the literature in the context of chronic pain. However, one pain phenomenon is hardly studied in occupational therapy : chronic orofacial pain. The dental surgeon is a health professional who is confronted with this pain on a daily basis. Due to their multidimensional impact and unusual intensity, this pain impairs the quality of life. Interdisciplinarity is an appropriate collaboration to take an interest in the practice of dental surgeon. **Objective :** The aim of this study is to investigate the value of using COPM in the context of chronic orofacial pain. **Method :** A qualitative study was conducted with occupational therapists working with patients suffering from chronic pain and with dental surgeons specialising in orofacial pain from the department of occlusodontics at the Toulouse Dental Faculty, Paul Sabatier University. The IRamuteq® software and a content analysis were used to study the data. **Results :** Dental surgeons are keen to assess the whole person by looking at their quality of life. The occupational therapist's assessment, with the COPM, is very complementary to that in identifying the occupational problems of these people. **Conclusion :** An experimental occupational therapy consultation and work on the intervention phase of the occupational therapist will open up the field of practice of the occupational therapist and develop clinical research.

Key words : Occupational therapy ; COPM ; Chronic Orofacial Pain ; Interdisciplinary collaboration ; Dental surgeon ; Quality of life