

Sexualité et ergothérapie chez les patients atteints de lombalgie chronique

Aborder la vie affective et sexuelle pour le maintien de l'équilibre occupationnel

Unité d'Enseignement 5.4 – Semestre 6

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Sous la direction de Florine MASSARD

Pierre-Lucas GUIGOU

Année universitaire 2019-2022

N° Etudiant : 21801257

Mai 2022

Engagement sur l'honneur

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné, Pierre-Lucas Guigou étudiant en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 22/05/2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Guigou', written over a horizontal line.

Guigou Pierre-Lucas

« Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné »

Remerciements

Je remercie Christophe qui m'a accompagné, qui m'a suivi tout au long de ma formation et qui a pris le temps de découvrir et de s'intéresser à la personne que je suis.

Il y a un peu plus d'un an, les recherches débutaient. Merci Anaïs et Simon pour vos conseils et votre soutien depuis le commencement.

Je tiens à remercier Florine pour son accompagnement, sa supervision et sa présence durant les six derniers mois.

Merci à mon seul tuteur Thomas, tu m'as donné l'envie de pratiquer cette discipline : l'ergothérapie. Tu as su me transmettre énormément de conseils, de savoir-faire, de savoir-être et de compétences que je n'oublierai pas. Merci à mes tutrices et surtout à Stéphanie pour son expérience, sa gentillesse et ses compliments sincères qui font tant plaisir.

J'adresse mes remerciements aux ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes questions pendant les entretiens.

Marion merci pour ton temps, ta vision et tes partages d'expériences indispensables pour rester motivé jusqu'au bout. Merci à Mathilde pour ton expertise professionnelle dans les derniers jours.

Mille mercis à Marylou, courageuse de me supporter depuis le début de cette épreuve et encore pour tant d'autres je l'espère.

Merci à Pablo et à Jean-Philippe, deux belles personnes, deux beaux exemples et deux belles amitiés. Le premier jour du reste de ma vie approche, j'espère que nous pourrons partager le même chemin encore longtemps.

Merci à mon meilleur ami, nous avons pris une direction différente mais finalement on revit 4 ans après, chacun de notre côté, une nouvelle épreuve difficile mais pas infranchissable.

Merci à ma mère et à mon père, un peu loin durant cette dernière année, mais qui me soutiennent à distance dans tout ce que je peux entreprendre. Merci à mes sœurs et mon frère pour tous ce qu'ils m'ont transmis et partagés.

« L'envie de réussir doit être plus forte que la crainte de l'échec »

Mike Horn

Sommaire

Table des illustrations.....	1
Introduction	2
I. La lombalgie	3
1. Définition	3
2. Les caractéristiques de la douleur.....	3
3. Point anatomique.....	5
4. La lombalgie commune	7
5. La lombalgie symptomatique	8
6. Les différents stades de la lombalgie commune.....	8
7. La chronicisation de la lombalgie commune.....	9
8. Les conséquences négatives	10
II. La vie affective et sexuelle : une activité de la vie quotidienne	12
1. La sexualité.....	12
2. La vie affective.....	12
3. La vie sexuelle.....	13
4. La santé sexuelle	14
5. Une activité de la vie quotidienne	15
III. La place de la sexualité dans la prise en charge en ergothérapie	16
1. L'ergothérapie	16
2. Les sciences de l'occupation	17
3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	18
4. L'équilibre occupationnel.....	20
5. La prise en charge des personnes atteintes de lombalgie chronique	21
6. La prise en charge de la sexualité des personnes atteintes de lombalgie chronique.....	24
7. Aborder la sexualité en ergothérapie.....	26
IV. Cadre expérimental.....	29
1. Le choix de la méthode d'enquête.....	29
2. Le choix de l'outil de recueil de données.....	30
3. Les objectifs et les critères d'évaluation	31
4. La pré-enquête et le test de l'outil	32
5. La méthode de recrutement	34
6. La méthode d'analyse des données	35
7. Les profils des ergothérapeutes	36

8. La présentation des thèmes d'analyse	37
9. L'analyse horizontale	38
10. L'analyse verticale	41
V. Discussion.....	47
1. La mise en relation des principaux résultats et du cadre conceptuel.....	47
2. Le retour sur l'hypothèse de recherche	49
3. Les limites et les intérêts de la pré-étude.....	51
4. Les perspectives de recherches.....	52
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	I
Liste des acronymes	XVIII
Table des annexes.....	XIX

Table des illustrations

Liste des images :

Image 1 : Anatomie de la colonne vertébrale selon les vues antérieure (a) et latérale gauche (b) et anatomie d'une vertèbre thoracique typique selon les vues supérieure (c) et latérale gauche (d) adaptées de Netter (1999).....	6
Image 2: Chronicisation de la lombalgie illustrée par le modèle de la peur liée à la douleur adaptée de Verbunt et al. (2003)	9
Image 3 : Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P).....	19
Image 4 : Schéma du parcours de soins du patient atteint de lombalgie chronique	21
Image 5 : Evidence-Based Classification of Occupational Therapy Interventions / Classification fondée sur des données probantes des interventions en ergothérapie (traduction libre)	25

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Profils des ergothérapeutes interrogées lors de la pré-enquête.....	33
---	----

Liste des figures :

Figure 1 : Recherche d'ergothérapeutes pour les entretiens de la pré-enquête	33
Figure 2 : Recherche d'ergothérapeutes pour les entretiens de l'enquête	34

Introduction

Au cours de mes différents stages dans des établissements psychiatriques, de rééducation et d'hébergement pour des personnes âgées dépendantes, j'ai pu me rendre compte qu'il existait de nombreuses problématiques en lien avec la vie affective et sexuelle des patients. Mes observations ont permis d'identifier des problématiques chez les patients, entre les patients et enfin entre les conjoints et les patients. En parallèle de ce sujet, je me suis questionné sur les règles instaurées au sein des institutions concernant la sexualité des patients. La sexualité est pourtant au cœur de la vie et des besoins de l'homme et donc des patients. Elle est cependant impactée par le manque d'adaptation aux situations de handicap et engendre des problématiques sur la qualité de vie des patients.

Mes lectures et mes pratiques en stages m'ont fait constater qu'en France, la place de la sexualité dans la pratique de l'ergothérapie n'est pas très reconnue. C'est un domaine d'activité pour lequel les ergothérapeutes ne sont pas formés spécifiquement. Les professionnels de santé semblent manquer de connaissances et de confiance au sujet de la sexualité pour pouvoir prendre en charge ces problématiques en lien avec cette sphère du patient (Organisation panaméricaine de la santé, 2018). Or, l'association américaine de l'ergothérapie (2013) reconnaît la sexualité comme une activité de la vie quotidienne. La réadaptation et la rééducation sexuelle peuvent donc être réalisées par un ergothérapeute par le biais de différents outils pour améliorer la satisfaction sexuelle, la santé sexuelle (Legendre-Lepinoy, 2021) et l'équilibre occupationnel du patient. Le rôle de l'ergothérapeute est donc déterminant dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. Il fait le lien entre l'activité de la vie quotidienne, l'environnement et la personne.

Mon dernier stage m'a permis d'accompagner des patients atteints de lombalgie chronique. La caractéristique chronique de cette pathologie impacte sur les sphères physiques, psychologiques, sociales et professionnelles des patients. Autrement dit, la sexualité est affectée car comme en témoigne la définition de l'OMS (2021) : la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social ».

La vie affective et sexuelle est un sujet moins tabou ces dernières années, cependant elle reste tout de même problématique lorsqu'elle est en lien avec une pathologie chronique. La difficulté est d'aborder cette thématique pour les patients atteints de lombalgie chronique. Ces constatations m'amènent à formuler la question de départ de cette démarche de recherche :

Comment peut-on intégrer la sexualité en ergothérapie afin de maintenir l'équilibre occupationnel des patients atteints de lombalgie chronique ?

Dans une première partie je présenterai ma démarche conceptuelle mettant en lien l'impact de la lombalgie chronique avec la vie sexuelle, affective des patients et ainsi la conséquence sur l'équilibre occupationnel de ces derniers. Je décrirai ensuite la sphère de la sexualité pour valoriser cette prise en charge spécifique en ergothérapie. Puis, je rechercherai les différents moyens en ergothérapie pour aborder la vie affective et sexuelle des patients atteints de lombalgie chronique.

Dans la seconde partie, je questionnerai des ergothérapeutes prenant ou ayant déjà pris en charge des patients atteints de lombalgie chronique sous forme d'entretiens semi-directifs.

Dans une troisième partie, j'analyserai les résultats et je les comparerai avec de la bibliographie afin de répondre à ma problématique et mon hypothèse.

I. La lombalgie

1. Définition

La lombalgie correspond au deuxième motif de consultation en France (Assurance Maladie, 2022). La lombalgie correspond à la douleur (du grec *algos*) de la région lombaire situé dans le bas du dos (du latin *lumbus*) (Nys, 2007). La douleur se situe entre la douzième côte et le pli fessier, elle peut s'associer à des irradiations pouvant aller jusqu'au genou (Henchoz, 2011). D'après Nys (2007), cette pathologie est décrite comme une douleur, un symptôme qui peut provenir d'origines très variées. Cette douleur peut être la cause « d'évènements physiques » ou « la suite de processus psychologiques » (Merskey, 1991).

2. Les caractéristiques de la douleur

La douleur est caractérisée par l'International Association for the Study of Pain (2011) comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Isabelle Nègre (2014) définit la douleur comme « expérientielle, intime, intransmissible dans son ensemble et qui touche donc autant le corps que la psyché ».

Cette « sensation anormale et pénible » (Quevauvilliers, 2008) se définit « comme une expérience multidimensionnelle » (Perrot, 2017) décrite par quatre composantes différentes :

- La composante sensori-discriminative correspond « aux mécanismes neurophysiologiques qui sous-tendent les douleurs par excès de nociception » (Zabalía, 2006) via les récepteurs de la

douleur : les nocicepteurs permettent de décrire l'intensité, le type de douleur, la localisation et sa durée.

- La composante affective se définit par le « ressenti anxieux et/ou dépressif [...] selon le contexte » (Rochas, 2014)
- La composante comportementale est caractérisée par Rochas (2014) comme les « répercussions de la douleur sur le comportement de la personne » qui peut s'assimiler à la manière de l'exprimer de façon verbale ou non verbale
- La composante cognitive est décrite par Zabalia (2006) comme « l'ensemble des processus modulant la perception de la douleur. L'anticipation et le contrôle de la tension permettent d'élaborer des stratégies comportementales autorisant une atténuation, voire un évitement de la douleur »

Après avoir distingué les différentes composantes de la douleur, il est important d'identifier les mécanismes de la douleur afin de faire la différence entre chaque type de douleurs :

- « 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...) » (Perrot, 2017).

La douleur est devenue une des principales problématiques de notre société incluant un déficit lié à une situation de handicap qui « exclut progressivement ou brutalement le patient de la société » (Serrie et al., 2014) en fonction de la durée et de la récurrence de la douleur. En effet, celle-ci peut être une douleur aiguë présentant « une évolution rapide » (Quevauvilliers, 2008) étant le symptôme d'une lésion « évoquée par des stimulations nociceptives et qui suscite des réactions de protection de l'organisme » (Le Bars & Willer, 2004).

La douleur peut devenir chronique : « évolution lente, de longue durée » (Quevauvilliers, 2008). Elle se définit comme « un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée [...] persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient » (Haute Autorité de Santé, 2008). Lorsque la douleur passe d'une phase aiguë à une phase chronique, les douleurs varient en fonction des aspects « psychologiques et sociaux en tant

que déterminants de la fonctionnalité du sujet mais également par sa capacité d'investissement de l'activité et de l'environnement » (Cedraschi et al., 2009).

La douleur et ses répercussions sont omniprésentes dans la lombalgie qu'elle soit symptomatique ou commune, de type aiguë ou chronique. Ces douleurs dans la région lombaire apparaîtront chez 80% des personnes au cours de leur vie (L'Assurance Maladie, 2022). Il existe un outil très connu pour identifier la douleur : l'échelle visuelle analogique (EVA). Elle est utilisable par les ergothérapeutes. Elle consiste en une auto-évaluation du patient « sur une ligne horizontale de 10cm, ne portant ni borne, ni marque quelconque, avec les mentions suivantes : « absence de douleur » à son extrémité gauche, et « douleur maximale imaginable » à son extrémité droite » (Ginies et al., 2005).

3. Point anatomique

Après avoir défini les différentes douleurs existantes, il est important de connaître le fonctionnement du dos et plus particulièrement de la région lombaire.

Le corps humain est constitué du rachis également appelé la colonne vertébrale. Il est composé de 33 à 35 vertèbres séparées par des disques intervertébraux jouant le rôle d'amortisseur (Institut National de la Recherche Scientifique, 2018a). Les vertèbres sont reliées entre elles grâce aux facettes articulaires situées sur la face postérieure de la colonne. Elles sont stabilisées grâce à des ligaments. Un grand nombre de muscles répartis par groupe s'y insère permettant ainsi la mobilisation du tronc : ce sont les muscles profonds, intermédiaires et superficiels du dos (Micheau & Hoa, 2021).

Les vertèbres sont classées en cinq groupes (Dufour, 2017) :

- Les 7 vertèbres cervicales
- Les 12 vertèbres thoraciques
- Les 5 vertèbres lombaires
- Les 5 vertèbres sacrées fusionnées
- Les 4 à 6 vertèbres coccygiennes fusionnées

Cette structure rachidienne a pour rôle principal de protéger la moelle épinière composée de 31 paires de nerfs spinaux passant dans les espaces intervertébraux appelés foramens intervertébraux. Chaque nerf est composé de deux branches correspondant aux racines nerveuses (Maiese, 2021) :

- Des racines motrices situées sur la partie antérieure de la moelle épinière transmettant les ordres provenant du cerveau principalement vers les muscles squelettiques

- Des racines sensibles situées sur la partie postérieure de la moelle épinière conduisant les informations sensorielles telles que la douleur, la position des différentes parties du corps vers le cerveau

La colonne vertébrale permet de stabiliser les différentes postures du corps. En effet, l'équilibre et le maintien de la tête au-dessus du bassin améliorent ainsi sa solidité afin de pouvoir répartir et supporter l'ensemble du poids du corps grâce à plusieurs courbures (Institut National de la Recherche Scientifique, 2018a) :

- Une lordose cervicale
- Une cyphose thoracique
- Une lordose lombaire
- Une cyphose sacrale

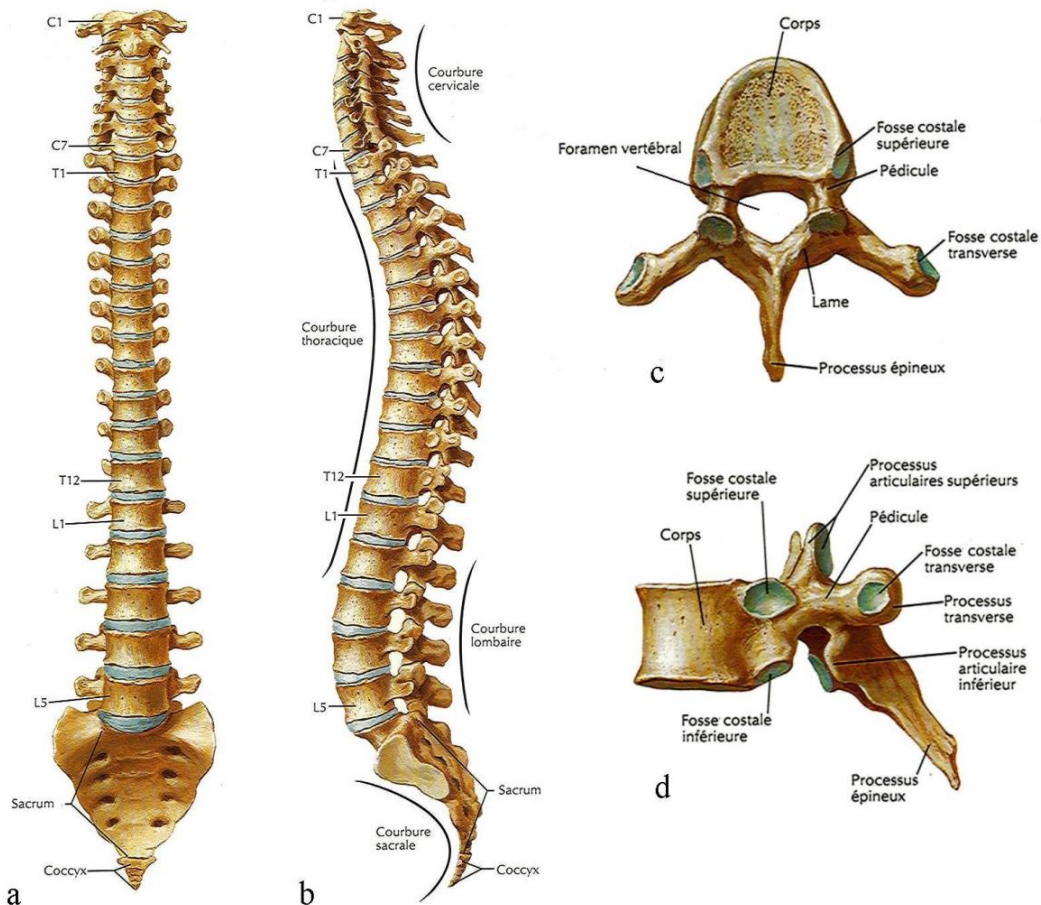


Image 1 : Anatomie de la colonne vertébrale selon les vues antérieure (a) et latérale gauche (b) et anatomie d'une vertèbre thoracique typique selon les vues supérieure (c) et latérale gauche (d) adaptées de Netter (1999)

Source : Seoud (2012)

4. La lombalgie commune

La lombalgie commune représente environ 85% des cas. Elle est aussi appelée la lombalgie non spécifique ou dégénérative, « n'a pas de cause identifiable » (Henchoz, 2011) mais peut être « d'origine discogénique, facettaire, mixte, musculaire, ligamentaire liée à un trouble de la statique rachidienne » (Haute Autorité de Santé, 2015), elle est sans rapport avec les causes de la lombalgie symptomatique (Deyo & Weinstein, 2001).

Des facteurs favorisent le risque de survenu de cette pathologie :

- L'âge puisque la fréquence des lombalgies chroniques augmente tout au long de la vie (L'Assurance Maladie, 2022a)
- Les conséquences physiques liées à la pratique professionnelle, personnelle et aux loisirs représentent l'ensemble des troubles musculo-squelettiques entraînés par les mauvaises postures, le port de charges, les chutes, les vibrations du corps. (L'Assurance Maladie, 2022a)
- Les contraintes psychosociales comme l'insatisfaction au travail, le stress professionnel et la fatigue participent au développement de la lombalgie commune. (Institut National de la Recherche Scientifique, 2018b)
- L'obésité et le surpoids « sont associées à l'intensité et à l'incapacité de la lombalgie » (Hussain et al., 2017) et « augmentent le risque de lombalgie » (Shiri et al., 2010)

La revue systématique de Chen et de ses collaborateurs (2009) démontre qu'il n'y a pas de preuves qui démontrent que le comportement sédentaire et l'inactivité physique correspondent à un facteur de risque d'apparition d'une lombalgie.

Le diagnostic de la lombalgie commune n'est pas simple. Il ne doit pas comporter de signes d'alertes. Des signes qui sont représentés par la Haute Autorité de Santé (2019) par des drapeaux rouges parmi une classification de drapeaux de quatre couleurs différentes. Ces drapeaux rouges permettent de différencier les diagnostics de la lombalgie commune et de la lombalgie symptomatique. Ces signes d'alertes regroupent des pathologies nécessitant des prises en charge spécifiques pouvant être urgentes, qui sont en lien avec l'étiologie de la lombalgie symptomatique :

- Déformation importante de la colonne vertébrale
- Traumatisme important
- Douleur thoracique
- Douleur inflammatoire

- Douleur non mécanique nocturne et au repos qui s'aggrave progressivement
- Symptômes neurologiques : déficit et atteinte motrice, troubles sensitifs
- Antécédents de cancer
- Fièvre et altération de l'état général
- Apparition de la douleur avant 20 ans et après 50 ans

5. La lombalgie symptomatique

La lombalgie symptomatique également appelé lombalgie spécifique est une forme de lombalgie qui n'apparaît que dans 15% des cas (Amstutz et al., 2009) et qui présente des symptômes en lien avec une pathologie spécifique qui peut être de diverses origines : mécanique, traumatique, tumorale, infectieuse, inflammatoire (Henchoz, 2011). La prise en charge de la lombalgie symptomatique correspond au traitement spécifique de la pathologie associée à la douleur lombaire car celui-ci peut suffire à la guérison des douleurs lombaires (Deyo & Weinstein, 2001).

Les recherches des signaux d'alertes doivent être connues du praticien prenant en charge le patient en cas de modification de ces symptômes cliniques ou en cas d'épisode aiguë chez un patient atteint de lombalgie chronique. L'hypothèse d'une lombalgie symptomatique à la suite de l'apparition d'un signe d'alerte n'est pas forcément fiable, néanmoins l'accumulation de deux ou de plusieurs signes d'alerte qui doivent attirer l'attention sur une possible pathologie sous-jacente à la douleur lombaire initiale et le besoin d'une prise en charge mieux orientée.

6. Les différents stades de la lombalgie commune

La classification de drapeaux créée par la Haute Autorité de Santé (2019) permet d'évaluer les types et les différents stades de la lombalgie. Les drapeaux jaunes ont le rôle d'évaluer le risque de passage à la chronicité en lien avec la sphère psychosociale de la personne. Les drapeaux bleus représentent les facteurs liés à la représentation de la sphère professionnelle et environnementale que la personne perçoit. Les drapeaux noirs quant à eux font le lien avec la sphère socio-professionnelle : les conditions professionnelles, le système de soins et l'assurance.

Il existe plusieurs stades de la lombalgie commune. La lombalgie aiguë se définit par une « durée de la symptomatologie qui est inférieure à un mois » (Wolff et al., 2005) et guérit dans 90% des cas. Ensuite, la lombalgie subaiguë survient dans 3% des cas et dure entre un et trois mois. Elle est charnière entre la guérison et le passage à une potentielle chronicité. Puis la lombalgie chronique est

caractérisée par une durée de plus de trois mois équivalent à 7% des lombalgies communes (Institut National de la Recherche Scientifique, 2018a).

7. La chronicisation de la lombalgie commune

Les mécanismes qui peuvent entraîner le passage de la lombalgie aiguë à la lombalgie chronique ne sont pas encore bien connus. Vlaeyen & Linton (2000) décrivent des facteurs cognitifs et comportementaux entrant en jeu dans cette chronicisation tels que des comportements d'évitement et de confrontation faisant suite à des expériences antérieures liées à des blessures ou à des épisodes douloureux. Cela peut entraîner une peur de la douleur et une kinésiophobie (peur de bouger). Le déconditionnement global, dans toutes les sphères de l'individu « sur les plans physiques, psychologiques et sociaux », a un impact important sur la chronicisation de la pathologie (Henchoz, 2011). Les modifications physiologiques entraînées par le déconditionnement corporel peuvent être liées au vieillissement et aux modes de vie malsains de l'individu qui provoquent ainsi de l'ostéoporose, des risques de surpoids et d'obésité, une diminution des capacités métaboliques qu'elle soit musculaires et cardiovasculaires (Verbunt et al., 2003). Tous ces facteurs liés entre eux créent un cercle vicieux intégrant l'individu dans une phase chronique de la lombalgie difficilement évitable.

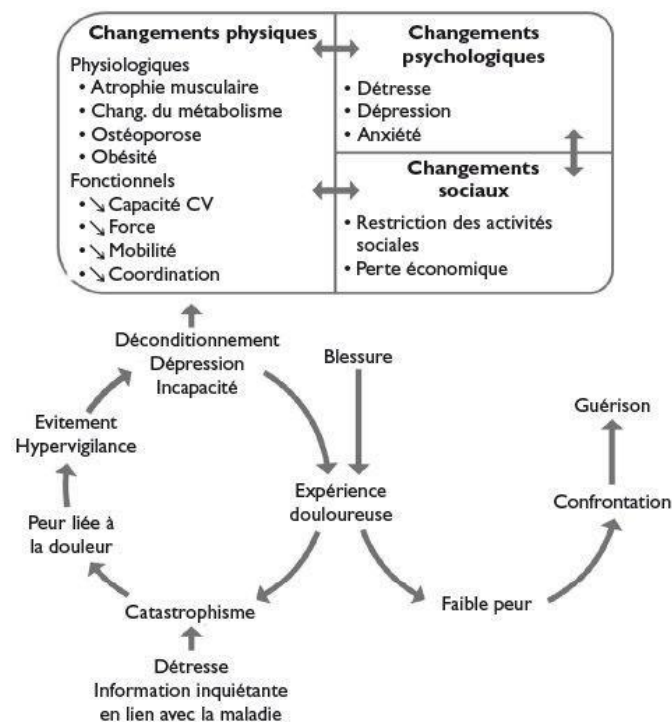


Image 2: Chronicisation de la lombalgie illustrée par le modèle de la peur liée à la douleur adaptée de Verbunt et al. (2003)
Source : Henchoz (2011)

8. Les conséquences négatives

Bailly et ses collaborateurs (2015) conseillent d'évaluer l'impact social et psychologique lors de la prise en charge de patients lombalgiques. « La douleur ne se voit pas, ni ne peut s'objectiver et elle ne peut être appréhendée par l'autre (thérapeute ou entourage) qu'au travers de ce qu'en dit l'individu ou ce qu'il en montre » (Cedraschi et al., 2009). En effet, la lombalgie chronique entraîne des conséquences invisibles par les autres ce qui augmentent l'impression d'être incompris, il en découle donc un sentiment de manque de soutien. Une corrélation avec la perte de l'identité sociale se dessine comme des sentiments d'impossibilité à pouvoir assumer leur rôle social qu'il soit personnel ou professionnel. En effet, il ne faut pas oublier la famille et les amis qui peuvent devenir acteurs et obtenir un rôle positif dans la prise en charge de cette pathologie. Les facteurs sociaux intégrant les rôles de genre peuvent impacter l'engagement dans une sexualité significative pour la personne, altérant sa vie de couple. L'émergence à l'âge adulte de ces difficultés sexuelles peut entraîner un sentiment de vieillissement précoce, de deuil de fonctions physiques et sexuelles allant jusqu'à la perte du rôle de conjoint, de partenaire et même de parent impactant fortement la vie sociale du patient (Courtois, 2009).

Une maladie ayant une croyance et une représentation collective négative qui peut être assimilée à une maladie psychosomatique incluant les « facteurs psychiques » dans la création des « troubles physiques » (Dictionnaire médical, 2022). Une diminution de l'estime de soi, des sentiments de honte et de frustration accompagnent des limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne (Bailly et al., 2015). En effet, dans 80% des cas, la lombalgie chronique impacte la performance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et chez 60% des patients, la pathologie a un impact négatif sur leur bien être émotionnel (Duquesnoy et al., 1998). Lafrenaye-Dugas et Courtois (2019) rappellent que l'impact négatif sur la sexualité peut également entraîner des répercussions sur la chronicité de la pathologie avec un impact sur la sphère psycho-affective de la personne : synonyme de dépression, d'anxiété, d'hypervigilance à la douleur, d'une diminution de l'estime de soi. La lombalgie chronique affectant la sexualité de la personne peut comprendre aussi une mauvaise image corporelle, des changements d'humeur et une diminution des capacités physiques (Hawkins et al., 2009). La limitation ou l'arrêt de l'activité sexuelle dans certains couples peut être acceptable, pour d'autres l'altération et l'insatisfaction au niveau de la sexualité peut entraîner des troubles dépressifs et de l'anxiété (Laporte & Beltzer, 2008).

En effet, Bailly et ses collaborateurs (2015) indiquent que les répercussions psychosociales impactent la vie affective et sexuelle des lombalgiques. Il a été démontré que la douleur et la fatigue affectent la qualité de vie et la capacité d'un patient à effectuer des activités sexuelles (Hughes, 2000).

La lombalgie chronique fait partie des pathologies « qui n'évoquent pas spontanément le traumatisme sexuel mais dont les répercussions émotionnelles, physiques et psychiques peuvent atteindre la sphère sexuelle de l'individu » (Courtois, 2009). La qualité de vie et la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique sont perturbées. En effet, les troubles sexuels s'installent souvent dans la première année de début de la lombalgie pouvant être liés à la douleur mais également aux traitements médicamenteux et chirurgicaux (Lafrenaye-Dugas & Courtois, 2019). On note des troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme caractérisés par une diminution de la libido dans 7 cas sur 10 et entraînant donc une diminution conséquente de la fréquence des rapports sexuels pour 6 personnes sur 10 (Zomalhetto et al., 2021). Les patients atteints de lombalgie chronique confirment cet impact limitant du lien pouvant exister entre la douleur et l'incapacité sexuelle (Ferrari et al., 2020).

D'après Ferrari (2020), la santé sexuelle limitée par une invalidité sexuelle est effectivement un sujet signifiant et significatif important pour le patient ce qui lui permet d'être impliqué dans sa rééducation et sa réadaptation. En effet, c'est un sujet d'autant plus important car ce sont des patients qui ont connu une vie autonome, avec dans la majorité des cas une vie affective et/ou sexuelle sans problématique. L'apparition de la lombalgie chronique les contraint de mettre en pause ou de modifier leur pratique (Bemben et al., 2014).

Zomalhetto (2021) confirme que l'inclusion de cette sphère dans la prise en charge soignante et thérapeutique des lombalgies chroniques peut impacter positivement la qualité de vie de ces personnes. En effet, l'impact sur la sexualité favorise une orientation vers une prise en charge holistique et pluridisciplinaire basée sur un modèle biopsychosocial. Ce modèle permet de proposer des thérapies d'éducation, d'information, des séances d'exercice physique qui modifieront les croyances sur la pathologie dont s'est imprégné le patient d'après Lafrenaye-Dugas et Courtois (2019). Ferrari (2020) rajoute que la relation thérapeutique avancée permet d'obtenir davantage d'informations sur les problématiques sexuelles du patient, notamment la gestion de sa douleur.

Les répercussions physiologiques, psychologiques ou sociales que peut avoir la lombalgie chronique peut altérer les relations affectives et sexuelles de la personne atteinte et de son partenaire. La prise en charge de sa sexualité est primordiale. Il faut aider le patient « à se reconstruire », « à dépasser son sentiment de vulnérabilité » face à cette pathologie « qui altère sa qualité de vie et parfois son équilibre mental » (Courtois, 2009).

L'approche holistique nous invite à intégrer la sexualité de la personne dans la vie quotidienne et dans une prise en charge globale. Le but est d'éclaircir cette sphère de la sexualité dans cette prochaine partie.

II. La vie affective et sexuelle : une activité de la vie quotidienne

1. La sexualité

L'OMS (2021) définit la sexualité dans sa rubrique « Santé sexuelle et reproductive et recherche » comme « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe le sexe, les identités et les rôles socialement associés aux genres, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans des pensées, des fantasmes, des désirs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des comportements, des pratiques, des rôles et des relations. Si la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. Dans cette définition très complète et détaillée, on peut distinguer plusieurs sphères à l'intérieur de la sexualité regroupant ainsi la vie affective et la vie sexuelle qui est souvent la « source d'équilibre et de bien-être » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022).

2. La vie affective

La vie affective peut être une partie de la sexualité « qui concerne les sentiments et les émotions » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012a). Mais elle semble regrouper aussi les perceptions et la personnalité de chacun ainsi que la motivation jouant des rôles primordiaux dans l'obtention de la jouissance, du plaisir et de la passion (Encyclopædia Universalis, 2022). Les relations interpersonnelles, la vie conjugale et la planification familiale peuvent faire partie de la vie affective avant même d'être sexuelle (Martinez de Tejada Weber, 2021). La vie affective s'avère correspondre à la communication et à la sensualité, celle-ci s'équilibre avec la vie sexuelle.

Les relations que l'on construit avec d'autres personnes sont « marquées par la nature du lien affectif qui nous unit à lui » (Marc & Picard, 2020). L'existence de cette vie affective qu'elle soit amoureuse ou amicale peut être ressentie comme une condition de bonheur. L'affinité, les critères propres à chacun, la communication interpersonnelle et les sujets d'interaction peuvent caractériser l'existence de ce lien affectif. L'identité donne cette unicité et fait référence à l'expérience personnelle et intime vécue en lien avec le genre soit masculin soit féminin de la personne (Quilliou-Rioual, 2014). De la même façon, les rôles sexuels sont personnels, des stéréotypes sont établis et codifiés selon différentes classes sociales ou culturelles. Les générations nouvelles tentent de supprimer ses aprioris

sur les rôles de chaque partenaire d'un couple en fonction de leur genre. Chacun trouve sa place au sein du couple en essayant de trouver un véritable équilibre.

La vie affective est associée généralement à l'intimité sexuelle mais les définitions scientifiques la réduit « aux seuls comportements sexuels » (Thériault, 1995), exclusivement à une dimension physique et génitale. Ces définitions nous éloignent de l'intimité correspondant à « une expérience de partage, de révélation de soi et de proximité émotionnelle. » (M. Gagnon & Thériault, 2006). Ces aspects de l'intimité peuvent très bien se dérouler sans comportement sexuel. Gagnon le confirme : pour s'épanouir dans sa sexualité, il ne faut pas se limiter aux seuls comportements sexuels, il faut également englober l'aspect affectif de l'intimité sexuelle.

L'épanouissement est en lien avec un désir sexuel induit physiologiquement par les hormones et influencé par les fantasmes érotiques retraçant l'imagination et les attirances de la personne (Boncinelli et al., 2013). Ces fantasmes érotiques renforcent l'attirance et l'intimité sexuelle de chacun. Ils sont eux même influencés par des facteurs psychologiques, sociaux et culturels (Baranello & Sabatini, 2007). Ce désir sexuel marque l'envie qui engage la personne dans une activité sexuelle.

3. La vie sexuelle

La vie sexuelle peut être définie comme « l'ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes, recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012b). L'épanouissement semble s'accompagner d'un échange psycho-affectif spécifique en lien avec le comportement unique de chaque personne lors des rapports sexuels.

Les modèles actuels de la fonction sexuelle (Basson, 2005) démontrent que le cycle de la réponse sexuelle est composé de quatre phases (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007).

La première phase est la phase d'excitation. En effet, le passage à l'activité sexuelle va provoquer une excitation des parties génitales à la suite d'une stimulation ou d'un contact de cette zone qui devient excitée. Cette excitation sexuelle est une propriété fondamentale du désir sexuel. Freud (1924) a nommé cette énergie la libido correspondant à « l'envie de s'engager dans une activité sexuelle » (Hughes, 2000). Cette excitation va faciliter la pénétration sexuelle. L'excitation peut se déclencher indirectement, sans stimulation directe des parties génitales, à l'aide de nos sens. Le toucher avec l'exploration et la découverte du corps du partenaire par les caresses sur d'autres parties du corps comme la bouche, les mains, les fesses ou les seins (Ghedighian-Courier, 2006) ; la vue qui joue un rôle dans l'attirance et la stimulation sexuelle ; l'ouïe dans l'écoute du plaisir et des demandes de son

partenaire ; l'odorat dans la perception des odeurs satisfaisantes et excitantes ; le goût lors de l'utilisation de la bouche ou de la langue (Stoléru, 2014). Ce désir sexuel est « spontané » lorsque la source de stimulation est indirecte. Le désir sexuel est « réactif » lorsqu'il est en relation avec une activité motrice sexuelle de stimulation directe (Cour et al., 2013). La stimulation peut être fictive par le biais des films, des photos et des livres érotiques et dans ce cas-là si la personne est toute seule cela peut entraîner une activité autoérotique ou autrement dit une masturbation. C'est « une jouissance entièrement tournée vers soi » (Chaboudez, 2002) permettant d'appriivoiser ses sensations génitales. Ce comportement autoérotique « contribue à la séquence d'apprentissage de la séquence excitatoire » et éjaculatoire ainsi qu'à la connaissance de son corps et de ses réactions sexuelles (Lopès & Poudat, 2022).

La deuxième phase est la phase de plateau correspondant au rapport sexuel qui « implique au moins un contact avec les organes génitaux de l'un des protagonistes » (Lhomond, 1996). La phase qui est généralement la plus longue. Le rapport sexuel peut démarrer par les préliminaires correspondant aux gestes précédant le coït et regroupant le sexe oral (fellation, cunnilingus, anulingus), les caresses ou encore la masturbation. Ce temps va faciliter la pénétration grâce à la lubrification sécrétée par les parties génitales. Cette pénétration peut être vaginale et anale et va donc vers la phase de l'orgasme.

En effet, la finalité du désir est l'orgasme qui correspond à la troisième phase et « au point culminant du plaisir sexuel » (Hughes, 2000) qui s'exprime différemment chez l'homme et chez la femme. Physiologiquement, l'orgasme de l'homme survient à la suite d'une érection suivie d'une éjaculation. Pour la femme, le désir et l'excitation vont générer « un afflux sanguin au niveau de la vulve et du vagin responsable de la lubrification vaginale, l'érection clitoridienne et l'hyperhémie vulvaire » (Cour et al., 2013).

Hughes (2000) définit la dernière phase comme la phase de résolution relatif à un retour à la normale des signes physiologiques de chaque individu.

Plusieurs moyens permettent à la sexualité de s'exprimer : « s'embrasser, se toucher, se masturber, avoir des rapports sexuels » (MacRae, 2013). Ce ne sont pas les seuls, ils en existent bien d'autres en fonction des personnes et de leurs pratiques. En effet, MacRae (2013) évoque que la sexualité de chacun est affectée par l'éducation, la culture et la religion qui lui ont été transmises.

4. La santé sexuelle

D'après la définition de l'OMS (2021), « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la

sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence ».

« Les représentations personnelles » et « le regard de la société » (CRIPS Ile-de-France, 2021) sur la sphère de la sexualité des personnes en situation de handicap peuvent rendre difficile l'abord de ce sujet par le professionnel. Malgré ces potentiels obstacles, Schaeffer (2015) nous indique que « l'évolution des mœurs a vu se modifier [...] le regard sur les pratiques de la sexualité en général ». La vie affective et sexuelle est donc de plus en plus abordée, c'est même devenu un enjeu de santé publique. En effet, la France a orienté sa politique afin d'« améliorer la santé sexuelle de chacun » (Santé Publique France, 2022) pour favoriser le respect de l'autre, les connaissances de son corps et de sa sexualité, mais aussi pour réduire toutes les formes de discriminations, de violences et éviter les infections sexuellement transmissibles par le biais d'informations sur les différents moyens de contraception. La feuille de route de la santé sexuelle entre 2021 et 2024 met en œuvre plusieurs actions et déclinaisons notamment pour la formation spécifique des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et de la santé. Cette feuille de route met aussi en avant le fait de « tenir compte des besoins particuliers liés aux situations de vie des personnes en situation de handicap » dans la prise en charge en lien avec la sphère de la sexualité (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). La politique sanitaire actuelle intègre la santé sexuelle dans les prises en charge médicales et paramédicales.

La santé sexuelle du patient est une notion multidimensionnelle regroupant plusieurs facteurs permettant à la personne de s'épanouir dans sa vie affective et sexuelle : les facteurs biologiques, les facteurs physiques, les facteurs cognitifs, les facteurs psychologiques et les facteurs socioculturels.

Inhérente à la vie, la sexualité est une activité de la vie quotidienne reconnu par l'association américaine de l'ergothérapie dans le cadre d'une pratique ergothérapique (American Occupational Therapy Association, 2013).

5. Une activité de la vie quotidienne

La sexualité est considérée comme une activité de la vie quotidienne jouant un rôle important dans la vie d'un individu (Mohammed, 2017). La sexualité via l'activité sexuelle est à la fois une occupation humaine mais également un besoin occupationnel en lien avec la santé (Pollard & Sakellariou, 2007).

En effet, le lien existe avec la santé comme nous l'avons vu dans la partie précédente. De plus, une situation de handicap peut venir affecter la participation sexuelle de la personne pouvant ainsi impacter « la qualité de vie et l'estime de soi » du patient (Mohammed, 2017). Ces conséquences

négatives proviennent majoritairement des perturbations dans les relations sexuelles de la personne (Hughes, 2000) confirmant ainsi que les relations sexuelles sont des activités significatives (Foley, 2004) qui contribuent à améliorer la qualité de vie de la personne (Filiberti et al., 1994). Ces préoccupations au sujet de la sexualité sont courantes chez les personnes « atteintes de pathologies chroniques » (Haboubi & Lincoln, 2003). Néanmoins, tous les individus indiquent que la sexualité est source de moment de « confort, de plaisir et d'intimité » (McInnes, 2003).

Afin d'améliorer l'engagement et la satisfaction de la personne dans sa sphère sexuelle, la réadaptation sexuelle se doit d'être « une priorité » (Courtois, 2009). La vie affective et sexuelle peut incarner « le bien-être psychologique et physique » des patients et la sexualité « peut être abordée et traitée par des ergothérapeutes » (Mohammed, 2017).

III. La place de la sexualité dans la prise en charge en ergothérapie

1. L'ergothérapie

L'ergothérapie vient du mot grec “*érgon*” qui veut dire « activité », travail, tâche et de “*therapeía*” qui signifie thérapie, soin, service. (Kolau, 2019). C'est une profession paramédicale qui exerce auprès de tous les patients limités dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne, leurs soins personnels, leurs déplacements et leur communication (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2012). L'ergothérapeute prend en compte les habitudes de vie et l'environnement du patient, il tente de réduire ces situations de handicap pour maintenir l'autonomie et l'indépendance du patient dans la réalisation de ces différentes activités quotidiennes (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2022).

L'activité est l'outil de l'ergothérapeute. Grâce à celle-ci il va pouvoir analyser chaque sphère du patient (physique, cognitif, affectif et social) en s'appuyant sur ses connaissances (Ordre des Ergothérapeutes du Québec, 2008). Le but étant d'exploiter le « potentiel thérapeutique » pour augmenter l'importance de l'engagement du patient dans une activité importante pour lui. Choisir une activité qui a du sens pour le patient, le motiverait davantage à intégrer une dynamique thérapeutique. Chaque prise en charge est personnalisée en fonction de chaque personne : de ses situations de handicap et des domaines d'activités l'intéressant (Meyer, 2018).

Marie- Chantal Morel-Bracq le rapporte très bien dans la traduction du livre « *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* » (Doris Pierce trad. Marie-Chantal Morel-Bracq, 2016), elle nous indique que le terme « ergothérapie » est en constante évolution. L'évolution de la théorie et de la

pratique engendre forcément des paradigmes différents ; ces changements sont relatés par Rosemary Hagedorn (2001) et Edward Duncan (2006) dans la troisième et quatrième édition du livre « *Foundations for Practice in Occupational Therapy* » : en France, au début du XX^{ème} siècle, l'importance de l'activité pour l'être humain et l'amélioration du fonctionnement de la personne par la mise en activité étaient des fondements de l'ergothérapie. Au milieu du XX^{ème} siècle, le paradigme a évolué en démontrant l'importance du fonctionnement des systèmes internes du corps humain avec l'évolution des connaissances sur le système nerveux, le système musculosquelettique, les facultés cognitives et les comportements intrapsychique. L'évolution des connaissances sur le corps humain a permis d'améliorer l'activité proposée en ergothérapie grâce à des analyses d'activités orientées vers les situations de handicap des patients améliorant ainsi leur prise en charge. A la fin du XX^{ème} siècle, l'environnement prend une place de plus en plus importante. Cette nouvelle sphère va faire émerger un nouveau paradigme permettant de centrer la prise en charge du patient sur l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement. (Caire et al., 2012).

L'évolution des paradigmes provoquent une relation entre la sphère médicale et la sphère sociale et permet de faire évoluer les modèles conceptuels tout en complexifiant leur utilisation. L'évolution de l'ergothérapie et l'utilisation de ces modèles conceptuels permettent de justifier davantage la crédibilité et la pratique ergothérapique (Morel-Bracq, 2017).

2. Les sciences de l'occupation

Aujourd'hui, plusieurs modèles utilisent le terme « occupation » pour définir les activités d'un patient. Il y a une trentaine d'années naissait une discipline nommée : les sciences de l'occupation.

C'est une science créée par Wilcock et Yerxa, qui étudie évidemment l'occupation et qui soutient la pratique de l'ergothérapie. Elle permet de concevoir des plans d'interventions fondés sur des approches occupationnelles rassemblant l'engagement, le rendement et la participation occupationnelle (Meyer, 2018). Ce concept de l'occupation est centré sur le patient. Les modèles conceptuels ergothérapiques, les évaluations et les bilans ainsi que le plan d'intervention seront centrés sur l'occupation et engloberont la notion des sciences de l'occupation.

La formation aux sciences de l'occupation est fondée sur une approche « top-down », centrée sur l'occupation pour que les étudiants utilisent les notions de fonctionnement et de dysfonctionnement occupationnel ainsi que de compétences occupationnelles (American Occupational Therapy Association, 2015). Les étudiants peuvent considérer les patients comme des êtres occupationnels et

ainsi promouvoir l'engagement du patient dans des occupations significatives qui faciliteront sa prise en charge thérapeutique. (Weinstock-Zlotnick & Hinojosa, 2004)

En effet, l'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) définit les sciences de l'occupation comme « l'étude rigoureuse des humains en tant qu'êtres occupationnels ». L'expert en habilitation de l'occupation représente l'une des grandes compétences de l'ergothérapeute, il utilise « des processus fondés sur les faits scientifiques qui sont centrés sur l'occupation » (Brousseau et al., 2013). Il exerce en étant centré sur le patient et ses occupations, il évalue à l'aide de bilans et d'évaluations, analyse les résultats pour poser un diagnostic et intervient ensuite sur les situations occupationnelles problématiques simples et complexes de la personne. Townsend et Polatajko (2013) nous indique que l'évolution du concept clé de l'occupation contribue davantage à notre identité professionnelle. Le développement de ces sciences augmente davantage l'intérêt d'une prise en charge en ergothérapie (Vallée, 2018).

Les sciences de l'occupation permettent d'outiller, d'aider les ergothérapeutes avec les connaissances dont ils ont besoin pour travailler efficacement et favoriser leur pratique fondée sur l'occupation.

3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) a été réalisé par Polatajko, Townsend et Craik datant de 2007, c'est une expansion du modèle Canadien du Rendement Occupationnel créé en 1997 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes. Ce modèle inclut une pratique fondée sur l'occupation et est centré sur le patient. En effet, l'occupation fait partie des trois composantes principales du modèle avec la personne et l'environnement (Image 3).

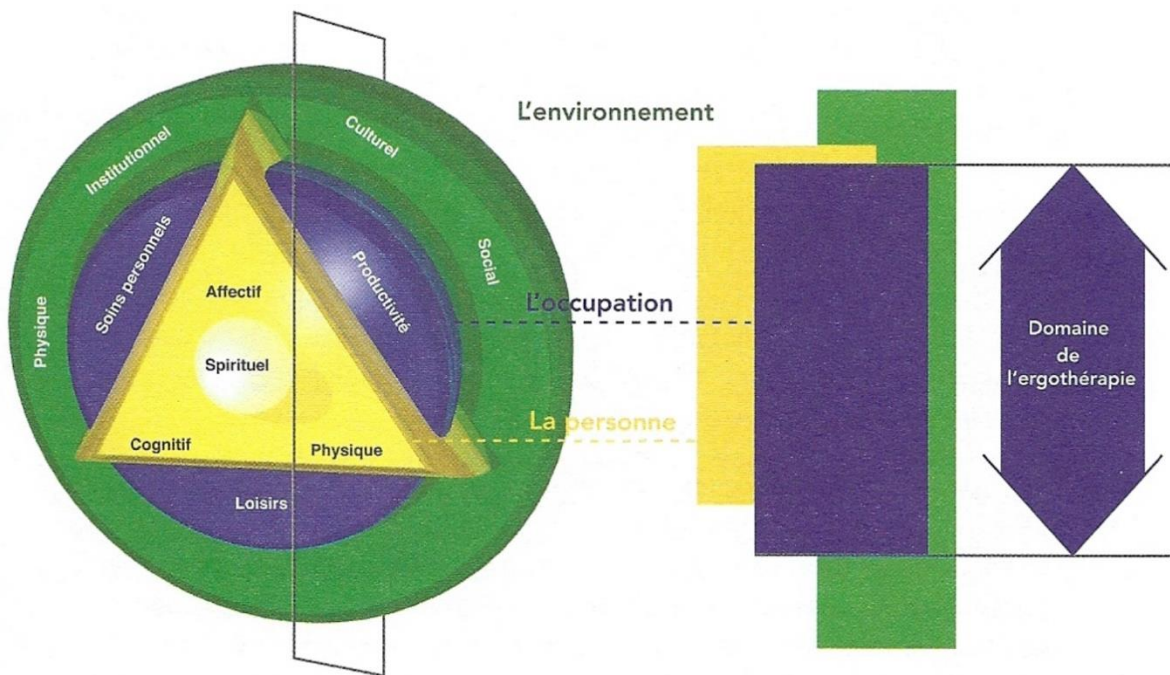


Image 3 : Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)
 Source : Townsend & Polatajko (2008, p.27)

Un schéma explicatif représente ce modèle (Figure 1). La composante de l'occupation englobe les soins personnels, la productivité et les loisirs, et se caractérise par un cercle se trouvant sous un triangle central où se trouve les composantes de la personne : physique, cognitive et affective. La composante affective est un domaine comprenant les fonctions sentimentales et émotionnelles influencées notamment par les relations interpersonnelles. Cette sphère affective peut englober celle de la sexualité et être prise en charge par l'ergothérapeute. Les coins du triangle représentant les composantes de la personne s'étendent sur un dernier cercle qui englobe celui de l'occupation et qui caractérise l'environnement pouvant être physique, institutionnel, culturel et social. L'environnement de la personne est considéré comme une composante qui influence les occupations de la personne.

Ce modèle dynamique permet de visualiser clairement l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement et ainsi de mettre en relation les notions de rendement et d'engagement occupationnel. L'architecture du modèle montre que la modification d'un des composants provoque une modification des autres composants en raison de la relation d'interdépendance entre eux.

Une limitation dans un des composants peut impacter le rendement occupationnel et l'engagement occupationnel de la personne (Ordre des Ergothérapeutes du Québec, 2016).

Le rendement occupationnel est défini comme la capacité de la personne à pouvoir choisir et réaliser une ou des occupations (Law et al., 1997). L'engagement occupationnel correspond à l'implication avec laquelle une personne s'investit dans une ou des occupations (Townsend & Polatajko, 2008). Ces notions peuvent être évaluées grâce à la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) conçu pour identifier les occupations où le patient rencontre des problématiques qui vont venir affecter son rendement et son engagement dans celles-ci. Ces conséquences négatives vont venir impacter l'équilibre occupationnel de la personne. Cette évaluation va permettre de focaliser la prise en charge sur les situations occupationnelles problématiques, afin d'améliorer la satisfaction dans la réalisation des occupations qui sont signifiantes et significatives pour elle.

4. L'équilibre occupationnel

Irene Albert (2014) souligne la difficulté pour les professionnels de santé à prendre en charge la sexualité des personnes en situation de handicap même si la notion de sexualité évolue et est de moins en moins taboue. Elle affirme « que la vie affective et sexuelle est une composante essentielle de l'équilibre de tout être humain ».

Il faut distinguer l'équilibre de vie de l'équilibre occupationnel, deux notions qui diffèrent mais qui se ressemblent. Kathleen Matuska et Charles Christiansen (2008) définissent l'équilibre de vie comme « un modèle d'activité quotidienne qui est sain, significatif et durable pour un individu dans le contexte de sa situation de vie actuelle. Yannick Ung (2019) relate que d'après Law, Polatajko, Baptiste et Townsend (1997) l'équilibre occupationnel est « comme un déterminant nécessaire ou satisfaisant entre les trois domaines d'occupation, à savoir les soins personnels, les activités de productivité et les loisirs » rappelant les différentes sphères occupationnelles du MCREO. Le temps et la quantité sont deux valeurs rajoutées dans une définition de 2012 qui montre que l'équilibre occupationnel est « la perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupations et la bonne variation entre les occupations » (Wagman et al., 2012).

Ces définitions incluent la notion d'équilibre occupationnel dans celle de l'équilibre de vie et exclut celle des déséquilibres occupationnels. Ce déséquilibre correspond à « un manque d'équilibre entre le temps consacré aux occupations physiques, mentales et sociales, entre les occupations choisies et les occupations obligatoires, entre les occupations épuisantes et reposantes ou entre l'être et l'agir » (Wilcock, 2006). Ce phénomène de déséquilibre occupationnelle peut s'associer « à des problèmes de

santé » et vient confirmer que la satisfaction provoquée par l'équilibre occupationnel va être bénéfique pour la santé du patient (Backman, 2004) et va ainsi améliorer le « bien-être de la personne » (Spencer, 1989).

L'équilibre occupationnel est relatif, il est propre à chaque personne. Un lien existe entre les occupations, la santé et le bien-être de la personne dans le but d'obtenir ce sentiment de satisfaction. La recherche d'Anne Briffaut (2017) tente d'expliquer l'impact que peut avoir la sexualité sur l'équilibre occupationnel de la personne causé par la modification des éléments qui le définisse. Mais ses recherches n'ont pas permis de vérifier si cela pouvait entraîner un déséquilibre occupationnel pour la personne car dans les deux cas étudiés, cette problématique ne semble pas être apparente. Cela peut montrer la difficulté pour l'ergothérapeute de discuter de ce sujet avec des personnes en situations de handicap et davantage en ce qui concerne le premier pas pour aborder la sexualité de leur patient.

5. La prise en charge des personnes atteintes de lombalgie chronique

Avant de commencer une prise en charge thérapeutique, l'HAS (2019) a élaboré un parcours de soins qui débute par l'élaboration du diagnostic afin d'envisager un traitement efficace.

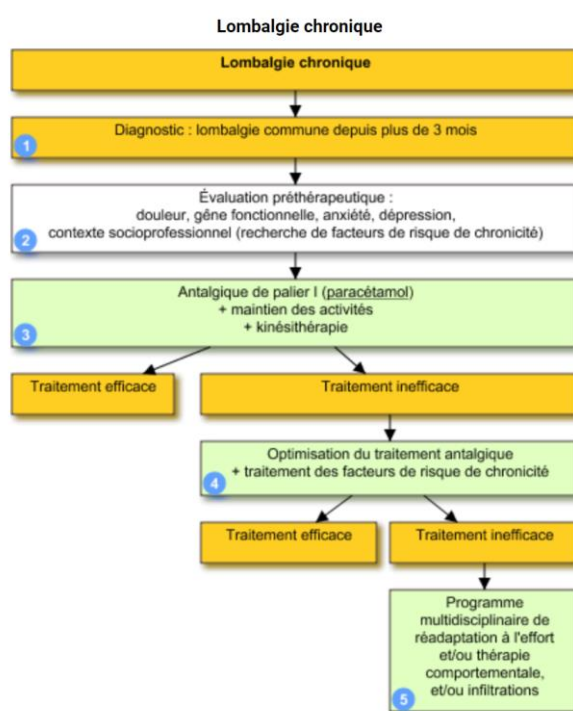


Image 4 : Schéma du parcours de soins du patient atteint de lombalgie chronique
Source : Vidal (2022)

Les personnes souffrant de mal de dos peuvent consulter le médecin rhumatologue, le médecin du travail, le médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou bien leur médecin généraliste. Le médecin doit évaluer la douleur lombaire en recherchant les signes d'alerte qui peuvent permettre de diagnostiquer une pathologie sous-jacente qui nécessiterait une prise en charge spécifique. Un examen clinique et l'utilisation d'évaluations comme l'EVA, les questionnaires sur la douleur et les questions précises sur la localisation, l'intensité et le type de douleur permettent d'établir un diagnostic. Tout au long de la lombalgie, le médecin doit rester attentif à d'éventuelles poussées aiguës ou d'apparition de symptômes.

Dès lors que le médecin a posé le diagnostic de la lombalgie chronique ou commune. Plusieurs traitements peuvent être mis en place au cours de la prise en charge. Il peut prescrire des séances de kinésithérapie en cabinet libéral ou des séjours de rééducation et de réadaptation en Centre de Rééducation. Cette prise en charge non médicamenteuse peut aller de la reprise des activités quotidiennes et des activités physiques jusqu'au programme de réadaptation pluridisciplinaire en passant par de la kinésithérapie et de l'éducation à la douleur. La prise en charge médicamenteuse peut être une alternative pour gérer la douleur via la prise d'antalgiques. Des infiltrations rachidiennes et des prises en charge chirurgicales peut être envisagées si « la prise en charge multidisciplinaire » ne fonctionne pas (Haute Autorité de Santé, 2019).

Dans la majorité des cas, l'ergothérapeute peut prendre en charge le patient atteint de lombalgie chronique en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dans des programmes multidisciplinaires « dont l'objectif principal est la reprise des activités physiques et de loisirs (Caby et al., 2010). Ils existent plusieurs programmes :

- Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR) (prise en charge biopsychosociale et restauration des fonctions physiques en mobilisant le rachis pour améliorer la souplesse, la force et l'endurance (Donskoff, 2011))
- Ecole du dos (programmes éducatifs favorisant l'apprentissage cognitif et sensorimoteur des savoir-faire dans le but de réduire les efforts exercés par la colonne vertébrale (Donskoff, 2011))
- Programme d'Education Thérapeutique (ETP) (prise en charge s'appuyant sur un diagnostic éducatif partagé avec des objectifs communs et un programme personnalisé et adapté au patient (Desbois & Escalas, 2019))
- Programme d'exercices de réentraînement à l'effort

La prise en charge pluridisciplinaire lors d'un programme de réentraînement à l'effort est une « voie thérapeutique efficace dans le traitement de la lombalgie chronique » (S. Gagnon et al., 2009).

La rééducation qui s'appuie sur une approche biopsychosociale multidisciplinaire avec pour objectif la restauration fonctionnelle, diminue les douleurs et améliore les fonctions physiques. (Guzman, 2001) Cette approche thérapeutique permet de se centrer sur la personne et d'englober la lombalgie chronique ainsi que ses répercussions multifactorielles : facteurs physiques, psychologiques, professionnels, sociaux (Stevenson et al., 2001).

L'ergothérapeute intervient souvent dans ses programmes avec les kinésithérapeutes et les professeurs d'activités physiques adaptées, une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin de médecine physique et de réadaptation. (Olivier et al., 2007). Des échanges réguliers entre les différents protagonistes lors de réunions ou de discussions informelles permettent de s'informer et d'établir une bonne communication entre les professionnels de santé.

L'entretien, les évaluations et les bilans grâce aux différents questionnaires (Dallas, FABQ, EVA, EIFEL) vidéos, photos et mises en situation permettent d'établir les représentations physiologiques, psychologiques, professionnelles et sociales que le patient se fait de lui et de sa lombalgie chronique. Ces moyens d'évaluation permettront de déterminer « l'appréhension au travail et à l'activité physique » (Norberg et al., 2017), le niveau de douleur dans différentes activités de la vie quotidienne ainsi que l'état fonctionnel faisant ressortir les limitations fonctionnelles.

L'ergothérapeute prend en charge les patients lombalgiques aussi bien sur des séances individuelles que collectives. Les séances de groupe ont pour but l'intégration de savoirs théoriques et pratiques sur la douleur, la pathologie, l'anatomie, les gestes, les postures tout cela à travers des échanges entre les patients et le thérapeute. La séance individuelle permet « de créer un climat de confiance » (Beuchon, 2009) parfois nécessaire pour faire naître une relation thérapeutique.

L'un des objectifs principaux est de transmettre des savoir-faire et des savoir-être au patient, la littérature montre « qu'aucune technique n'a de preuves claires » (Straker, 2003) avec un impact positif réel. L'ergothérapeute peut prendre une position d'accompagnateur qui rassure le patient sur des approches et des mouvements qu'il pense délétères pour lui. Ensemble, ils pourront trouver des solutions pour s'imprégner des nouvelles habitudes.

Un autre objectif est de redonner confiance au patient, physiquement ou psychologiquement pour qu'il puisse reprendre les occupations qui sont significatives pour lui. L'ergothérapeute adapte et personnalise le programme thérapeutique en fonction du patient en prenant en compte ses occupations antérieures.

6. La prise en charge de la sexualité des personnes atteintes de lombalgie chronique

La vie affective et la vie sexuelle sont « perçues comme des sujets difficiles à aborder et font partie des besoins fondamentaux de l'être humain et contribuent à son épanouissement » (Muslemani et al., 2019).

Dans le milieu de la santé, la sexualité n'est pas traditionnellement abordée mais l'ergothérapeute peut être légitime à le faire (Magnan et al., 2005). Parmi une équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute peut être nommé parmi les autres professions pour assumer le rôle d'aborder et de discuter de la question de la sexualité avec les patients (Haboubi & Lincoln, 2003). Taylor (2011) rajoute « qu' il y a de la place en ergothérapie » pour parler de l'impact émotionnel et physique que peuvent entraîner les problématiques sexuelles.

La plupart des professionnels de santé encouragent « la résolution des problèmes sexuels » par une prise en charge holistique du patient (Haboubi & Lincoln, 2003). Selon Couldrick (1998), cette prise en charge consiste à unir « toutes les facettes d'une personne y compris sa sexualité ». La sexualité est considérée comme un concept holistique allant plus loin qu'uniquement l'activité sexuelle. Taylor (2011) indique que la sexualité est en relation avec la qualité de vie favorisant ainsi « l'existence significative de la sexualité ». Couldrick (1998) rajoute qu'aborder la sexualité ne doit pas être isolés des autres aspects de la personne. Haboubi et Lincoln (2003) le confirment en suggérant « que les problèmes sexuels devraient faire partie de la prise en charge holistique des patients ». En effet, lorsque celle-ci est impactée par une pathologie et que la participation sexuelle est touchée, l'ergothérapeute va s'appuyer sur l'engagement et la satisfaction de la personne pour pouvoir offrir au patient une intervention personnalisée et centrée sur lui ainsi que ses occupations significatives. Cela correspond à une approche top-down similaire à celle utilisée dans le modèle MCREO.

Des possibilités d'interventions spécifiques peuvent être déduites à partir d'un tableau d'une classification fondée sur des données probantes des interventions qui se focalisent sur des composantes spécifiques : la personne, l'occupation et l'environnement (McColl & Law, 2013).

Evidence-Based Classification of Occupational Therapy Interventions		
Intervention	Description	Focus
1. Training	Enhancing performance of physical, psychological, cognitive, social components— non-purposeful activities associated with performance components. Often seen as exercises, practice with no explicit occupational outcome.	P
2. Skill development	Improving performance of specific tasks. Development of purposeful tasks that are the building blocks of occupation. May refer to cognitive, physical, psychological-emotional or social skills.	P
3. Education	Learning more about one's condition, options for improvement, ways of preventing difficulties or improving function.	P
4. Task adaptation	Modifying a task to permit it to be accomplished in a different manner given personal limitations; includes proximal adaptations and adaptive media.	O
5. Occupation development	Optimizing participation in integrated occupations, such as vocational training, leisure programs, activities of daily living.	O
6. Environmental modification	Modifying the non-human environment to enhance function. May include distal adaptive equipment, cueing, accessibility.	E
7. Support provision	Provision of physical or psychological support by the therapist to enhance occupational performance.	E
8. Support enhancement	Enhancing the ability of the family/caregivers and support system to provide support for occupational performance.	E

P = person; O = occupation; E = environment.

Image 5 : Evidence-Based Classification of Occupational Therapy Interventions / Classification fondée sur des données probantes des interventions en ergothérapie (traduction libre)
Source : McColl & Law (2013)

Les propositions d'intervention sont réparties en huit thèmes :

- L'entraînement
- Le développement de compétences
- Les conseils d'éducation
- L'adaptation de l'occupation
- Le développement de l'occupation
- La modification de l'environnement
- La disposition du soutien
- Le renforcement du soutien

A partir de ces différents thèmes, des moyens d'intervention spécifiques peuvent être adaptés aux patients atteints de lombalgie chronique et mis en place en lien avec les composantes de la personne, de l'occupation et de l'environnement.

La prise en charge ergothérapique peut se focaliser sur la personne en proposant des exercices de mobilisation et de stabilisation, « en restaurant des compétences telles que l'amplitude des mouvements, la force, l'endurance, la communication efficace, et l'engagement social » (MacRae, 2013). L'ergothérapeute peut aussi transmettre et expliquer un dépliant informatif pour « conseiller le patient » (Paice, 2003).

L'occupation peut être adaptée en variant les activités sexuelles et les positionnements grâce à l'expertise de l'ergothérapeute (Gianotten et al., 2006), en privilégiant des loisirs individuels ou en couple afin de préserver l'intimité et augmenter son estime de soi et sa confiance. D'après MacRae (2013), le patient peut faire précéder l'activité sexuelle par un moment de repos et d'un bain chaud pour se détendre et diminuer sa douleur.

L'ergothérapeute peut agir sur l'environnement en proposant des coussins, des appuis et des jouets sexuels comme le propose Gianotten et ses collaborateurs (2006). Paice (2003) encourage « les patients à discuter avec leur partenaire », en instaurant une relation d'aide et de compréhension de la douleur entre les partenaires, en expliquant au partenaire les contre-indications et les potentielles stratégies d'adaptions comme « programmer des temps pour être seuls ensemble » et « prendre le temps de trouver les positions sexuelles les moins douloureuses ».

L'ergothérapeute peut proposer plusieurs moyens d'interventions pour venir accompagner le patient dans ses problématiques en lien avec sa sexualité, ce sujet peut être inclus aussi bien dans des séances collectives qu'individuelles en fonction de la préférence du patient (Muslemani et al., 2019). D'autres professionnels peuvent prendre en charge ces patients à ce sujets-là.

En effet, des tendances sont identifiées dans le développement de « la multidisciplinarité dans le traitement des problèmes sexuels » notamment par des traitements médicamenteux, des accompagnements psychologiques et des prises en charge physiothérapeutiques (Meana & Jones, 2011). Haboubi et Lincoln (2003) ont constaté que les professionnels de santé « étaient rarement préparés à aborder et discuter de problèmes sexuels avec leurs patients ».

En effet, avant de débiter un éventuel accompagnement spécifique au sujet de la sexualité, « la première étape consiste à ouvrir la porte » (Mohammed, 2017).

7. Aborder la sexualité en ergothérapie

Le fait d'évoquer « la sexualité des personnes en situation de handicap n'est plus autant « taboue » que par le passé, elle reste néanmoins un sujet sensible pour les professionnels qui accompagnent ces personnes en situation de handicap » (Albert, 2014). La plupart des professionnels de santé « trouvent la sexualité et les problèmes sexuels de leurs patients difficiles à aborder » pourtant c'est « un sujet important à aborder » d'après la majorité des patients, des partenaires et des professionnels de santé travaillant en réadaptation (Gianotten et al., 2006). En effet, la sexualité peut être abordée par les professionnels de santé qui interviennent dans des centres de réadaptation et de rééducation (MacRae, 2013).

Les patients n'ont pas de nombreuses « opportunités d'aborder la sexualité » avec les professionnels de santé, ils attendent souvent qu'ils amorcent le sujet en premier (Taylor & Davis, 2006). Mais seulement « 9% des professionnels » se sentent « à l'aise de discuter de ces questions avec les patients » (Haboubi & Lincoln, 2003). La sexualité peut être abordée au cours ou à la fin de la prise en charge. Muslemani et ses collaborateurs (2019) suggère même « d'attendre que la relation thérapeutique soit davantage développée avant d'aborder la sexualité en détail ». L'écuyer et ses confrères (2020) pensent également qu'il faut « avoir le temps de développer une relation de confiance avec la personne afin de diminuer l'inconfort ». La façon d'aborder la sexualité doit être adaptée selon le contexte, la personne en face de nous et notre confort avec le sujet. Si l'ergothérapeute ne se sent pas à l'aise d'aborder ce thème, il peut très bien « référer le patient à un collègue » ergothérapeute ou à un autre professionnel de santé (Muslemani et al., 2019). D'après elle, l'importance est que le patient puisse choisir le professionnel de son choix avec qui il puisse en parler le plus aisément possible. MacRae (2013) indique que pour être plus à l'aise et atteindre des objectifs, les partenaires des patients peuvent être invités en ergothérapie pour augmenter l'intérêt mutuel, dans la communication et la satisfaction sexuelle notamment.

Malheureusement peu de professionnels se sentent former pour aborder les problèmes sexuels ce qui les rend moins « susceptibles de discuter » de ce sujet-là avec leurs patients (Taylor & Davis, 2006). Ils ne se sentent pas prêts, ils disent également manquer de temps. Puis chacun est plus ou moins à l'aise avec ce sujet et prend le choix de participer ou non à l'aborder.

Il existe différentes manières pour introduire le sujet et d'obtenir indirectement ou directement la permission pour aborder la question avec le patient. Tout d'abord, il faut établir un lien avec le patient pour « faciliter la communication » afin d'obtenir des informations (Sakellariou & Algado, 2006). L'ergothérapeute doit rester sensible, empathique et ouvert lorsqu'il aborde ce sujet (MacRae, 2013). Il est aussi important de transmettre une attitude « sans porter de jugement » (Harrison, 2001) et le patient « doit sentir que toutes les informations qu'il nous transmet resteront confidentielles » (Couldrick, 1999). Sakellariou et Algado (2006) indiquent que si le patient ne souhaite pas en discuter, il faut respecter son choix. En effet, le patient peut refuser de répondre à certaines questions s'il ne se sent pas à l'aise ou que « cette question est trop personnelle » (Hutchinson et al., 2002). La difficulté identifiée correspond à « l'inconfort ressenti à la fois par le patient et par l'ergothérapeute » (L'écuyer et al., 2020). « Les connaissances, l'expérience et l'attitude sont des facteurs importants pour aborder confortablement la sexualité » des patients (Yallop & Fitzgerald, 2010). Ils soutiennent que lorsque les ergothérapeutes sont à l'aise pour en parler, ce sont les patients qui ne le sont pas, ils ne sont peut-être pas prêts à ce qu'on leur en parle. Le comportement des patients peut être « influencé par des facteurs

sociaux et des valeurs culturelles » (Couldrick, 1999). En outre, les envies du patients peuvent évoluer au cours de la prise en charge, il ne faut pas hésiter à réaborder le sujet de la sexualité pour qu'il y ait plusieurs opportunités de discussion et non qu'une fois au début (New et al., 2016).

Plusieurs moyens peuvent permettre à l'ergothérapeute d'aborder la sexualité. Barrières et ses collaborateurs (2020) confirment que lors de la première rencontre le sujet peut être rapidement abordé en incluant durant l'entretien, la sexualité dans la description du rôle de l'ergothérapeute. Le professionnel peut également décrire l'impact de la lombalgie chronique sur les fonctions sexuelles qui vont indirectement avoir des répercussions sur la personne. Muslemani et ses confrères (2019) encouragent la remise d'un questionnaire en lien direct avec cette sphère. L'ergothérapeute est capable de créer des livrets informatifs incluant les premiers moyens énoncés. Cela lui permettra de le décrire et de s'appuyer dessus pour aborder la sexualité. Ce livret peut être remis au patient dès la première séance pour montrer que l'ergothérapeute peut prendre en charge cette sphère. Le sujet de la sexualité peut être abordé aussi lors d'un programme d'éducation thérapeutique pendant le bilan éducatif initial (Barrières et al., 2020). Il peut également l'être lors de séances par le patient ou par l'intervenant qui peut même proposer une séance complète sur ce thème.

Ces stratégies d'interventions permettent d'aborder et d'introduire rapidement le sujet de la sexualité avec le patient mais d'autres moments permettent à l'ergothérapeute de l'aborder. A la fin des évaluations, le bilan de celles-ci peut mettre en évidence des problématiques qui vont impacter la sexualité. Pour éclaircir ce sujet, l'ergothérapeute peut hiérarchiser des questions qu'il peut poser à son patient en allant d'un sujet plus global comme les relations sociales vers un sujet plus spécifique : la sexualité (Sakellariou & Algado, 2006). Il doit utiliser des termes concrets, réalistes et que le patient comprend. Il doit être à la fois « explicite » (Taylor & Davis, 2006) mais « délicat » (Couldrick, 2005). L'ergothérapeute peut utiliser des exemples pour illustrer ses questions afin que le patient puisse faire le lien avec sa vie personnelle. Le professionnel ne doit pas hésiter à poser des questions ouvertes pour obtenir des réponses complètes et bien détaillées, même s'il peut réorienter le patient au cours de la discussion (Muslemani et al., 2019).

Le patient doit se sentir à l'aise d'aborder ce sujet. Le thérapeute a pour rôle de le rassurer et de l'encourager en expliquant que d'autres personnes vivent la même chose et que c'est normal de parler et d'évaluer ses problématiques à ce sujet. Il doit lui permettre de comprendre que l'expression sexuelle est un domaine légitime et important dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie (Couldrick, 2005). Muslemani et ses confrères (2019) indiquent que l'ergothérapeute peut décrire « son propre inconfort » au patient pour qu'une « relation d'aide et de confiance s'instaure entre le patient et lui ».

L'environnement et l'organisation du service où se déroule la pratique de l'ergothérapeute peuvent également favoriser ou non l'intégration de la sexualité dans sa prise en charge (L'écuyer et al., 2020). L'écuyer et ses collaborateurs (2020) rajoutent qu'il existe « un manque de ressources cliniques, de données probantes » et d'outils spécifiques pour que les ergothérapeutes puissent aborder plus facilement la sexualité.

Après avoir développé précédemment les principaux concepts en lien avec notre question de départ, nous pouvons maintenant évoquer la problématique suivante :

De quelle manière aborde-t-on la sexualité en ergothérapie dans le but de maintenir l'équilibre occupationnel des personnes atteintes de lombalgie chronique ?

L'hypothèse suppose que l'entretien initial qui s'appuie sur le modèle MCREO va permettre à l'ergothérapeute d'aborder la sexualité des personnes atteintes de lombalgie chronique afin de maintenir leur équilibre occupationnel.

IV. Cadre expérimental

Dans cette partie expérimentale, le travail de recherche se poursuit afin d'obtenir des résultats venant apporter de potentielles réponses à la problématique. Tout d'abord l'enquête sera approfondie pour pouvoir éclaircir tous les choix méthodologiques qui permettront de présenter les résultats et ensuite de les analyser.

1. Le choix de la méthode d'enquête

L'Organisation Mondiale de la Santé et le bureau régional du Pacifique occidental (2003) définissent la recherche comme « une quête des connaissances au moyen d'une enquête, d'une étude ou d'une expérimentation conduite avec application dans le but de découvrir et d'interpréter des connaissances nouvelles ». La méthode d'enquête peut correspondre à « une démarche scientifique qui consiste à contrôler la validité d'une hypothèse au moyen d'épreuves répétées » (Grelley, 2012). Les démarches de recherche « dans le domaine de la santé sont principalement de nature empirique, c'est-à-dire qu'elles sont fondées plus sur l'observation et l'expérience que sur la théorie et l'abstraction » (Organisation mondiale de la santé & Bureau régional du Pacifique occidental, 2003). La phase empirique correspond au processus final de la démarche de recherche hypothético-déductive : la constatation. Cette phase succède à l'étape de construction caractérisant la phase méthodologique (Van Campenhoudt et al., 2017). Cette démarche démarre d'une hypothèse et en déduit des conséquences à

partir des résultats d'expériences (Juignet, 2018). La démarche hypothético-déductive peut s'appuyer sur le modèle OHERIC associé régulièrement aux travaux de Claude Bernard considérant « la démarche scientifique » conduisant à l'observation (O) des phénomènes correspondant à la partie conceptuelle visant à l'élaboration d'une hypothèse (H) qui découle d'une expérimentation (E) permettant de confirmer ou d'infirmer celle-ci grâce aux résultats (R) et à leurs interprétations (I) finalisant la recherche par une conclusion (C) de l'hypothèse (Hasni et al., 2018). La démarche déductive s'appuie sur des données empiriques où sont appliquées « des explications qui trouvent leur source dans un cadre théorique » avec une hypothèse préconçue à tester sur le terrain (Damhuis & Ruquoy, 2012).

2. Le choix de l'outil de recueil de données

Le choix de mon raisonnement conceptuel, de ma problématique et de mon hypothèse oriente le choix de mon outil de recueil de données vers la réalisation d'entretiens qui se dirigera vers les ergothérapeutes et qui aura pour but de recueillir les représentations et les expériences de chacun. L'outil de l'entretien permet d'établir un rapport d'égalité entre les acteurs et de pouvoir aborder plus facilement des thèmes délicats ou marginaux comme la sexualité (Gélinas Proulx & Dionne, 2010). L'approche qualitative plutôt que quantitative était plus adaptée dans le choix de l'enquête. Le nombre d'entretiens est forcément limité mais l'analyse est beaucoup plus poussée. L'enquête par entretien va « privilégier la validité interne (réponses plus nuancées et possibilités de rétroaction) et va fragiliser la validité externe (peu de personnes interrogées et réponses très diverses) » (Lugen, 2017).

Pour cette enquête, le choix de l'entretien semi-directif a été préféré. Cette « technique de collecte de données contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives » (Lincoln, 1995). Les recherches qualitatives sont « particulièrement adaptées aux travaux conduits dans le champ de la santé » (Imbert, 2010). L'entretien semi-directif a pour but de laisser parler librement notre interlocuteur mais de l'orienter grâce à la liste des sujets à aborder dans un guide préparé en amont à partir des recherches et des différentes parties théoriques. Ce type d'entretien permet de parler de tous les thèmes que nous souhaitons évoquer dans le but de rechercher et de s'intéresser à une population ciblée qui va nous apporter de nouvelles informations à ce sujet et sur des phénomènes que nous n'avons pas encore identifiés (Fenneteau, 2015).

Les ergothérapeutes pouvant participer à cette enquête doivent respecter plusieurs critères :

Voici les critères d'inclusion

- Les ergothérapeutes qui ont travaillé ou qui travaillent en centre de rééducation auprès de patients atteints de lombalgie chronique ayant pris en charge, prenant en charge ou qui souhaitent prendre en charge la sexualité de ces patients.

Voici les critères de non-inclusion et d'exclusion

- Les ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé en centre de rééducation et n'ayant jamais pris en charge la sexualité de personnes atteintes de lombalgie chronique.
- Les personnes ne pouvant pas répondre au questionnaire pour des difficultés intellectuelles, d'expression orale ou écrite.

Le nombre d'entretien a été fixé à 5 pour cette enquête avec des ergothérapeutes femmes, hommes, d'âges différents, ayant des parcours et des expériences professionnelles variables. Ces différents profils pourront permettre d'obtenir des résultats puis de les comparer en fonction des données caractérisant chaque participant. Ces entretiens peuvent être réalisés en physique et à distance via la visioconférence ou le téléphone et durent en moyenne entre 30 et 45 minutes. L'auteur de l'enquête doit « recevoir l'approbation de l'interviewé pour l'enregistrer » et lui « garantir la confidentialité des propos tenus lors de l'entretien » (Gélinas Proulx & Dionne, 2010). Gélinas Proulx et Dionne (2010) rajoutent que l'ergothérapeute doit être au courant du thème abordé, de l'objet d'étude et « des raisons expliquant le choix des participants » et de sa participation. Afin de faire régner un climat de confiance pendant l'entretien, il est primordial de se présenter de manière informelle, en décrivant son parcours, le thème de l'étude, son déroulé et l'objet de son étude. Ce lien et cette interaction peuvent créer une « richesse » et une « densité » dans les résultats recueillis (Imbert, 2010).

3. Les objectifs et les critères d'évaluation

Grâce à cette enquête, le but est d'analyser la pratique des ergothérapeutes travaillant ou ayant déjà travaillé auprès de personnes atteintes de lombalgie chronique. L'enquête doit pouvoir déterminer comment la sexualité du patient est abordée en ergothérapie, afin que la personne atteinte de lombalgie chronique exprime ses situations occupationnelles problématiques liées à sa sexualité. Ensuite l'objectif est d'identifier si cet accompagnement permet de maintenir son équilibre occupationnel et de faire évoluer sa pathologie chronique.

L'enquête est basée sur plusieurs objectifs :

Objectif n°1 : Identifier si l'entretien initial qui s'appuie sur le modèle MCREO est la méthode utilisée par l'ergothérapeute pour aborder la sexualité du patient atteint de lombalgie chronique

Critères d'évaluation : Analyser dans les réponses des ergothérapeutes, des termes se référant à l'entretien, au recueil d'informations et au modèle MCREO lorsqu'il souhaite aborder la vie affective et la vie sexuelle de la personne

Objectif n°2 : Analyser si la méthode utilisée par l'ergothérapeute pour aborder la sexualité du patient atteint de lombalgie chronique permet de maintenir son équilibre occupationnel.

Critères d'évaluation : Décrypter dans les réponses des ergothérapeutes que l'intégration de la sphère de la sexualité dans la prise en charge de la personne atteinte de lombalgie chronique va favoriser le maintien de son équilibre occupationnel (temps passé sur l'activité satisfaisant, nombre de fois réalisé, satisfaction entre les domaines d'occupation, performance, participation)

Objectif n°3 : Démontrer si la prise en charge de la sexualité par l'ergothérapeute a un impact positif sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient.

Critères d'évaluation : Décrypter dans les réponses des ergothérapeutes que l'intégration de la sphère de la sexualité dans la prise en charge de la personne atteinte de lombalgie chronique peut avoir un impact positif sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient

Le guide de l'entretien semi-directif a été créé sous forme de grille d'entretien.

4. La pré-enquête et le test de l'outil

La réalisation d'une pré-enquête a permis de valider la problématique et tester la grille d'entretien (Annexe I : Grille d'entretien de la pré-enquête). Ce guide d'entretien a été testé sur des ergothérapeutes ne remplissant pas les critères d'inclusion. En effet, trois entretiens ont été réalisés avec des ergothérapeutes abordant la sexualité de personnes en situation de handicap dans leur prise en charge. J'ai pu contacter ces ergothérapeutes via le réseau social Facebook et une page concernant les mémoires en ergothérapie où elles avaient déjà commenté des publications en lien avec des mémoires sur le thème de la sexualité des patients. J'ai réalisé ces entretiens en visioconférence.

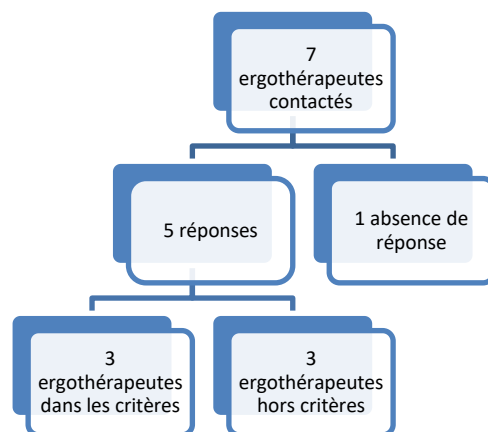


Figure 1 : Recherche d'ergothérapeutes pour les entretiens de la pré-enquête

Voici le profil de ces ergothérapeutes :

Ergothérapeute	Sexe	Âge	Année diplômée	Expérience professionnelle
Ergothérapeute 1	F	32	2011	Travaille depuis 10 ans dans un centre de rééducation avec des patients blessés médullaires, traumatisés crâniens et des patients atteints de sclérose en plaque.
Ergothérapeute 2	F	28	2017	A travaillé en EEAP avec des enfants pendant 6 mois puis en EHPAD 3 ans. Travaille à mi-temps en FAM et en SSR psycho-gériatrique.
Ergothérapeute 3	F	24	2019	A travaillé en EHPAD pendant 1 an. Effectue maintenant un master en ergonomie. En alternance dans une entreprise privée.

Tableau 1 : Profils des ergothérapeutes interrogées lors de la pré-enquête

Cette grille d'entretien initiale (Annexe I : Grille d'entretien de la pré-enquête) permet d'obtenir des réponses sur l'accompagnement de la sexualité par l'ergothérapeute en général. Cette pré-enquête a confirmé une problématique redondante : l'ergothérapeute peut rencontrer des difficultés à aborder le sujet de la sexualité même si c'est un thème qui peut être pris en charge parmi les occupations de la personne. Les résultats ont également aidé à remettre les questions dans un ordre plus logique et ainsi établir une grille d'entretien finalisée (Annexe II : Grille d'entretien de l'enquête).

Le guide d'entretien est un outil « pense-bête » (Combessie, 2007) qui répertorie l'ensemble des thèmes et des parties qu'il faut aborder pendant l'entretien sous forme de questions ouvertes, de questions de relance plus précises ou des exemples de réponses (Lugen, 2017).

La grille fait le lien avec les concepts théoriques, la problématique, l'hypothèse et les objectifs de l'enquête.

5. La méthode de recrutement

Pour établir l'enquête, j'ai recherché des ergothérapeutes qui travaillent ou qui travaillaient auprès de personnes atteintes de lombalgie chronique. J'ai commencé par utiliser la base de données de notre institut de formation regroupant tous les stages en Ile-de-France et en France. J'ai recherché dans l'onglet « Soins de Suite et de Rééducation » toutes les structures qui accueilleraient des patients lombalgiques. Cela m'a permis de répertorier tous les étudiants de mon institut de formation qui avait effectué un stage dans ces différentes structures. Par le biais des groupes de promotion créés sur le réseau social Facebook, j'ai pu les contacter par message, même si je ne connaissais pas forcément les étudiants concernés. Je leur ai demandé si un des ergothérapeutes de la structure prenait en charge cette pathologie lors du stage concerné. Si la réponse était positive, je demandais à l'étudiant s'il pouvait me transmettre les coordonnées professionnelles ou personnelles de l'ergothérapeute. Généralement, il ou elle l'informait que je souhaitais les contacter au sujet de mon mémoire. Puis, j'envoyais un message ou un mail afin de rentrer en communication avec l'ergothérapeute pour pouvoir planifier ou non un rendez-vous après avoir vérifié si l'ergothérapeute rentrait bien dans les critères d'inclusion de mon entretien.

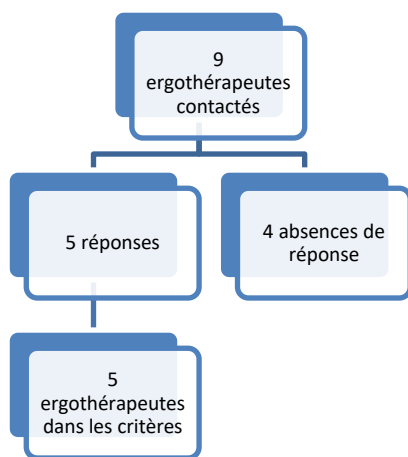


Figure 2 : Recherche d'ergothérapeutes pour les entretiens de l'enquête

Cette démarche s'est avérée efficace, en moins d'une semaine tous mes entretiens étaient planifiés.

6. La méthode d'analyse des données

L'approche utilisée dans la conception de cette enquête amène à utiliser une analyse qualitative de données qui « se définit comme un processus qui implique un effort explicite de la part du chercheur » (Intissar & Rabeb, 2015). Cette méthode d'analyse permet de catégoriser les thèmes, de présenter les résultats en construisant des idées permettant de mettre en relation les thèmes et l'hypothèse (Comeau, 1994). La méthode d'analyse qualitative choisie est l'analyse thématique.

Pierre Paillé (1994) suggère une phase de pré-analyse : la retranscription des entretiens après l'entrevue avec l'interviewé permettrait de faciliter la collecte des données ainsi que le processus d'analyse (Annexe III : Retranscription de l'entretien avec E2). Avec l'accord des ergothérapeutes, chaque entretien a été enregistré via un enregistrement vocal et un logiciel de retranscription écrite. Cette technique de retranscription m'a permis de gagner du temps dans la retranscription écrite, j'ai pu ensuite corriger les fautes grâce à l'enregistrement audio.

L'analyse débute lors de la phase de codification correspondant à la création d'un système de codes qui sert « à dégager, relever, nommer, résumer » (Paillé, 1994) les résultats bruts recueillis à l'intérieur de l'entretien permettant ainsi de classer « les données empiriques » par thèmes et parfois sous-thèmes (Intissar & Rabeb, 2015). Afin de faciliter ce codage, Paillé et Mucchielli (2012) conseillent de résumer les données importantes par des mots ou des courtes phrases et d'utiliser des formes de marquages comme le surlignage et les annotations. Cette étape doit être objective dans le classement des résultats afin d'éviter l'interprétation (Eaves, 2001).

La prochaine étape est la phase de catégorisation aussi appelée la thématisation par Paillé (1994). Cette deuxième phase est la plus délicate, elle permet de regrouper les réponses similaires par catégories sans annuler la codification qui reste dans un cadre explicatif plus large même si les deux étapes ont des similarités (Paillé & Mucchielli, 2012). Les catégories sont pertinentes lorsqu'elles sont en lien avec le cadre théorique de la recherche. Ces concepts caractérisent l'expérience de plusieurs individus.

Après avoir catégorisé les différents thèmes, le but est de mettre en relation les données puis les catégories. Les données vont être mises en relation de deux manières : l'analyse verticale et l'analyse horizontale. L'analyse verticale « permet de voir comment le répondant a abordé [...] l'ensemble des

catégories prévues dans la grille » (Maubisson & Abaidi, 2011) et d'ainsi comparer le discours de chaque répondant entre eux en fonction de chaque catégorie. L'analyse horizontale va permettre de comprendre les réponses de chaque individu pour un thème donné. Une grille d'analyse peut être mise en place pour pouvoir utiliser plus facilement ces méthodes afin de faire mettre en relation les catégories (Annexe IV : Grille d'analyse). En effet, les thèmes peuvent être caractérisés entre eux selon leur lien : la pondération définissant les thèmes les plus récurrents ; la complémentarité lorsqu'il y a des correspondances similaires ; l'opposition lorsque les sujets s'opposent (Intissar & Rabeb, 2015).

La présentation des données permet ensuite la mise en lumière de l'analyse qui permet d'obtenir une réponse à la problématique et ainsi de vérifier ou non l'hypothèse établie.

7. Les profils des ergothérapeutes

Il est important de distinguer les différents profils des ergothérapeutes interviewés lors de l'enquête avant de pouvoir analyser leur discours.

Voici les profils des ergothérapeutes interrogés :

Ergothérapeute 1 (E1) : Un homme de 22 ans qui est diplômé depuis 2020. Il travaille en centre de rééducation depuis 6 mois et auprès de patients atteints de lombalgie chronique par le biais d'un programme basé sur la méthode Ecole du dos. C'est son deuxième poste en tant qu'ergothérapeute après avoir effectué un an en EHPAD. Sa pratique est fondée sur le modèle MCREO pour centrer son approche sur le patient et sur ses occupations. L'entretien a duré 34 minutes via une application de visioconférence.

Ergothérapeute 2 (E2) : Une femme de 24 ans qui a été diplômée en 2020 et depuis son obtention, il y a un peu plus de 18 mois, travaille dans un centre de rééducation où elle prend en charge des patients lombalgiques lors d'un programme d'éducation thérapeutique qui leur est consacré. Elle utilise le modèle MCREO dans sa pratique de l'ergothérapie. L'entretien a été réalisé à distance en visioconférence pendant 52 minutes. (Annexe III : Retranscription de l'entretien E2)

Ergothérapeute 3 (E3) : Une femme âgée de 49 ans qui a obtenu son diplôme en 1994. Elle travaille depuis 28 ans auprès des patients atteints de lombalgie chronique dans un centre de rééducation où elle a mis en place un programme d'éducation thérapeutique pour cette population. Elle a été formée en 2018 à l'utilisation du modèle MCREO qui est intégré aujourd'hui dans sa pratique. L'entretien réalisé en visioconférence a duré 51 minutes.

Ergothérapeute 4 (E4) : Un homme de 28 ans diplômé en 2017, qui a travaillé ensuite 3 ans dans un EHPAD et qui travaille depuis 1 an en centre de rééducation. Il prend en charge les patients atteints de lombalgie chronique lors d'un programme de rééducation de type Renforcement Fonctionnel du Rachis (RFR). Cet ergothérapeute n'utilise pas de modèle conceptuel dans sa pratique. L'entretien s'est déroulé sur son lieu de travail pendant 26 minutes.

Ergothérapeute 5 (E5) : Un homme âgé de 29 ans qui a été diplômé en 2019 et celui-ci travaille dans un centre de rééducation depuis qu'il a obtenu son diplôme. Il prend en charge des patients atteints de lombalgie chronique lors d'un programme de 6 séances. Il ne s'appuie pas sur des modèles conceptuels dans sa pratique. L'entretien a été fait par téléphone durant 49 minutes.

La moyenne d'âge des ergothérapeutes interrogés est d'un peu plus de 30 ans. Leur expérience en tant qu'ergothérapeute évolue entre 1 an et demi et 28 ans. 4 des 5 ergothérapeutes ont une expérience inférieure à 3 ans en centre de rééducation auprès de patients atteints de lombalgie chronique, tandis qu'E3 accompagne depuis 28 ans cette population. Tous les ergothérapeutes ont normalement été formés au modèle conceptuel MCREO puisqu'E3 a été formée dans son institution. Les 4 autres ergothérapeutes ont obtenu leur diplôme après 2010, l'année de la réforme du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute et de l'intégration des sciences de l'occupation et des différents modèles avec une approche « top-down ».

8. La présentation des thèmes d'analyse

La lecture et la retranscription des entretiens m'ont permis d'établir plusieurs catégories pertinentes choisies en fonction des réponses obtenues. Six thèmes principaux s'inscrivent dans les tableaux d'analyses thématiques (Annexe IV : Grille d'analyse) :

- Manières d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique
- Facteurs influents le fait d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique
- Intégration de la sexualité dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique
- Légitimité de l'ergothérapeute à prendre en charge la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique
- Impact de l'abord de la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient atteint de lombalgie chronique
- Impact de l'abord de la sexualité sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient

9. L'analyse horizontale

A partir de l'analyse horizontale, nous allons analyser les profils des ergothérapeutes, leur vision et leur expérience au sujet des six thèmes choisis.

Ergothérapeute 1 (E1) : Son manque d'expérience à la fois dans sa « pratique » mais également dans « la prise en charge de la sexualité » (L.63) confirme le fait qu'il ne soit pas toujours « à l'aise avec ce sujet » tabou (L.42-44) et « délicat » à aborder (L.51). Malgré ça, c'est un sujet qui l'aborde lors de « l'entretien de la première séance » où il transmet « un livret » avec des conseils sur les activités de « la vie quotidienne » mais aussi sur la sexualité (L.31-35). En fonction du profil du patient, c'est un sujet qu'il peut switcher laissant alors le patient découvrir seul le livret. E1 reste bien évidemment ouvert à toutes « questions » (L.56-59). Il n'en reparle plus ensuite et les « patients » ne lui « en parlent pas trop » (L.42). Il pense que c'est plus facilement abordable pendant une séance individuelle (L.75-77). A ce moment-là, le thérapeute peut s'appuyer sur la sexualité : « une occupation significative » où la lombalgie chronique peut avoir des « répercussions » négatives créant un « déséquilibre occupationnel » (L.80-82). D'après lui, la prise en charge ergothérapique spécifique permet donc « d'impacter positivement l'équilibre occupationnel du patient » (L.83-84) et ainsi prouver la légitimité de l'ergothérapeute à prendre en charge la sexualité considérée comme une « occupation primaire » pour lui (L.69-70). Même s'il n'a rien pour le prouver, il pense que la prise en charge spécifique « impacte positivement la pathologie » (L.63-64). E1 montre du doigt le « manque de formation » dans ses principales difficultés à aborder la sexualité des patients (L.88).

Ergothérapeute 2 (E2) : Son expérience auprès des patients atteints de lombalgie chronique et les interventions dans un programme d'éducation thérapeutique permettent à E2 d'aborder le sujet de la sexualité, tout en étant « à l'aise » avec le sujet (L.97-100). Par le biais d'une des dernières séances du programme ETP qui évoque les loisirs, E2 aborde la sexualité grâce à un « livret » et des « dessins de positions » sexuelles conseillées (L.88-89). Elle valorise les séances collectives en justifiant des bienfaits pour les patients : ils peuvent se transmettre des conseils lors de leur prise de parole. Mais celles-ci permettent également à E2 d'apprendre davantage grâce au partage des expériences et des connaissances des patients atteints de lombalgie chronique (L.122-130). Elle va axer son accompagnement sur des conseils, aussi bien sur la « préparation à l'acte » que sur l'environnement ou bien la communication entre « les partenaires » (L.136-137/L.141-142). Le fait de montrer au patient qu'il peut encore « plaire et séduire son partenaire » va remonter « son estime de soi » et impacter positivement sur la lombalgie chronique et son équilibre occupationnel (L.164-168). Mais pas seulement, puisqu'elle va « englober toutes les sphères de la personne » et s'appuyer sur une « activité

signifiante et significative » qui va rendre « plus à l'aise » le patient à en parler avec elle qu'un autre professionnel, justifiant ainsi sa légitimité à aborder la sexualité (L.178-180/L.183-185). Néanmoins, elle rappelle que c'est un sujet personnel et intime, qui n'est pas encore assez abordé en France à cause des blocages dû à la timidité, à la fois des patients que des professionnels (L.188-191/L.195).

Ergothérapeute 3 (E3) : Elle a mis en place au sein de sa structure un programme d'éducation thérapeutique auprès des patients atteints de lombalgie chronique, elle y aborde le sujet de la sexualité. A la fin du programme (L.105), il existe une séance appelée « équilibre occupationnelle » regroupant « une liste d'activités » dont la « sexualité » suivis de question (L.38-49). Elle n'a aucun souci pour en parler, car elle a assez de « maîtrise » et de « connaissances » sur la « lombalgie » chronique (L.136-137). Elle n'intègre pas de manière « spécifique » la sexualité dans sa prise en charge (L.71-72). Elle « oriente » et questionne le patient pour qu'il puisse trouver des « stratégies » par lui-même grâce aux apprentissages lors d'autres séances (L.137-139). Elle conseille le patient, mais ne donne « pas de précautions particulières » (L.93-94). La transmission à l'intérieur du « groupe » favorise les « échanges » d'expériences vécus remplaçant parfois le « livret » tant les informations partagées sont pertinentes (L.101-103/L.114). Elle valorise « la communication et les échanges » entre les conjoints et les « partenaires » pour pouvoir connaître et écouter davantage l'autre et « s'organiser un peu à l'avance » (L.121-122/L.128-129). Elle avoue qu'il n'y a pas de « solution » miracle mais que le patient va pouvoir se sentir mieux en se servant de certaines choses acquis lors du programme. (L.122-123). Mais rien ne peut le démontrer à part peut-être « un questionnaire via des patients » (L.164-167). Elle reconnaît « que l'équilibre occupationnel est amélioré tout le temps » (L.170-172), dès lors qu'il y a une prise en charge. Elle répète qu'il y a « des transferts acquis sans qu'on aille forcément toucher spécifiquement la sphère de la sexualité » (L.173-174). Elle met en évidence la légitimité de l'ergothérapeute à aborder la sexualité avec le patient car c'est une « occupation » et c'est même un « besoin personnel majeur » (L.177-179). Pour elle, la difficulté pour l'aborder reste le patient. En effet, elle cite que sa « pudeur, ses difficultés à s'exprimer sur ses difficultés et sa fierté » vont souvent être des freins dans l'accompagnement (L.187-191).

Ergothérapeute 4 (E4) : Il « n'aborde pas la sexualité » (L.89-90) pour lui c'est « le patient qui va évoquer ça » (L.87). D'après lui, les patients atteints de lombalgie chronique sont très « axés sur leur douleur et pas sur leur plaisir » (L.75-76). Il n'est « pas à l'aise » avec ce sujet « tabou » qu'il « ne maîtrise pas » (L.129/L.140-141). Il explique que ses prises en charge individuelles s'orientent en fonction des besoins du patient (L.69-72). Il n'y a pas de prise en charge spécifique de la sexualité, il va essayer « d'inculquer » énormément de conseils sur les « postures » notamment (L.76-77). Il indique que l'équilibre occupationnel peut « influencer positivement » grâce notamment à la prise en charge globale

avec la « prophylaxie, la prévention » amenant le patient à des réflexions plus poussées sur chaque activité et à un transfert d'acquis sur ce qu'il fait (L.114-119). Il confirme la légitimité de l'ergothérapeute à aborder ce sujet, mais indique qu'il n'est pas seul et que cela peut être une « prise en charge pluridisciplinaire » (L.131-133). Pour E4, aborder la sexualité ne fait pas évoluer positivement la lombalgie chronique, le patient est « focalisé » sur sa « douleur » et « pas sur son plaisir », cette occupation le ferait « culpabiliser » et impacterait encore plus sa « charge mentale » alors qu'ils ont bien « d'autres priorités » (L.103-108). Il souligne un manque de formation qui pourrait peut-être lui permettre d'évoquer plus souvent ce sujet-là (L.140-145).

Ergothérapeute 5 (E5) : La sexualité est un sujet qui a été « déjà abordé » avec cet ergothérapeute « surtout avec des patients atteints de lombalgie chronique » (L.62-63). Deux fois le sujet a été abordé par les patients, même s'il « remet toujours un livret » où il existe une « partie sur la sexualité » qu'il ne décrit pas, laissant les patients la lire seul (L.82-86). Il affirme qu'il « ne s'attendait pas forcément à ça », un sujet rarement abordé qui est surprenant lorsqu'il l'est (L.122-124). L'accompagnement individuel lui permet de conseiller le patient sur des « positions », sur la gestion de la douleur avec des étirements notamment (L.110-111). Cela lui est arrivé d'effectuer cette prise en charge avec son collègue « kinésithérapeute » dont le sujet avait déjà été évoqué (L.66-68). Son expérience confirme la légitimité de l'ergothérapeute à aborder cette sphère avec le patient mais n'exclut pas le fait que d'autres professionnels puissent aborder et accompagner ces patients sur ce sujet-là (L.173-176). Il souligne que la lombalgie chronique « impacte l'équilibre occupationnel » de la personne, il propose de « s'appuyer sur les problématiques » de la personne pour qu'elle puisse « reprendre ces activités » et apprivoiser sa douleur pour pouvoir supprimer les limites qu'elle se fixe (L.142-148). Tout ça dans le but de faire évoluer positivement la lombalgie chronique. Une prise en charge globale qui peut permettre au patient de s'épanouir dans sa vie sexuelle et indirectement d'impacter positivement son équilibre occupationnel. Il exprime des difficultés en lien avec « l'intimité » notamment dans la disposition de la « salle » et dans « l'organisation » du service d'ergothérapie qui ne facilitent pas forcément l'abord de ce sujet surprenant, car on ne s'y attend jamais (L.124-127/L.184-187). Il souligne l'importance de la « relation » thérapeutique puisque le patient va en parler avec celui « avec qui il est le plus à l'aise » (L.188-190).

L'échantillon d'ergothérapeutes est caractérisé par des professionnels avec des niveaux d'expérience, de compétences, de confiance et d'aisance différents. Leurs retours d'expériences respectifs permettent de distinguer plusieurs manières plus ou moins efficace pour aborder la sexualité. Les ergothérapeutes interrogés distinguent de nombreux facteurs pouvant impacter de façon positive ou négative l'ouverture à la discussion sur ce sujet.

10. L'analyse verticale

Grâce à l'analyse verticale, nous allons analyser chaque thème en confrontant les réponses des cinq ergothérapeutes interrogées.

Manières d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique

En ergothérapie, la sexualité peut être abordée aussi bien par les ergothérapeutes que par les patients. E1 indique que lors de l'entretien de la première séance il transmet un livret dans lequel se trouve « des positions sexuelles qui sont conseillées un peu comme le Kâmasûtra du lombalgique » (L.35). E2 donne également un livret « ciblé sur le thème de la sexualité du lombalgique » (L.87) pendant son programme d'éducation thérapeutique lors d'une séance qui parle des loisirs. E5 remet aussi un livret avec « une partie sexualité qui est abordée » (L.85) lors de la première séance. E3 peut remettre un livret lorsqu'elle trouve que c'est nécessaire, mais elle aborde tout de même la sexualité avant lors d'un questionnaire sur l'équilibre occupationnel où se trouve des questions sur la vie sexuelle et affective. E5 fait passer un questionnaire adapté où les ergothérapeutes ont rajouté une partie sur la sexualité. Quatre des cinq ergothérapeutes abordent la sexualité et ont plusieurs supports (livrets et questionnaires) existants au sujet de la sexualité des personnes atteintes de lombalgie chronique. Deux ergothérapeutes utilisent une méthode d'évaluation pour aborder la sexualité. Trois ergothérapeutes se servent du livret pour aborder ce sujet. E2 affirme que c'est « un bon moyen pour aborder la sexualité pour un professionnel de santé » (L.130). La sexualité va être abordée deux fois lors d'un entretien d'une première séance mais ces ergothérapeutes jugent que ce n'est sûrement pas la meilleure des manières d'aborder la sexualité au bout de trente minutes. Mais pour E4, l'ergothérapeute ne doit pas être le seul praticien à en parler.

En effet, E4 « n'en parle pas trop » (L.75) pour lui c'est le « patient qui va évoquer » le sujet (L.87). Cette affirmation revient souvent : E5 avant d'évoquer le livret, me dit qu'il n'aborde pas le sujet et que deux patients sont venus pour en discuter. Comme E3, qui dès le début de l'entretien me dit que la sphère de la sexualité « n'apparaît jamais » lors de ces prises en charge (L.38) alors qu'elle me dit ensuite que le sujet est aussi bien abordé dans son programme ETP qu'en individuel, notamment grâce à l'utilisation « de la MCREO » (L.53) mais « c'est rare » (L.56). D'après elle, il faut vraiment que le thérapeute « vienne poser la question » (L.57). E2 affirme qu'elle a toujours fait le premier pas lors de la séance de l'ETP. E1 le confirme en disant que les patients « n'en parlent pas trop » (L.42). La vision des ergothérapeutes diffère à ce sujet : deux d'entre eux indiquent que c'est le patient qui en parle tandis que les trois autres montrent qu'il faut faire le premier pas à ce sujet.

E3 aborde la sexualité à la fois en séance de groupe et en séance individuelle. E2 l'aborde uniquement lors de séances collectives, tandis que E1 et E5 en parlent pendant une séance individuelle. Le type de séance peut être un facteur qui influe sur le fait d'aborder la sexualité.

Facteurs influents le fait d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique

D'après E1, « les patients ont sûrement plus de mal à aborder leur problème sexuel pendant une séance de groupe » (L.75-77). E5 suit également ce discours en expliquant que c'est un sujet qui doit être évoqué « plus souvent en individuel qu'en groupe » (L.99). E2 dit qu'il y a parfois lors des séances collectives des patients mal à l'aise avec le sujet et qui peuvent « bloquer les autres » (L.105-106) mais elle rappelle que souvent les patients se connaissent, qu'ils passent leur journée ensemble et qui parlent déjà « entre eux de ça » (L.113-114). E3 décrit que « dans le groupe, il va y avoir un échange entre eux » (L.101). En plus de ça dans les deux programmes d'éducation thérapeutique, E2 et E3 en parlent en fin de programme lors des dernières séances, la relation thérapeutique existe et les patients ont déjà pris la parole devant les autres.

D'autres facteurs peuvent influencer positivement et négativement le fait d'aborder la sexualité en ergothérapie. En effet, d'après E3, aborder ce sujet à la fin de la prise en charge peut permettre aux patients et grâce à ce qu'ils ont appris, de « se débrouiller tout seul face à des activités difficiles » (L.105-107). Une activité qui met souvent « mal à l'aise », une expression revenant respectivement trois fois dans les discours d'E1 et d'E4, mais rappelant aussi l'aisance des patients d'E2 et d'E3 qui sont les deux ergothérapeutes sont les plus à l'aise avec le sujet. Alors qu'E5 se dit ni à l'aise, ni mal à l'aise, mais surpris quand le patient aborde cette sphère. La relation et la confiance permettent au patient de se sentir à l'aise et d'en parler, ce sont deux termes qui reviennent régulièrement notamment dans les discours d'E1, d'E2 et d'E5.

Ce dernier a relevé trois mots en lien avec la posture du thérapeute et qui peuvent faciliter l'abord de la sexualité : « l'écoute, la disponibilité, la bienveillance et le non-jugement » (L.192-193). E2 et E3 soutiennent que les connaissances, les expériences et la maîtrise au sujet de la lombalgie chronique permettent de mieux englober la sexualité. Grâce à ses acquisitions, E3 n'a aucun souci pour en parler, et si E2 n'avait pas eu les connaissances qu'elle a acquis à ce sujet, elle « ne se serait pas lancée là-dedans » (L.100). Tandis que E4 verbalise le fait qu'il « ne maîtrise pas » le sujet et qu'il « n'est pas formé » à prendre en charge cette sphère-là (L.140-145). Il rajoute que c'est un sujet « tabou » (L.140) et « délicat » (L.93) à aborder comme E1 qui répète le mot « délicat » (L.51) et plusieurs fois le mot

« tabou » (L.42, L.51 et L.88). E1 définit cette sphère comme un sujet « intime » (L.88) comme E5 (L.184).

E5 rajoute que le lieu de discussion peut avoir un impact sur l'abord de la sexualité. Dans son service d'ergothérapie, l'architecture de la salle et l'organisation des ergothérapeutes pouvant regrouper jusqu'à 10 personnes dans la même salle, ne permettent pas d'évoquer la sexualité sereinement. Il souligne également qu'aborder la sexualité « dépend du profil » du patient (L.128). En effet, lors des questionnaires, certains des patients ne veulent pas répondre à la partie sur la sexualité. Quelques-uns expriment qu'ils n'en ont pas besoin car ils sont célibataires (L.128-131). E2 rappelle que c'est un sujet « personnel » (L.195) où beaucoup de personnes peuvent être timide et bloquer par le fait de parler de ce sujet.

E3 exprime trois difficultés à aborder la sexualité, toutes caractérisent des difficultés venant du patient, à l'inverse des quatre autres ergothérapeutes : « la pudeur du patient, sa difficulté à exprimer ses difficultés et son égo » (L.187-191). Pour cette ergothérapeute, aborder la sexualité « c'est naturel pour » elle, cela « fait partie de la vie » et c'est « une occupation comme une autre » (L.195-196). E4 admet aussi que « c'est une occupation » qui procure « du plaisir » et de la « satisfaction » (L.152-155). Il rajoute qu'une « prise en charge globale » peut faciliter le fait d'aborder la sexualité avec le patient et ainsi de pouvoir l'inclure dans une prise en charge ergothérapeutique (L.151).

Intégration de la sexualité dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique

L'inclusion de la sexualité dans une prise en charge ergothérapeutique diffère en fonction des ergothérapeutes. Après avoir abordé la sexualité grâce au livret, E1 ne s'étale pas plus sur les potentielles problématiques à ce sujet. Il peut répondre aux questions des patients selon leurs besoins, mais cela n'est jamais arrivé (L.56-59). E4 est dans la même dynamique à ce sujet. Il propose d'inculquer et de prodiguer des conseils sur des « postures du quotidien », en pensant aux actes de la vie quotidienne et « moins à des activités récréatives » (L.76-80). Malgré son discours, il m'indique plusieurs manières d'inclure la sexualité dans la prise en charge : en particulier, en utilisant le pronom « on » pour définir des moyens d'interventions de l'ergothérapeute. Pour lui, l'ergothérapeute peut avoir un impact sur l'installation, les postures, les conseils, la communication avec le partenaire, la transmission de connaissance notamment avec le Kâmasûtra du lombalgique (L.126-129).

Les propos de E1 sont confirmés par les expériences des autres ergothérapeutes interrogés. E5 conseille des « positions sexuelles » et prévient de rester vigilant et « sensible à sa douleur » : des conseils qui peuvent être donné dans un cadre pluridisciplinaire en présence de son collègue

kinésithérapeute (L.66-68). E3 indique « qu'avec le recul », il n'y a pas de « précautions particulières » à prendre (L.93-94). E2 et E3 sont plus à l'aise avec le sujet, et ont plus d'expérience dans l'accompagnement de patient au sujet de leur sexualité, notamment avec l'intégration de la sexualité dans chacun des programmes d'éducation thérapeutique. E2 raconte qu'échanger avec les patients à ce sujet permet d'être de plus en plus à l'aise lorsque nous parlons avec eux (L.103-105). Ce sont les patients qui, avec leurs expériences, transmettent des indications et des stratégies donnant « des bagages » pour les futures prises en charge (L.122-130). Ils peuvent également échanger collectivement, sur leurs vécus et leurs expériences, afin de transmettre des conseils et être « plus performant » (L.101-103). En effet, E2 propose dans sa séance, une partie consacrée à la sexualité (L.83), en remettant au patient le livret et quelques photos avec différents dessins de positions sexuelles recommandées (L.88-89). E3 « peut » mais ne donne pas systématiquement « le livret », il donne des « positions » mais donne aussi des comparaisons : « la sexualité c'est comme le chocolat » ça donne du plaisir (L.114-117). Elle note « qu'il n'y a pas énormément de solutions » (L.122), mais que la prise en charge ne doit pas être plus « spécifique qu'une autre activité » (L.72).

E3 donne quand même plusieurs solutions d'accompagnement. Elle « oriente les patients afin qu'ils trouvent des stratégies » à l'aide de ce qu'ils ont appris (L.137-139). Elle leur pose deux questions : une première sur l'importance de la sexualité et une seconde sur les stratégies développées pour améliorer cette activité (L.76-81). Le plaisir et la relation avec le conjoint ressortent dans les réponses. Elle affirme que « la communication et les échanges avec le partenaire sont indispensables » (L.121-122). Elle conseille le patient d'en parler à son partenaire, car elle dit que « s'il n'y a pas de discussion, il n'y a pas d'avancée et trop de frustration sur ce sujet-là » (L.141-142). E2 rajoute que le « livret » peut permettre d'ouvrir la discussion avec son partenaire grâce notamment au fait que les patients soient en « hôpital de jour » et qu'ils rentrent chaque soir dans leur « cercle familial » (L.125-130). Malgré ce support, elle encourage elle aussi les patients à aborder le sujet avec leur conjoint (L.136-137). Il faut rassurer le patient, qui d'après E3 exprime souvent qu'ils ne peuvent pas « satisfaire leur partenaire » et qu'ils ne sont plus « capables d'être désirable » (L.95-97).

La vie affective est impactée indirectement, de ce fait il faut les pousser à discuter du sujet. E2 et E3 proposent même de préparer l'acte, de le prévoir, de choisir un moment pour le faire afin d'éviter les pics de fatigue et de douleur. Toute cette organisation pouvant gêner le côté de la spontanéité d'après E3, mais pouvant permettre d'améliorer la satisfaction et le plaisir du patient. L'expérience d'E3 montre que l'activité sexuelle est souvent « plus énergisante qu'elle est énergivore » pour le patient atteint de lombalgie chronique. La sexualité va « booster » aussi bien « psychologiquement » que « physiquement ». Le patient peut exprimer un certain plaisir malgré une potentielle fatigue ou même

douleur souvent ressentie pendant et après l'acte (L.82-87). E2 fait le lien avec une potentielle adaptation de l'environnement en proposant de mettre des coussins pour modifier et adapter certaines positions (L.148-150).

Légitimité de l'ergothérapeute à aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique

Inclut dans la vie quotidienne, la sexualité est définie comme une occupation dans le discours de plusieurs ergothérapeutes. En effet, E1 dit qu'elle « fait partie des occupations primaires » (L.69-70). E3 rajoute que c'est « une occupation comme un besoin personnel majeur » (L.179). E5 rappelle que « l'ergothérapeute est expert de l'occupation et qu'on peut en parler » (L.173-176).

En effet, E3 explique que c'est évident puisque l'ergothérapeute est « spécialiste de l'activité » (L.177). Les cinq répondants affirment tous que l'ergothérapeute est un professionnel légitime à aborder ce sujet-là. E2 est la seule à évoquer que le patient va être « plus à l'aise » pour en parler avec l'ergothérapeute « qu'avec un autre professionnel » car d'après elle, l'accompagnement permet « d'englober tous les aspects de la personne » (L. 183-185). En revanche, E1 décrit que le patient peut « demander » au professionnel avec qui il sera le « plus à l'aise » (L.73-75). E5 suit cette réflexion en affirmant que le patient en discutera avec le professionnel qui lui convient le mieux (L.173-176). E4 rajoute qu'il n'y a pas que l'ergothérapeute pour accompagner la personne dans cette sphère-là (L.123), pour lui c'est une « prise en charge pluridisciplinaire » (L.133) où il ne faut pas « se sentir seul », il faut en « parler, se faire aider » et aider les autres « collègues » (L.134-136). E3 reste très focalisé sur la légitimité de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des patients atteints de lombalgie chronique. Elle indique que le but est « d'améliorer le rendement et les capacités » de la personne (L.178). Mais quel peut être l'impact sur l'équilibre occupationnel lorsque la sexualité est abordée en ergothérapie ?

Impact de l'abord de la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient atteint de lombalgie chronique

E1 et E5 ont répondu que les répercussions de la lombalgie chronique sur la sexualité entraînent un déséquilibre occupationnel. (E1 : L.80 / E5 : L.142). E5 montre que tous les changements de « positions » en passant d'allongé à « assis » à debout sont difficiles et douloureux pour les patients, cela les freinent dans la réalisation de leur « relation sexuelle » (L.142-145).

Le fait d'aborder la sexualité en ergothérapie permet d'avoir un impact positif sur l'équilibre occupationnel de la personne selon E1, il admet « qu'aborder et prendre en charge une occupation significative » comme la sexualité peut être bénéfique pour son équilibre occupationnel (L.83-84). E2

ajoute que c'est le fait de « soulever un point noir », un sujet tabou, qui surprend le patient, dont celui-ci n'imaginait pas « aborder » ce sujet avec l'ergothérapeute lors de la prise en charge (L.188-191). Cela permet aux patients d'y penser un peu plus et de croire en ses capacités de pouvoir réaliser cette occupation.

En effet, E3 indique que l'équilibre occupationnel est amélioré tout le temps (L.170). Pour elle, la prise en charge globale permet aux patients de faire « des transferts, acquis sans forcément qu'on aille toucher spécifiquement » à la sexualité de la personne (L.173-174). E4 pense de la même manière, la « prophylaxie », les conseils, « la démarche de prévention » et le développement de la réflexion du patient lui permet d'effectuer des transferts au quotidien dont dans la sphère sexuelle (L.114-119). E5 rebondit sur l'enjeu global des séances d'ergothérapie pour des patients atteints de lombalgie chronique en axant sur une reprise « d'activités » et la gestion de « la douleur » (L.147-148). Ces trois ergothérapeutes affirment que ce n'est pas forcément le fait d'aborder une sphère spécifique de la personne qui permettra d'avoir un impact positif sur l'équilibre occupationnel de la personne. Dans la plupart des cas, une prise en charge globale de la personne pourrait alors améliorer son équilibre occupationnel. Comment peut-on caractériser l'impact que peut avoir le fait d'aborder la sexualité sur la lombalgie chronique du patient ?

Impact de l'abord de la sexualité sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient

E3 n'a rien pour « permettre de démontrer » l'impact (L.154) puisque la séance qui permet d'aborder la sexualité arrive trop tard dans la prise en charge et qu'il n'y aura finalement pas de retour d'expérience de la part des patients (L.155-156). E1 souligne son manque d'expérience qui ne lui permet pas « d'affirmer une réponse » (L.63).

Malgré ça, il pense « qu'une prise en charge spécifique peut impacter positivement cette pathologie » aux multiples répercussions grâce à un regain de confiance (L.64-66). E2 le suit dans ces propos, elle dit que « retrouver du plaisir » dans sa sexualité, confirme le fait que l'on « peut toujours séduire et plaire à son partenaire » ce qui augmente l'estime de soi (L.164-166). E5 ajoute que c'est « une activité de plaisir » et si le patient peut « bouger pour faire ses activités de la vie quotidienne », celui-ci peut « s'épanouir dans sa vie sexuelle » (L.159-162). Comme ce qui a été dit précédemment, E3 raconte que les patients sélectionnent les conseils pour les transférer dans cette sphère-là, elle pense « qu'il y a peut-être une petite part de ça mais pas » seulement, car elle est persuadée qu'on ne va pas mieux « grâce à un truc » en ce qui concerne « la lombalgie chronique » (L.159-161). Pour elle, c'est global, cela peut regrouper pleins de petites améliorations : « un peu plus de mobilité, de confiance, »

d'assurance, mais également le fait d'essayer (L.161-163). Elle rajoute qu'il n'y a « que des questionnaires via des patients qui permettront de visualiser » l'évolution de la pathologie (L.166-167).

E4 a un discours différent par rapport aux autres ergothérapeutes interrogés. Il exprime le fait que les patients atteints de « lombalgie chronique sont focalisés sur leur douleur et pas sur leur plaisir » (L.103-104). D'après lui, ce n'est pas une priorité pour eux, ils risquent de culpabiliser car la douleur est trop dure à supporter (L.106-108).

Plusieurs visions s'opposent dans le discours des interviewés. Malgré tout, la réponse à une probable évolution de la lombalgie chronique du patient est difficilement vérifiable. De plus, l'absence de retour d'expérience de patients ne permet pas de confirmer les propos des ergothérapeutes.

V. Discussion

Pour rappel, la problématique est la suivante : **De quelle manière aborde-t-on en ergothérapie la sexualité dans le but de maintenir l'équilibre occupationnel des personnes atteintes de lombalgie chronique ?**

Cette problématique s'est appuyée sur plusieurs constatations théoriques. D'après Courtois (2009), « les répercussions émotionnelles, physiques et psychiques » qui font parties des conséquences de la lombalgie chronique « peuvent atteindre la sphère sexuelle de la personne ». Selon Zomaheto et ses collaborateurs (2021), près 60% des personnes atteintes de lombalgie chronique confirment une diminution conséquente des rapports sexuels. Ces problématiques sexuelles impactant les sphères de l'occupation, de l'environnement et de la personne peuvent « être abordées et traitées par des ergothérapeutes » (Mohammed, 2017). Malheureusement, parmi les ergothérapeutes « un faible pourcentage » aborde le thème avec les patients (Haboubi & Lincoln, 2003).

L'échantillon de cette pré-étude composé de cinq ergothérapeutes est bien trop petit pour permettre de généraliser les résultats obtenus. Cela ne m'empêche pas de pouvoir utiliser les résultats recueillis pour les mettre en relation avec les recherches établies dans le cadre conceptuel.

1. La mise en relation des principaux résultats et du cadre conceptuel

Les résultats récoltés lors de cette pré-étude démontrent que les ergothérapeutes parlent de la sexualité avec leur patient. Un constat pouvant s'expliquer par les répondants qui donnent davantage d'importance à ce sujet que ceux qui n'ont pas voulu y répondre, ou qui n'ont pas donné de réponse.

Cependant, ce constat confirme les propos d'Irene Albert (2014), d'après elle, « la sexualité des personnes en situation de handicap n'est plus autant « taboue » que par le passé ». C'est un sujet sensible et « difficile à aborder » pour les professionnels de santé (Gianotten et al., 2006). En effet, j'ai constaté que deux répondants sont mal à l'aise face à ce sujet et préfèrent que les patients l'abordent. L'un des deux ergothérapeutes affirme que les patients n'ouvrent pas la conversation de la sexualité. En réalité, les patients attendent souvent que les professionnels de santé amorcent le sujet en premier (Taylor & Davis, 2006). Mais Muslemani et ses confrères (2019) encouragent à décrire « son propre inconfort » au patient afin de créer une relation d'aide et de confiance entre eux.

Parmi les cinq ergothérapeutes consultés, quatre vont aborder la sexualité et utilisent des moyens leur permettant d'engager le sujet. Barrières et ses collaborateurs (2020) témoignent de l'utilité du support visuel informatif pour faciliter le fait d'aborder ce thème avec les patients. Ils insistent également sur la création d'affichages pour présenter le rôle de l'ergothérapeute, tout en incluant la sphère de la sexualité. Effectivement dans l'échantillon, les ergothérapeutes abordant la sexualité ont un livret informatif spécifique à ce sujet, où est inclus le thème de la sexualité. Trois praticiens l'utilisent vraiment pour aborder le sujet alors qu'un préfère utiliser un questionnaire afin de faire ressortir les problématiques en lien avec la sexualité. Muslemani et ses confrères (2019) encouragent l'utilisation de ce moyen pour évaluer et accompagner spécifiquement cette sphère.

La pré-étude montre que les ergothérapeutes utilisent ces stratégies au début et à la fin de la prise en charge, pendant l'entretien ou pendant une séance d'un programme. L'écuyer et ses collègues (2020) guident vers le fait de prendre « le temps de développer une relation de confiance avec la personne afin de diminuer l'inconfort ». Barrières et ses collaborateurs (2020) abordent ce sujet dans des programmes d'ETP et n'ont pas de préférence à l'aborder, soit dans le bilan éducatif initial qui se fait généralement sous forme d'entretien, ou soit lors d'une séance au sein d'un programme.

Un des ergothérapeutes a mis en avant lors de notre entretien que l'architecture de la salle et l'organisation du service peuvent être des éléments à prendre en compte lorsque nous abordons la sexualité. L'écuyer et ses collaborateurs (2020) le confirment : le lieu d'exercice et l'organisation du service correspondant à la planification des séances et du nombre de patients par créneau peuvent favoriser ou non le fait d'amorcer le sujet de la sexualité. Tout dépend aussi de la posture du thérapeute et de celle du patient.

Les ergothérapeutes expliquent que certains patients se focalisent sur leur douleur plutôt que sur leur plaisir, certains sont timides et retenus par le sujet, ou bien qu'ils n'ont pas de sexualité car ils sont célibataires. Toutes ces causes indiquent généralement que le patient ne souhaite pas en discuter, et qu'il

faut respecter son choix (Sakellariou & Algado, 2006). Les entretiens ont permis de révéler les facilités pour amorcer ce sujet dont la posture du thérapeute en fait partie. En effet, l'écoute, la disponibilité, la bienveillance et le non-jugement comme le rapporte Harrisson (2001) sont des qualités indispensables lorsque nous abordons ce sujet. Les ergothérapeutes les plus à l'aise affirment que les connaissances, les expériences, la maîtrise du sujet et de la pathologie concernée facilitent l'amorce du sujet. Yallop et Fitzgerald (2010) confirment ces facteurs importants pour aborder confortablement la sexualité. Régulièrement, les ergothérapeutes questionnés soulignent le fait qu'ils ne reviennent pas assez sur ce sujet après l'avoir abordé une première fois. Cela ne doit pas empêcher l'ergothérapeute de réaborder la conversation pour créer plusieurs opportunités de discussion (New et al., 2016).

Les cinq praticiens interrogés partagent l'idée de la légitimité des ergothérapeutes dans la prise en charge de la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique. En effet, ils parlent « d'occupations » pour les patients en parlant de la sexualité et définissent l'ergothérapeute comme « un expert de l'occupation », « un spécialiste de l'activité ». Cependant trois d'entre eux affirment qu'il n'y a pas seulement l'ergothérapeute qui doit prendre en charge la sexualité de ces patients. D'après Muslemani et ses collaborateurs (2019), chaque professionnel dans une équipe pluridisciplinaire peut « référer le patient à un collègue » s'il ne se sent pas confortable avec le sujet. L'essentiel est que le patient puisse l'aborder et choisir le professionnel de santé avec qui il souhaite discuter de ce sujet.

D'après Lafrenaye-Dugas et Courtois (2019), l'impact sur la sexualité favoriserait une prise en charge holistique, comme le suggèrent les ergothérapeutes interrogés, notamment par l'utilisation du modèle MCREO. Sa présence est omniprésente dans le discours des ergothérapeutes interrogés avec des termes se référant aux composantes principales de ce modèle : l'occupation, l'environnement et à la personne. Townsend et Polatajko (2013) nous indiquent que l'utilisation du concept de l'occupation contribue davantage à notre identité professionnelle.

2. Le retour sur l'hypothèse de recherche

L'hypothèse est la suivante : **l'entretien initial qui s'appuie sur le modèle MCREO va permettre à l'ergothérapeute d'aborder la sexualité des personnes atteintes de lombalgie chronique afin de maintenir leur équilibre occupationnel.**

Les résultats recueillis et analysés m'ont permis d'obtenir des réponses à mes interrogations sur ce vaste sujet restant peu référencé. J'ai pu faire le constat que les ergothérapeutes abordent la sexualité de leurs patients atteints de lombalgie chronique. Une constatation pouvant être en désaccord avec ce que j'ai pu identifier dans les courants affirmant que seulement « 9% des professionnels » se sentent « à

l'aise de discuter de ces questions avec les patients » (Haboubi & Lincoln, 2003). Cette théorie peut être discutée au vu de la date de publication de cet article, de l'évolution des pensées ainsi que des pratiques en ergothérapie.

En effet, le MCREO, est un modèle récent qui permet de centrer la pratique sur le patient et ses occupations. Celui-ci est très répandu dans la pratique des ergothérapeutes interrogés lors de l'enquête. Certains d'entre eux s'appuient sur ce modèle lors de l'entretien pour aborder notamment le sujet de la sexualité. Leurs discours permettent de faire ressortir les différentes composantes et sphères de la personne, de l'occupation et de l'environnement. Une vision holistique permet d'accompagner le patient dans sa globalité. Une pensée que partagent Haboubi et Lincoln (2003) en jugeant que les problématiques en lien avec la sexualité des patients « devraient faire partie de la prise en charge holistique ».

Le premier objectif de mon enquête peut être validé. En effet, l'entretien initial est utilisé par les ergothérapeutes s'appuyant sur le MCREO, pour aborder la sexualité via des moyens d'intervention comme le livret d'informations notamment, qui est l'un des moyens les plus utilisés dans mon échantillon d'ergothérapeutes.

Le second objectif a été difficile à mesurer. L'équilibre occupationnel est une notion connue des ergothérapeutes avec qui j'ai pu discuter, mais elle reste difficilement évaluable. Tous les ergothérapeutes abordant la sexualité ont répondu que leur méthode utilisée pour aborder la sexualité pouvait permettre indirectement, ou directement, de maintenir ou d'améliorer l'équilibre occupationnel de la personne atteinte de lombalgie chronique. Un résultat surprenant qui permet de se pencher sur un élément discutable. L'équilibre occupationnel est difficilement évaluable sans connaître l'avis du patient, car c'est une notion qui le concerne directement. Le second objectif ne peut pas être validé car la fiabilité des résultats n'est pas représentative. Il manque des résultats relatés par des patients atteints de lombalgie chronique pour pouvoir confirmer ceux des ergothérapeutes. L'idée serait de proposer des questionnaires à des patients qui ont déjà parlé de leur sexualité avec l'ergothérapeute.

Le troisième objectif avait pour but de confirmer l'impact positif d'aborder la sexualité pendant une prise en charge en ergothérapie. Il est aussi complexe à évaluer que le deuxième. Même si les ergothérapeutes ne sont pas tous en accord sur la question de l'impact positif sur l'évolution de la lombalgie chronique, grâce à l'intégration de la sexualité dans l'accompagnement par l'ergothérapeute. Les prises en charge globales ne permettent pas forcément de dissocier les différentes sphères de la personne. Une des ergothérapeutes l'a évoqué « je n'ai rien qui peut me permettre de démontrer ». Un élément indescriptible que l'ergothérapeute ne peut pas dissocier spécifiquement, car même s'il peut

prouver via des bilans, des questionnaires et des évaluations, cette prise en charge globale peut faire évoluer positivement la lombalgie chronique, l'ergothérapeute ne peut pas prouver que c'est grâce à l'accompagnement de la sexualité du patient. Il faudrait que celui-ci prenne en charge uniquement cette sphère mais ce n'est pas le cas. Le troisième objectif n'est donc pas validé.

Mes objectifs d'enquête ne sont pas tous atteints et mon hypothèse n'est pas à ce jour vérifiable, elle est invalidée.

3. Les limites et les intérêts de la pré-étude

Malheureusement, l'échantillon d'ergothérapeutes ne permet pas d'obtenir des résultats très significatifs en regard de la population d'ergothérapeutes exerçant en SSR. L'âge de la plupart des ergothérapeutes interrogés et leur expérience débutante peuvent être un facteur limitant dans la fiabilité de mes résultats. Quant à l'enquête, elle ne permet pas d'être quantitative, mais elle a permis d'être qualitative. Néanmoins plusieurs entretiens ont été réalisés par téléphone ou visioconférence, modifiant forcément l'interaction entre les interlocuteurs. L'absence d'enquête établie pour les patients m'empêche d'avoir du recul et de visualiser l'impact de l'accompagnement spécifique des ergothérapeutes à ce sujet. Je n'ai trouvé aucune documentation mettant en lien l'ergothérapie, la sexualité et la lombalgie chronique compliquant ainsi mes recherches. Cette complication m'a contraint de créer un lien entre les différents thèmes.

Cette pré-étude a permis de confirmer l'enjeu de l'intégration de la sexualité dans l'accompagnement de l'ergothérapeute pour les patients atteints de lombalgie chronique. L'enquête a permis de témoigner des atouts de l'utilisation du modèle MCREO en ergothérapie qui peut aider indirectement à aborder ce sujet. Elle permet également de souligner les difficultés que peuvent avoir les ergothérapeutes à aborder ce sujet-là. L'enquête et la littérature indiquent que le manque de formation et de compétences à ce sujet n'encourage pas les ergothérapeutes à se lancer dans l'accompagnement de la sphère sexuelle du patient (Taylor & Davis, 2006). L'écuyer et ses collaborateurs (2020) rajoutent qu'ils manquent d'outils spécifiques, « de ressources cliniques et de données probantes » pour aider et faciliter la pratique de l'ergothérapeute. Certains ergothérapeutes ont évoqué des refus et des difficultés venant du patient. En effet, leur comportement vis-à-vis de la sexualité peut être « influencé par des facteurs sociaux et des valeurs culturelles » (Couldrick, 1999).

4. Les perspectives de recherches

Les perspectives de recherches s'appuient sur les résultats de cette pré-étude pour envisager une nouvelle problématique : Quels sont les outils spécifiques qui facilitent la démarche de l'ergothérapeute à aborder la sexualité de la personne atteinte de lombalgie chronique afin de maintenir son équilibre occupationnel ?

Cela m'amène à réfléchir à une nouvelle hypothèse : Le livret d'informations permet à l'ergothérapeute d'aborder plus facilement la sexualité de la personne atteinte de lombalgie chronique afin de maintenir son équilibre occupationnel.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de mettre en avant la pratique de l'ergothérapeute en matière de sexualité pour des personnes atteintes de lombalgie chronique. Le but de cette recherche était d'identifier les différentes manières utilisées par les ergothérapeutes pour aborder la sexualité de cette population. L'hypothèse m'a amené à l'idée que l'entretien qui s'appuie sur le modèle MCREO pourrait maintenir l'équilibre occupationnel de la personne.

J'ai réalisé une enquête auprès de cinq ergothérapeutes exerçant auprès de cette population au sein d'établissement de SSR. Elle a permis d'identifier plusieurs manières d'aborder la sexualité avec ces patients, et de comprendre les difficultés et les facilités que pouvaient avoir les ergothérapeutes à aborder ce sujet-là. Malheureusement, je n'ai pas pu vérifier de manière fiable, l'impact que peut avoir la manière d'aborder la sexualité sur l'équilibre occupationnel de cette population.

En effet, l'échantillon d'ergothérapeutes n'était pas assez représentatif de la population prenant en charge cette population, mais surtout la vision et le retour d'expériences des patients manquaient dans cette enquête. L'hypothèse n'a donc pas été validée.

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de développer cet esprit critique qui va pouvoir m'accompagner dans ma pratique professionnelle. Toute cette démarche scientifique structurée m'a demandé un travail continu et régulier qui m'a permis de poursuivre le développement de mes « soft skills », notamment dans l'adaptation, les prises de décision, la gestion du temps et l'organisation.

Enfin, beaucoup de points communs et de différences sont ressortis dans l'enquête, ce qui m'apporte d'autres visions, d'autres façons de penser, notamment à ma future pratique professionnelle.

En effet, j'envisage davantage de considérer la sexualité dans mes prochaines prises en charge en ergothérapie, même si je n'exercerai peut-être pas auprès de patients atteints de lombalgie chronique. Tout d'abord, malgré les connaissances théoriques que les recherches ont pu m'apporter, le plus complexe est d'intégrer la sexualité dans ma pratique. L'enjeu est d'avant tout de s'intéresser aux conséquences négatives que peuvent avoir les pathologies sur les personnes. Cela me permettra de m'assurer des potentielles problématiques sexuelles et affectives pouvant exister. Ensuite, viendra l'étape où il faudra aborder ce sujet avec la personne. J'ai pris conscience que le patient préfère que ce soit le professionnel qui en parle. Je l'aborderai donc sûrement en individuel mais peut-être pas lors de la première séance afin de créer un premier lien avant d'aborder un sujet qui reste très intime. J'ai pris connaissance de plusieurs outils permettant d'aborder la sexualité. Il va falloir que je les utilise pour me faire ma propre idée sur leur intérêt et leur efficacité. Cependant, c'est sur ces différents outils que je souhaite approfondir ma pré-étude comme évoqué précédemment dans mes perspectives de recherches. Plusieurs autres questions m'amènent à réfléchir également aux limites du rôle de l'ergothérapeute lors d'un accompagnement de la sexualité ou encore à l'intégration de cette sphère dans la formation initiale de l'ergothérapeute en France.

Bibliographie

- Albert, I. (2014). Affirmer « le droit à la vie affective et sexuelle » : Entre désirs et réalités, entre permanence et changements. *Le sociographe*, n° 47(3), 7. <https://doi.org/10.3917/graph.047.0007>
- American Occupational Therapy Association. (2013). *Sexuality and the Role of Occupational Therapy*. <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/RDP/Sexuality.aspx>
- American Occupational Therapy Association. (2015, mai 22). *Articulating the Distinct Value of Occupational Therapy*. <https://www.aota.org/Publications-News/AOTANews/2015/distinct-value-of-occupational-therapy.aspx>
- Amstutz, C., Mahitchi, E., & Waldburger, M. (2009). Pièges diagnostiques à propos d'un cas de lombalgie spécifique. *Revue Médicale Suisse*, 5(188), 275-279. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-188/pieges-diagnostiques-a-propos-d-un-cas-de-lombalgie-specifique>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2022). *La profession – ANFE*. <https://anfe.fr/la-profession/>
- Backman, C. L. (2004). Occupational Balance : Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202-209. <https://doi.org/10.1177/000841740407100404>
- Bailly, F., Foltz, V., Rozenberg, S., Fautrel, B., & Gossec, L. (2015). Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : Une étude qualitative. *Revue de Rhumatisme*, 82(6), 396-401. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2015.08.005>
- Baranello, M., & Sabatini, E. (2007). Psicologia dei Comportamenti Sessuali. *Psychological Sciences Review*. <https://www.psyreview.org/articoli2007/20071124baranello-sabatini.htm>
- Barrières, C., Chaussignand, C., Fleur, L., Mansour, Z., Marchais, S., Milan, H., Pezé, V., Pourrat, I., Rondon, J., Saugeron, B., Simeoni, M.-C., & Sonnier, P. (2020). *Comment évoquer le sujet de*

la sexualité au sein d'une démarche d'ETP ? http://www.crespaca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/2482/synthep-sex_doc.pdf

- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction : Revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327-1333. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1020174>
- Bemben, L., Kalis, C., & Kaisser, L. (2014). L'accompagnement à la vie affective et sexuelle. *Repères éthiques*, Psymas, 47. <http://www.psymas.fr/?q=node/13>
- Beuchon, L. (2009). *Prise en charge spécifique de patients lombalgiques chroniques, avec ou sans radiculalgie, à l'hôpital rhumatologique d'Uriage*. [Thèse de doctorat à l'Université Joseph Fourier de Grenoble]. Archive HAL Open Science. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00403135/document>
- Boncinelli, V., Gaci Scaletti, D., Nanini, C., Daino, D., & Genazzani, A. R. (2013). Sexual fantasies and female hypoactive desire. *Sexologies*, 22(1), e16-e19. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.08.003>
- Briffaut, A. (2017). Sexualité et équilibre occupationnel : En quoi la sexualité influence-elle l'équilibre occupationnel de la personne ? [Mémoire de fin d'étude à l'IRFSS du Centre-Val de Loire]. Archive ANFE. <https://anfe.fr/sexualite-et-equilibre-occupationnel-en-quoi-la-sexualite-influence-elle-lequilibre-occupationnel-de-la-personne/>
- Brousseau, M., Désormeaux-Moreau, M., & St-Pierre, M.-J. (2013). Les représentations de l'expert en habilitation des occupations par des ergothérapeutes superviseurs de stage. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(1), 28-34. <https://doi.org/10.1177/0008417412474220>
- Caby, I., Vanvelcenaher, J., Letombe, A., & Pelayo, P. (2010). Effects of a five-week intensive and multidisciplinary spine-specific functional restoration program in chronic low back pain patients with or without surgery. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(10), 621-631. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2010.09.006>
- Caire, J.-M., Morestin, F., & Chabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gerontologie et*

- société*, 35(142), 41-55. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2012-3-page-41.htm>
- Canadian Association of Occupational Therapists (2012). *Profile of OT in Canada*. https://www.caot.ca/site/pt/otprofile_can?language=fr_FR&nav=sidebar
- Cedraschi, C., Piguet, V., Luthy, C., Rentsch, D., Desmeules, J., & Allaz, A.-F. (2009). Aspects psychologiques de la douleur chronique. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 587-592. https://www.academia.edu/16945572/Aspects_psychologiques_de_la_douleur_chronique
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012a). *Affectif: Définition*. <https://www.cnrtl.fr/definition/affectif>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012b). *Sexualité: Définition*. <https://www.cnrtl.fr/definition/sexualit%C3%A9>
- Chaboudez, G. (2002). L'auto-érotisme de la jouissance phallique. *Essaim*, 10(2), 35-48. <https://www.cairn.info/revue-essaim-2002-2-page-35.htm>
- Chen, S.-M., Liu, M.-F., Cook, J., Bass, S., & Lo, S. K. (2009). Sedentary lifestyle as a risk factor for low back pain: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(7), 797-806. <https://doi.org/10.1007/s00420-009-0410-0>
- Combessie, J.-C. (2007). II. L'entretien semi-directif. *Reperes*, 5, 24-32. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24.htm>
- Comeau, Y. (1994). L'analyse des données qualitatives. *Cahiers du CRISES, Collection Études théoriques* No ET9402, 35 pages. <https://crises.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/10/ET9402.pdf>
- Couldrick, L. (1998). Sexual Issues : An Area of Concern for Occupational Therapists? *British Journal of Occupational Therapy*, 61(11), 493-496. <https://doi.org/10.1177/030802269806101102>
- Couldrick, L. (1999). Sexual Issues within Occupational Therapy, Part 2 : Implications for Education and Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 26-30. <https://doi.org/10.1177/030802269906200107>

- Couldrick, L. (2005). Sexual Expression and Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(7), 315-318. <https://doi.org/10.1177/030802260506800705>
- Cour, F., Droupy, S., Faix, A., Methorst, C., & Giuliano, F. (2013). Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progrès en Urologie*, 23(9), 547-561. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2012.11.007>
- Courtois, F. (2009). Réhabilitation des traumatismes sexuels : Une priorité clinique. *Sexologies*, 18, 112-113. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.02.003>
- CRIPS Ile-de-France. (2021, octobre 1). *Handicaps et sexualité*. <https://www.lecrisp-idf.net/handicap-et-sexualite>
- Damhuis, L., & Ruquoy, D. (2012). *Collecte de données : L'entretien semi-directif*. 29 pages. https://ucline.uclouvain.be/pluginfile.php/20823/mod_resource/content/4/%20Entretien%20semi-directif%20Damhuis%20et%20Ruquoy%202012.pdf
- Desbois, C., & Escalas, C. (2019). Programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de lombalgies chroniques : Vers un renforcement du lien : Ville-hôpital. *Santé Education*, 29, 34-38, (Spécial Congrès). https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2019/07/desbois-escalas-lombalgies_mis-en-page-tableau.pdf
- Deyo, R. A., & Weinstein, J. N. (2001). Low Back Pain. *The New England Journal of Medicine*, 344(5), 363-370. <https://doi.org/10.1056/NEJM200102013440508>
- Dictionnaire médical. (2022). *Définition de « Psychosomatique »*. <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/724-psychosomatique/>
- Donskoff, C. (2011). Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme*, 78, S79-S82. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(11\)70016-3](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(11)70016-3)
- Doris Pierce trad. Marie-Chantal Morel-Bracq. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Dufour, M. (2017). *Anatomie de l'appareil locomoteur—Tome 3 (Vol. 3)*. Elsevier Masson. <https://www.elsevier-masson.fr/anatomie-de-lappareil-locomoteur-tome-3-9782294752599.html>

- Duncan, E. (2006). *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (4ème édition). Churchill Livingstone.
- Duquesnoy, B., Allaert, F.-A., & Verdoncq, B. (1998). Psychosocial and occupational impact of chronic low back pain. *Revue du rhumatisme (English ed.)*, 65, 33-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9523384/>
- Eaves, Y. D. (2001). A synthesis technique for grounded theory data analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 654-663. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01897.x>
- Encyclopædia Universalis. (2022). *Vie affective—Classification thématique*. <https://www.universalis.fr/classification/sciences-humaines-et-sociales/psychologie/psychologie-generalites/vie-affective/>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire: 3ème édition* (Dunod).
- Ferrari, S., Vanti, C., Giagio, S., Anesi, M., Youssef, S., Bortolami, A., Cedraschi, C., & Pillastrini, P. (2020). Low back pain and sexual disability from the patient's perspective : A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1817161>
- Filiberti, A., Audisio, R. A., Gangeri, L., Baldini, M. T., Tamburini, M., Belli, F., Parc, R., & Leo, E. (1994). Prevalence of sexual dysfunction in male cancer patients treated with rectal excision and coloanal anastomosis. *European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 20(1), 43-46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8131868/>
- Foley, G. (2004). Quality of Life for People with Motor Neurone Disease: A Consideration for Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 551-553. <https://doi.org/10.1177/030802260406701206>
- Freud, S. (1924). The Infantile Genital Organization of the Libido : A Supplement to the Theory of Sexuality. *Revue internationale de psychanalyse*, 5, 125-129. <https://pep-web.org/browse/document/ijp.005.0125a?page=P0125>

- Gagnon, M., & Thériault, J. (2006). Intimité sexuelle et relation de couple : Étude exploratoire. *Bulletin de psychologie*, 481(1), 93-101. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-1-page-93.htm>
- Gagnon, S., Lenseil-Corbeil, G., & Duquesnoy, B. (2009). Multicenter multidisciplinary training program for chronic low back pain : French experience of the Renodos back pain network (Réseau Nord-Pas-de-Calais du DOS). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(1), 3-16. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2008.10.001>
- Gélinas Proulx, A., & Dionne, É. (2010). Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), 127-131. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>
- Ghedighian-Courier, J.-J. (2006). Le toucher, un sens aux multiples avatars. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 2(118), 17-28. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-jungiens-de-psychanalyse-2006-2-page-17.htm>
- Gianotten, W. L., Bender, J. L., Post, M. W., & Höing, M. (2006). Training in sexology for medical and paramedical professionals : A model for the rehabilitation setting. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(3), 303-317. <https://doi.org/10.1080/14681990600754559>
- Ginies, P., Bannwarth, B., Duquesnoy, B., Guillemin, F., Perrot, S., Richard, A., & Verdoncq, B. (2005). Etude de validation d'une échelle visuelle analogique électronique (EVE) de mesure de l'intensité de la douleur, par comparaison à une échelle visuelle analogique traditionnelle (EVA). *Douleur et Analgésie*, 18(1), 39-41. <https://doi.org/10.1007/BF03014564>
- Grelley, P. (2012). Contrepoint—La méthode expérimentale. *Informations sociales*, 6(174), 23. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2012-6-page-23.htm>
- Guzman, J. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain : Systematic review. *BMJ*, 322(7301), 1511-1516. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7301.1511>

- Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
<https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
- Hagedorn, R. (2001). *Foundations for practice in Occupational Therapy* (3ème édition). Churchill Livingstone.
- Harrison, J. (2001). 'It's none of my business' : Gay and lesbian invisibility in aged care: Gay and lesbian invisibility in aged care. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48(3), 142-145.
<https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00262.x>
- Hasni, A., Belletête, V., Potvin, P., Université de Sherbrooke, & Centre de recherche sur l'enseignement et l'apprentissage des sciences. (2018). *Les démarches d'investigation scientifique à l'école : Un outil de réflexion sur les pratiques de classe*.
https://www.usherbrooke.ca/creas/fileadmin/sites/creas/documents/Publications/Demarches_Investigation_Hasni_Belletete_Potvin_2018.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2008). *Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient* (p. 1). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2015, novembre 4). *Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie*.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf
- Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K. (2009). Changes in Sexuality and Intimacy After the Diagnosis and Treatment of Cancer : The Experience of Partners in a Sexual Relationship With a Person With Cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), 271-280.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819b5a93>
- Henchoz, Y. (2011). Lombalgies non spécifiques : Faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Revue Médicale Suisse*, 3(286), 612-616. <https://www.revmed.ch/revue-medicale->

suisse/2011/revue-medecale-suisse-286/lombalgies-non-specifiques-faut-il-recommander-l-exercice-et-les-activites-sportives

- Hughes, M. K. (2000). Sexuality and the Cancer Survivor: A SILENT COEXISTENCE. *Cancer Nursing*, 23(6), 477-482. <https://doi.org/10.1097/00002820-200012000-00011>
- Hussain, S. M., Urquhart, D. M., Wang, Y., Shaw, J. E., Magliano, D. J., Wluka, A. E., & Cicuttini, F. M. (2017). Fat mass and fat distribution are associated with low back pain intensity and disability: Results from a cohort study. *Arthritis Research & Therapy*, 19, 26. <https://doi.org/10.1186/s13075-017-1242-z>
- Hutchinson, S., Marsiglio, W., & Cohan, M. (2002). Interviewing Young Men about Sex and Procreation: Methodological Issues. *Qualitative Health Research*, 12(1), 42-60. <https://doi.org/10.1177/1049732302012001004>
- Imbert, G. (2010). The Semi-structured Interview: At the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>
- Institut National de la Recherche Scientifique. (2018a, octobre 26). *Lombalgie. Effets sur la santé—Risques*. <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/effets-sur-la-sante.html>
- Institut National de la Recherche Scientifique. (2018b, octobre 26). *Lombalgie. Prévention—Risques*. <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/prevention.html>
- International Association for the Study of Pain. (2011). Terminology | Pain Terms and definitions. *International Association for the Study of Pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Intissar, S., & Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse: La théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>

- Juignet, P. (2018, juillet 2). *Hypothético-déductive*. <https://philosciences.com/315-hypothetico-deductive>
- Kolau, O. (2019, mars). *Ergothérapeute : Définition - profession paramédicale*. <https://www.ergo-on.com/definition-ergotherapie>
- Lafrenaye-Dugas, A.-J., & Courtois, F. (2019). Lombalgie chronique et difficultés sexuelles : Évaluation, éducation et intervention. *Sexologies*, 28(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.09.004>
- Laporte, A., & Beltzer, N. (2008). *Sexualité et maladies chroniques*. La Découverte. <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-509.htm>
- L'Assurance Maladie. (2022a, janvier 13). *Définition, causes et symptômes de la lombalgie*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie>
- L'Assurance Maladie. (2022b, janvier 13). *La lombalgie, un enjeu de santé publique*. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Concepts de base de l'ergothérapie. *Canadian Association of Occupational Therapy*. 29-56.
- Le Bars, D., & Willer, J.-C. (2004). Physiologie de la douleur. *EMC - Anesthésie-Réanimation*, 1(4), 227-266. <https://doi.org/10.1016/j.emcar.2004.08.001>
- L'écuyer, K., Auger, L.-P., & Brousseau, M. (2020). Soutien à l'habilitation à l'occupation de la sexualité par un groupe d'intérêt virtuel. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 6(2), 21. <https://doi.org/10.13096/rfre.v6n2.133>
- Legendre-Lepinoy, C. (2021). Sexualité et blessure médullaire : Comment l'accompagnement sexuel peut-il influencer la satisfaction sexuelle et la qualité de vie de la personne ? *Ergothérapies*, 80, 15. <https://revue.anfe.fr/2021/01/29/sexualite-et-blessure-medullaire-comment-laccompagnement-sexuel-peut-il-influencer-la-satisfaction-sexuelle-et-la-qualite-de-vie-de-la-personne/>

- Lhomond, B. (1996). Qu'est ce qu'un rapport sexuel ? Remarques à propos des enquêtes sur les comportements sexuels. *Les langages du politique*, 49(1), 106-115. <https://doi.org/10.3406/mots.1996.2125>
- Lincoln, Y. S. (1995). Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 275-289. <https://doi.org/10.1177/107780049500100301>
- Lopès, P., & Poudat, F.-X. (2022). *Manuel de sexologie*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.fr/books?id=4Z9MEAAAQBAJ&pg=PA35&lpg=PA35&dq=Apprentissage+de+la+s%C3%A9quence+excitatoire&source=bl&ots=CKK2wOngfJ&sig=ACfU3U3RsQhNF3KmlBdfYqEHq8XZwN3bBg&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjX7Jb52J73AhXCyYUKHec-CX4Q6AF6BAhBEAM#v=onepage&q&f=false>
- Lugen, M. (2017). *Petit guide de méthodologie de l'enquête* (p. 28). Université Libre de Bruxelles. https://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_me%CC%81thodologie_de_l_enque%CC%82te.pdfhttps://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_me%CC%81thodologie_de_l_enque%CC%82te.pdf
- MacRae, N. (2013). Occupational Therapy's Role with Sexuality. *American Occupational Therapy Association*, 2. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.6.625>
- Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 14(5), 282-289; quiz 290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16318107/>
- Maiese, K. (2021, mars). *Moelle épinière—Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs*. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/biologie-du-syst%C3%A8me-nerveux/moelle-%C3%A9pini%C3%A8re>
- Marc, E., & Picard, D. (2020). Chapitre 3. Le lien affectif. *Psycho Sup*, 4, 51-71. <https://www.cairn.info/rerelations-et-communications-interpersonnelles--9782100801244-page-51.htm>

- Martinez de Tejada Weber, B. M. de T. (2021, octobre 29). *La vie affective et les émotions*.
<https://www.hug.ch/obstetrique/vie-affective-emotions>
- Matuska, K. M., & Christiansen, C. H. (2008). A proposed model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 9-19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686602>
- Maubisson, L., & Abaidi, I. (2011). E-terview & interview : Étude comparative de méthodes de recueil de données online & offline. *Management Avenir*, 44(4), 165-186.
<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-4-page-165.htm>
- McColl, M. A., & Law, M. (2013). Interventions Affecting Self-Care, Productivity, and Leisure among Adults : A Scoping Review. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 33(2), 110-119.
<https://doi.org/10.3928/15394492-20130222-01>
- McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *The Medical Journal of Australia*, 179(5), 263-266. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05535.x>
- Meana, M., & Jones, S. (2011). Developments and Trends in Sex Therapy. In R. Balon (Éd.), *Advances in Psychosomatic Medicine* (Vol. 31, p. 57-71). KARGER. <https://doi.org/10.1159/000328808>
- Merskey, H. (1991). The definition of pain. *European Psychiatry*, 6(4), 153-159.
<https://doi.org/10.1017/S092493380000256X>
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 13-28.
<https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Micheau, A., & Hoa, D. (2021, septembre 13). *Anatomie du rachis et du dos—EAnatomy*.
<https://www.imaios.com/fr/e-Anatomy/Rachis-et-Moelle/Rachis-Schemas>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012, mars 8). *Ergothérapeute*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Synthèse de la feuille de route Santé Sexuelle 2021-2024* (Priorité prévention rester en bonne santé tout au long de sa vie, p. 6). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_strategie_sante_sexuelle_2021-2024.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022, mars 16). *Vie affective et sexuelle*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/article/vie-affective-et-sexuelle>
- Mohammed, A. (2017). Addressing Sexuality in Occupational Therapy. *OT Practice*, 22(9), 1-8. <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Publications/CE-Articles/CE-Article-May-2017.p>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (1ère édition). De Boeck Supérieur.
- Muslemani, S., Berniquez, E., Cloutier, J., Lamoureux, G., Lefebvre, L., Maihot Tanguay, C., Gagnon-Roy, M., Plourde, A., & Gagnon, C. (2019). *Guide de pratique en ergothérapie : Favoriser la sexualité et la vie amoureuse des adultes présentant une maladie neuromusculaire*. 51 pages. Université de Sherbrooke / Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires.
- Nègre, I. (2014). *Hypnoalgésie et hypnosédation*. Dunod. <https://www.cairn.info/hypnoalgésie-et-hypnosédation--9782100592180-page-39.htm>
- Netter, F. H. (1999). *Atlas d'anatomie humaine* (2ème). Maloine.
- New, P. W., Seddon, M., Redpath, C., Currie, K. E., & Warren, N. (2016). Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: A mixed-methods study. *Spinal Cord*, 54(12), 1203-1209. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.62>
- Norberg, M. I., Riat, M., & Benaim, C. (2017). Place du traitement interdisciplinaire intensif dans la lombalgie chronique. *Revue Médicale Suisse*, 3(568), 1296-1299. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.568.1296>

- Nys, A. (2007). Quelques pièges diagnostiques dans les lombalgies. In J.-C. Goussard & S. Bendaya (Éds.), *La lombalgie en 2007 : Aspects pratiques* (p. 67-85). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-2-287-72104-5_8
- Olivier, N., Weissland, T., Baeza, J., Codron, H., Trannoy, V., & Caby, I. (2007). Abstract. *Movement Sport Sciences*, 61(2), 73-87. <https://www.cairn.info/revue-science-et-motricite1-2007-2-page-73.htm>
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec. (2008, janvier 1). L'activité: L'outil privilégié de l'ergothérapeute. *Ergothérapie express*, 1-2 <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/5-l-activite-l-outil-privilegie-de-l-ergotherapeute.html>
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec. (2016). L'utilisation de modèles et d'approches propres à notre profession : Faire ressortir notre spécificité d'ergothérapeute. *Ergothérapie express*, 27(4), 6. https://www.oeq.org/DATA/ARTICLESPECIAL/77~v~modeleapproche_specificiteergo.pdf
- Organisation mondiale de la santé & Bureau régional du Pacifique occidental. (2003). *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*. Organisation mondiale de la santé
- Organisation panaméricaine de la santé. (2018). *Brève communication sur la sexualité : Recommandations pour une approche de santé publique*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342741>
- Ortigue, S., & Bianchi-Demicheli, F. (2007). Interactions entre excitation et désir sexuel : Des relations interpersonnelles aux réseaux neuronaux. *Revue Médicale Suisse*, 7(104), 809-813. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-104/interactions-entre-excitation-et-desir-sexuel-des-relations-interpersonnelles-aux-reseaux-neuronaux>
- Paice, J. (2003). Sexuality and Chronic Pain : What your patient may not be telling you. *American Journal of Nursing*, 103(1), 87-89. <https://doi.org/10.1097/00000446-200301000-00079>
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. *Collection U*. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm?contenu=resume>
- Perrot, S. (2017). La douleur : Définitions et concepts. *Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur* 31-33. https://www.app-esante.fr/minisite_32/media-files/9060/livre_blanc_douleur_2017sfetd.pdf#page=31
- Pollard, N., & Sakellariou, D. (2007). Sex and Occupational Therapy : Contradictions or Contraindications? *British Journal of Occupational Therapy*, 70(8), 362-365. https://www.academia.edu/7551382/Sex_and_occupational_therapy_contradictions_or_contraindications
- Quevauvilliers, J. (2008). *Dictionnaire médical de poche* (Elsevier Masson).
- Quilliou-Rioual, M. (2014). *Identités de genre et intervention sociale*. Dunod, 27-36. <https://www.cairn.info/identites-de-genre-et-intervention-sociale--9782100702428-page-27.htm>
- Rochas, B. (2014). Prise en charge de la douleur, où en est-on ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118(3), 91-98. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.118.0091>
- Sakellariou, D., & Algado, S. S. (2006). Sexuality and Occupational Therapy : Exploring the Link. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(8), 350-356. <https://doi.org/10.1177/030802260606900802>
- Santé Publique France. (2022, janvier 4). *Vie affective et sexuelle*. <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous/vie-affective-et-sexuelle>
- Schaeffer, J. (2015). Le sexe féminin : Entre tabou et interdit. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(45), 41-75. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2015-2-page-41.htm>
- Seoud, L. (2012). *Analyse de la relation entre les déformations scoliotiques du tronc et celles des structures osseuses sous-jacentes* [Thèse de doctorat à l'école Polytechnique de Montréal].

- https://www.researchgate.net/publication/277090238_Analyse_de_la_relation_entre_les_deformations_scoliotiques_du_tronc_et_celles_des_structures_osseuses_sous-jacentes
- Serrie, A., Mourman, V., Treillet, E., Maire, A., & Maillard, G. (2014). La prise en charge de la douleur chronique : Un problème de société. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 15(3), 106-114. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2014.04.002>
- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S., & Viikari-Juntura, E. (2010). The Association Between Obesity and Low Back Pain : A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(2), 135-154. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp356>
- Spencer, E. A. (1989). Toward a Balance of Work and Play : Promotioin of Health and Wellness. *Occupational Therapy In Health Care*, 5(4), 87-99. https://doi.org/10.1080/J003v05n04_07
- Stevenson, J. M., Weber, C. L., Smith, J. T., Dumas, G. A., & Albert, W. J. (2001). A Longitudinal Study of the Development of Low Back Pain in an Industrial Population: *Spine*, 26(12), 1370-1377. <https://doi.org/10.1097/00007632-200106150-00022>
- Stoléru, S. (2014). Sommes-nous libres par rapport à nos désirs sexuels ? Une perspective neuroscientifique. *Cités*, 4(60), 105-127. <https://www.cairn.info/revue-cites-2014-4-page-105.htm>
- Straker, L. M. (2003). A review of research on techniques for lifting low-lying objects : 2. Evidence for a correct technique. *Work (Reading, Mass.)*, 20(2), 83-96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12671202/>
- Taylor, B. (2011). The Impact of Assistive Equipment on Intimacy and Sexual Expression. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(9), 435-442. <https://doi.org/10.4276/030802211X13153015305637>
- Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 21(11), 35-40. <https://doi.org/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382>

- Thériault, J. (1995). Réflexion sur la place de l'intimité dans la relation érotique et amoureuse. *Revue sexologique*, 1(3), 58-79.
https://www.researchgate.net/publication/281118999_Therault_J_1995_Reflexion_sur_la_place_de_l'intimite_dans_la_relation_erotique_et_amoureuse_Revue_sexologique_31_59-79
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Association Canadienne des Ergothérapeutes, Vol. 1.
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ème édition trad. française Noémi Cantin). CAOT Publications ACE.
- Ung, Y. (2019). Le concept d'équilibre occupationnel : Application des connaissances en ergothérapie. *Revue le Monde de l'Ergothérapie*, 42, 29-32.
https://www.researchgate.net/publication/340226356_Le_concept_d'equilibre_occupationnel
- Vallée, C. (2018). L'enseignement formel de la science de l'occupation en ergothérapie : Un vecteur de changement et de développement pour la profession. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 63-80. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.118>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- Verbunt, J. A., Seelen, H. A., Vlaeyen, J. W., van de Heijden, G. J., Heuts, P. H., Pons, K., & Knottnerus, J. A. (2003). Disuse and deconditioning in chronic low back pain : Concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *European Journal of Pain*, 7(1), 9-21. [https://doi.org/10.1016/s1090-3801\(02\)00071-x](https://doi.org/10.1016/s1090-3801(02)00071-x)
- Vidal. (2022, avril 14). *Recommandations Lombalgie chronique*.
<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/lombalgie-chronique-1837.html>

- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain : A state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Weinstock-Zlotnick, G., & Hinojosa, J. (2004). Bottom-Up or Top-Down Evaluation : Is One Better Than the Other? *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 594-599. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.594>
- Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. SLACK Incorporated.
- Wolff, H., Stalder, H., & Guerne, P. (2005). Lombalgie aiguë. *Primary Care*, 1(3), 664-668. https://www.researchgate.net/publication/231190984_Lombalgie_aigue
- World Health Organization. (2021). *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH)*. <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/yaws/diagnosis-and-treatment/sexual-and-reproductive-health-and-research>
- Yallop, S., & Fitzgerald, M. H. (2010). Exploration of occupational therapists' comfort with client sexuality issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44(2), 53-60. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.1997.tb00755.x>
- Zabalía, M. (2006). Pour une psychologie de l'enfant face à la douleur. *Enfance*, 58(1), 5-19. <https://doi.org/10.3917/enf.581.0005>
- Zomalheto, Z., Possi, S., Dossou-Yovo, H., & Hodjigüe, F. (2021a). Facteurs Associés à L'altération de la qualité de vie sexuelle chez les lombalgiques chroniques à Cotonou. *European Scientific Journal*, 17(34), 126. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n34p126>

Liste des acronymes

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (acteur reconnu en matière de prévention et de promotion de la santé, ainsi que dans la lutte contre le VIH/Sida)

EEAP : Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIFEL : Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OHERIC : Observation, Problématique, Hypothèse, Expérience, Résultats, Interprétation, Conclusion

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RFR : Rééducation Fonctionnelle du Rachis

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Table des annexes

Annexe I : Grille d'entretien de la pré-enquête	XX
Annexe II : Grille d'entretien de l'enquête.....	XXIII
Annexe III : Retranscription de l'entretien avec E2	XXVII
Annexe IV : Grille d'analyse	XXXIV

Annexe I : Grille d'entretien de la pré-enquête

Thèmes	Objectifs	Questions	Questions supplémentaires	Réponses recherchés
Identité de l'ergothérapeute	1	Quel est votre parcours universitaire et professionnel ?		Formation universitaire, année du DE, expérience professionnelle
Lieu et service d'exercice	1	Quelles sont les spécificités de la structure et du service dans lequel vous exercez actuellement ?	Quelles sont les pathologies rencontrées au sein de votre service ? Avec quels professionnels de santé travaillez-vous ?	CRF, SSR, service de rééducation, service de traumatologie, d'orthopédie, pathologie, patients, âge, lombalgie chronique
Prise en charge ergothérapique, modèle conceptuel	1	Quelles sont vos principes de prise en charge auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique ?	Quel est votre plan d'intervention avec cette population ? Sur quel modèle conceptuel vous appuyez-vous ?	Utilisation de programme, de plan d'intervention spécifique et de modèle spécifique
Evaluations, Outils, Bilans	1	Quelles sont les évaluations et les bilans que vous proposez à cette population de patient ?	Utilisez-vous des outils spécifiques pour aborder la sexualité ?	Evaluation fonctionnelle, évaluation de la douleur, outils spécifiques sexualité
Prise en charge de la sexualité par l'ergothérapeute	1 / 2	De quelle manière abordez-vous la sexualité de ces patients ?	Comment débutez-vous l'accompagnement de la sexualité d'un patient ?	Entretien préalable, autorisation implicite, explicite du patient,

				préconisations, propositions, écoute
Connaissance/Méconnaissance sur la sexualité	2 / 3	Quel est votre niveau d'aisance lorsque vous abordez ce sujet-là avec vos patients lombalgiques ?		Confiance, connaissance, aisance, sujet atypique
Personnes atteintes de lombalgie chronique et sexualité	2 / 3	Quels sont les impacts de la pathologie sur l'épanouissement du patient dans sa sexualité ?		Impacts physiques, psychologiques, socio-culturelles, comportements, négatif, déséquilibre
Prise en charge de la sexualité par l'ergothérapeute	2 / 3	Quelles sont les facilités et les difficultés que vous pouvez rencontrer lorsque vous aborder la sexualité avec ces patients ?		Positif, négatif, prise en charge, thérapeute, patient
Equilibre occupationnel	2 / 3	Quelles sont les facilités et les difficultés que vous pouvez rencontrer lorsque vous aborder la sexualité avec ces patients ?		Positif, négatif, prise en charge, thérapeute, patient
Interprofessionnalité	2 / 3	Comment collaborez-vous entre collègues au sujet des problématiques sexuelles que rencontrent certains patients ?		Collaboration pluridisciplinaire, interprofessionnalité, kinésithérapeute, psychologue, solutions, projets communs

Ouvertures		Avez-vous des questions à rajouter ou à me poser ?		
------------	--	--	--	--

Annexe II : Grille d'entretien de l'enquête

Thèmes	Objectifs	Questions	Questions supplémentaires	Réponses recherchés
Identité de l'ergothérapeute	1	Quel est votre parcours universitaire et professionnel ?		Formation universitaire, année du DE, expérience professionnelle
Lieu et service d'exercice	1	Quelles sont les spécificités de la structure et du service dans lequel vous exercez actuellement ?	Quelles sont les pathologies rencontrées au sein de votre service ? Avec quels professionnels de santé travaillez-vous ?	CRF, SSR, service de rééducation, service de traumatologie, d'orthopédie, pathologie, patients, âge, lombalgie chronique
Prise en charge ergothérapique, modèle conceptuel	1	Quelles sont vos principes de prise en charge auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique ?	Quel est votre plan d'intervention avec cette population ? Sur quel modèle conceptuel vous appuyez-vous ?	Utilisation de programme, de plan d'intervention spécifique et de modèle spécifique
Evaluations, Outils, Bilans	1	Quelles sont les évaluations et les bilans que vous proposez à cette population de patient ?	Utilisez-vous des outils spécifiques pour aborder la sexualité ?	Evaluation fonctionnelle, évaluation de la douleur, outils spécifiques sexualité

Aborder la sexualité en ergothérapie	1 / 2	De quelle manière et par qui est abordée la sexualité des patients lombalgiques en ergothérapie ?	Comment débutez-vous l'accompagnement de la sexualité d'un patient ? Comment le patient est amené à vous en parler ?	Entretien, discussion, questionnaire, livret, patients, ergothérapeutes, séances individuelles, collectives
Connaissance/Méconnaissance sur la sexualité	1 / 2 / 3	Quel est votre niveau d'aisance lorsque vous abordez ce sujet-là avec vos patients lombalgiques ?		Confiance, connaissance, aisance, sujet atypique
Intégration de la sexualité dans la prise en charge	2 / 3	De quelle manière pouvez-vous intégrer la sexualité dans votre prise en charge avec les patients lombalgiques ?		Réentrainement de la personne, adaptation de l'occupation, aménagement de l'environnement, conseil
Personnes atteintes de lombalgie chronique et sexualité	2 / 3	Quels sont les impacts de la pathologie sur l'épanouissement du patient dans sa sexualité ?		Impacts physiques, psychologiques, socio-culturelles, comportements, négatif, déséquilibre
Equilibre occupationnel	2 / 3	Quel impact va avoir la méthode utilisée pour aborder le sujet sur l'équilibre occupationnel du patient ?		Equilibre, déséquilibre, occupation, sexualité épanouissement, engagement participation, activités

Evolution de la pathologie	3	Quel impact peut avoir l'accompagnement de la sexualité par l'ergothérapeute sur l'évolution de la lombalgie chronique ?		Impact positif, impact négatif, qualité de vie, sphère, composante, amélioration
Légitimité	2 / 3	De quelle manière l'ergothérapeute est légitime à aborder la sexualité avec ses patients atteints de lombalgie chronique ?		Expert de l'occupation, centrée sur le patient, activité, personne, environnement
Interprofessionnalité	2 / 3	Comment collaborez-vous entre collègues au sujet des problématiques sexuelles que rencontrent certains patients ?		Collaboration pluridisciplinaire, interprofessionnalité, kinésithérapeute, psychologue, solutions, projets communs
Aborder la sexualité en ergothérapie	2 / 3	En 3 mots, quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer lorsque vous aborder la sexualité avec ces patients ?		Manque de formation, mal à l'aise, patients, sujet tabou, intimité
Aborder la sexualité en ergothérapie	2 / 3	En 3 mots, quelles sont les facilités que vous pouvez rencontrer lorsque vous aborder la sexualité avec ces patients ?		Confiance, relation, occupation, accord, plaisir, activités

Ouvertures		Avez-vous des questions à rajouter ou à me poser ?		
------------	--	--	--	--

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec E2

Pierre-Lucas : Je suis étudiant à l'IFE de Créteil en troisième année, j'ai 21 ans. Donc j'ai fait une première année de STAPS en spécialité kiné-ergo puis j'ai fait passerelle en ergothérapie. Je n'ai pas passé le concours moi je voulais éviter l'année de prépa et le concours surtout. En plus de ça, j'ai pu apprendre énormément en anatomie, en physiologie c'est assez sympa et puis du coup tu es initié aux métiers que tu peux envisager après, c'est là que j'ai découvert l'ergothérapie. Alors mon thème de mémoire est en lien avec des problématiques que j'ai pu observer sur des expériences professionnelles de stage essentiellement et ce sont des problématiques en lien avec la sexualité de patients que ça soit en EHPAD, en institution psychiatrique, ou dans des centres de rééducation. J'ai fait face à quelques problématiques en stage où j'ai eu souvent des réponses à mes questions dont je n'étais pas satisfait avec des problématiques institutionnelles, des difficultés de prise en charge et donc j'ai décidé de développer le sujet sur la sexualité ce qui m'intéressait beaucoup parce que je pense que ça fait partie de la vie de tous et donc celle du patient. J'ai choisi la lombalgie chronique parce que c'est une pathologie qui a un impact important sur la vie du patient, un impact psychologique, social et physique. Je trouve qu'il y a un lien avec la vie quotidienne donc une potentielle prise en charge en ergothérapie et la vie sexuelle du patient. Donc voilà, je te laisse maintenant te présenter.

E2 : Je m'appelle ..., je suis diplômée depuis 2020, je suis rentrée au SSR en octobre 2020 qui est neuro, ortho, pneumo et diabéto. J'ai repris le programme d'ETP lombalgique en juin 2021 et donc là en tout j'ai suivi une fois avec mon ancienne collègue pour me former justement à cette ETP et ça fait 2 programmes en entier que je fais en autonomie avec ma collègue infirmière. Y'a d'autres renseignements qu'il faut que tu saches ?

Pierre-Lucas : Oui, quel est ton parcours professionnel depuis l'obtention de ton diplôme ?

E2 : En sorti de diplôme, j'ai fait un mois dans un centre spécialisé pour les personnes atteintes de sclérose en plaque et de Parkinson mais c'était juste un mois et après j'ai fait des remplacements dans un autre SSR mais enfin c'était 3 semaines je crois.

Pierre-Lucas : D'accord et du coup quelles sont les spécificités du SSR et les pathologies pris en charge dans le service d'ergothérapie ?

E2 : Alors il y a 11 postes à pourvoir en 4 à mi-temps, 2 qui sont à 80%, 5 autres à 100%, alors nous on va voir principalement du coup des pathologies neurologiques de type sclérose en plaques, on a un médecin qui est spécialisé un peu avec les myopathes donc on a de temps en temps des paraplégies mais c'est assez rare, on les voit souvent pour le choix du fauteuil roulant et du positionnement. En locomoteur, nous on va surtout voir les prothèses d'épaules, tout ce qui est membre supérieur, des

prothèses de hanches c'est très rare, on les voit que s'il y a une nécessité d'installation ou lors de séances de prophylaxie. Et en pneumo là en ce moment bah ça dépend mais souvent on a des post COVID, sortie de coma. Et les lombalgiques du coup ils sont adressés par leur médecin traitant, ils sont ensuite sur liste d'attente pour pouvoir intégrer l'ETP par groupe de 5. Nous avons un centre référencé par l'ARS et ils viennent du coup sur un séjour en HDJ, on les voit soit ils viennent 3 fois ou 2 fois par semaine sur des séances de 1h30 et ce programme va durer 8 semaines en tout. Une liste d'attente se crée en fait et on commence l'ETP quand le groupe est plein mais du coup on sait déjà qui va venir à l'avance parce qu'il y a une liste d'attente, ils vont juste voir le médecin pour confirmer qu'il rentre bien dans le protocole. Ils peuvent revenir plusieurs fois si c'est nécessaire.

Alors du coup, moi je suis en binôme avec une infirmière, hormis quand on doit se remplacer je peux être toute seule, sinon je peux les voir aussi en autonomie s'il y a des demandes spécifiques sur la maternité, sur l'emploi, la sphère professionnelle pendant un créneau prévu le mercredi où je dois faire la traçabilité des séances. Il y a des séances obligatoires avec les éducateurs APA, les séances en balnéothérapie et les séances d'ergothérapie. En fonction de leurs besoins, le médecin peut leur faire une prescription pour aller consulter la psychomotricienne, la psychologue et la diététicienne, ils peuvent aussi aller voir l'assistante sociale. Ils n'ont pas de kiné dans notre programme juste lorsqu'ils vont en balnéothérapie.

Pierre-Lucas : Ça marche, j'ai bien compris l'organisation de votre ETP. Et quelles sont tes principes de prise en charge en tant qu'ergothérapeute auprès des personnes atteints de lombalgie chronique ? De quelle manière utilises-tu les modèles conceptuels, les évaluations et les bilans spécifiques et s'il y en a, lesquelles utilises-tu ?

E2 : Moi dans ma pratique, alors j'utilise certainement les modèles les plus basiques comme le (hésitation) le MCREO notamment pour l'entretien occupationnel en fonction du type de patients et pour l'évaluation MCRO. On utilise une trame, en fait on a 2 feuilles de bilan qui sont référencées et puis on pioche les bilans qui nous intéressent le plus. Donc le bilan de la force de préhension, le bilan articulaire et le bilan musculaire, les gestes fonctionnels, le Box and Blocks et le Purdue Pegboard.

Pierre-Lucas : Ok et du coup comment se déroule la prise en charge des lombalgiques ?

E2 : Avec les patients atteints de lombalgie chronique on commence par un recueil de données lors de la première séance en individuelle. L'ETP fait 14 séances la première est en individuel avec nous et la dernière aussi. On recueille les données avec les habitudes de vie, les déplacements, les transports, la vie au domicile et on évoque leur projet de rééducation avec leurs attentes en lien avec le programme. Après on a les bilans de la cotation sur les activités de la vie quotidienne qui peuvent être pénibles où

difficiles à cause de la douleur, c'est en individuel, on leur met plein d'images avec par exemple le repassage, les courses, rentrer où sortir d'une voiture, monter des escaliers, porter un enfant... Et justement bah je vais mettre en lien directement avec ton sujet j'en parlais avec ma collègue justement je vais le faire pour la prochaine session il me manque l'image sur la sexualité que je trouvais dommage de ne pas en parler. On leur fait passer une échelle d'anxiété le HAD et le Dallas.

Pierre-Lucas : Très bien, ça marche, c'est super bien expliqué. De quelle manière la sexualité des patients lombalgiques va être abordée ?

E2 : La seule fois où je vais justement en parler de la sexualité avec les patients, c'est pendant le programme mais sinon en général avec mes patients s'il ne m'en parle d'eux même on n'en parle pas généralement. Je ne me sens pas encore capable d'en parler en premier avec mes autres patients qui ont d'autres pathologies, enfin c'est problématique pour beaucoup de pathologies donc bon. Après il y a des pathologies qui impactent plus que d'autres.

Pierre-Lucas : Donc toi tu serais plus en position d'attendre le fait que ça soit le patient qui viennent en parler que ce soit toi qui l'abordes.

E2 : Oui, dans ma prise en charge en général hormis les lombalgiques.

Pierre-Lucas : Comment tu abordes ce sujet avec tes patients lombalgiques ?

E2 : A ce moment-là on va aller les chercher parce qu'on a une séance qui parle indirectement de la sexualité. Une séance qui parle des loisirs, sur la reprise des loisirs. Une partie de la séance est consacré à la sexualité. Au tout début de la prise en charge généralement on donne un livret justement avec toutes les activités de vie quotidienne on ne mettait pas là sexualité et après au moment de la séance avec la partie sur la sexualité on remet un autre livret spécialement ciblé sur le thème de la sexualité du lombalgique, malheureusement le centre a refusé qu'on puisse mettre des dessins à caractère sexuelle pour aider aux positionnements avec les coussins, donc on a décidé de donner le livret et après on leur imprime les photos avec les différents dessins des positions et on leur dit vous le prenez si vous voulez à la fin mais ça ne vient pas de chez nous.

Pierre-Lucas : Ah c'est triste quand même, cette règle institutionnelle.

E2 : Ah bah oui mais c'est les institutions françaises en général...

Pierre-Lucas : J'ai l'impression que tu fais le premier pas vers eux. Quel est ton niveau d'aisance lorsque tu parles de la vie sexuelle et la vie affective avec les patients atteints de lombalgie chronique ?

E2 : Je fais le premier pas lorsqu'il s'agit de la séance avec les lombalgiques durant l'ETP, hors lombalgie je n'ai jamais eu le cas où j'ai déjà dû aborder la sexualité avec un autre patient. Là c'est parce que je suis arrivée dans un groupe qui a été créé et que du coup ça parle de ça et donc bah maintenant j'essaie d'en parler et d'être plus à l'aise, je suis assez à l'aise avec ça aussi mais sinon je n'aurais pas su si j'avais pas les connaissances que j'ai appris sur ce sujet-là avec les lombalgiques et cet ETP je ne me serai pas lancé là-dedans.

Pierre-Lucas : Aucun de tes patients, en séance individuelle depuis que tu as commencé à travailler en tant qu'ergothérapeute n'a évoqué sa sexualité ?

E2 : Non aucun, je sais que mes collègues ont déjà eu le cas mais moi non pas encore. Mais bon pour les lombalgiques pendant la séance d'ETP, pour ma part, soit ils sont ouverts à la discussion et du coup à ce moment-là tu peux échanger et pas sortir ce que tu connais et ça c'est assez intéressant. Après le problème d'être en groupe c'est que si les patients ne sont pas à l'aise avec ce sujet-là, ça peut bloquer les autres. J'ai déjà eu le cas où il y a un patient qui a dit « Ah ben non on n'a pas de problème avec ça » en rigolant et puis bah du coup j'ai perdu tout le monde sur toute la séance. J'ai essayé de les chercher du regard enfin j'ai réessayé de les questionner, et c'était le néant quoi., pourtant la séance est placée vers la fin, c'est l'avant dernière, la 11^{ème} séance, tout le monde se connaît dans le groupe il y a quand même une confiance entre tout le monde, il y a déjà eu de nombreuses prises de parole collectives, il y a quand même une relation thérapeutique qui s'est nouée avec les différents thérapeutes, ils passent leurs journées ensemble, il mange ensemble midi. Ça m'a fait qu'une seule fois le coup sur les 4 ETP que moi j'ai eu en autonomie. Mais les autres généralement bah ils se sont même déjà parlé entre eux de ça.

Pierre-Lucas : Et du coup quels sont les types de réponse que tu peux recevoir quand ça fonctionne ?

E2 : Souvent c'est une absence de sexualité parce qu'ils sont complètement bloqués et qu'ils craignent la douleur tout simplement. Que même parfois c'est leur partenaire qui a peur de leur faire mal. Donc c'est soit ils vont avoir de la discussion avec leur partenaire et ça se passe à peu près bien il y a de la compréhension mais du coup il n'y a plus d'essai. Soit ils vont se forcer pour leur partenaire et puis du coup eux ils sont complètement bloqués parce qu'ils sont dans un schéma où le devoir conjugal passe avant. Le partenaire ne comprend pas, il y a de l'incompréhension sur ça. Il y en a qui nous font des retours d'expérience un peu plus positifs que d'autres, c'est même intéressant parce que nous ça nous donne des bagages pour des groupes qu'on a faits parce qu'ils nous donnent des pistes, ils nous disent « Ah bah moi avec mon mari on a essayé les bougies massantes pour mettre un petit peu en préliminaire », les patients maintenant quand tu leur dis ça ils disent « Ah ouais et tout ça existe » et puis ils me disent qu'ils vont essayer quoi. Ce qui est sympa, c'est qu'ensuite le patient rentre dans son

cercle familial puisqu'il est en hôpital de jour, grâce au livret, on ne le lit pas forcément avec eux, on leur présente et on décrit les grandes lignes mais on dit justement ce livret là ça permet aussi d'ouvrir la discussion avec votre partenaire s'il y a besoin pour vous engager et comprendre ensemble ce qu'il y a à mettre en place dans une vie de couple. C'est évidemment un bon moyen pour aborder la sexualité pour un professionnel de santé. Malgré tout, si les personnes ne sont pas gênées moi ça ne me gêne pas mais s'ils sont complètement bloqués je n'arrive pas à aller plus loin, enfin je leur dis ce que je connais mais après s'il n'y a pas d'échange ce n'est pas intéressant.

Pierre-Lucas : C'est sûr et toi comment tu arrives à intégrer la sexualité des patients lombalgiques dans ta prise en charge après avoir réussi à aborder la sexualité avec ces patients ?

E2 : Je suis beaucoup dans l'écoute en fonction de leur problématique, je vais leur dire que le plus important ça va être forcément la discussion avec leur partenaire et se réapproprier leur corps parce qu'ils voient leur corps que comme une chose douloureuse et que maintenant il va falloir qu'il reprenne confiance en eux et que même s'il n'y a pas la partie tactile qu'ils ont peut-être un peu perdu dans les premiers temps ce qui arrive dans tous les couples très souvent. Cela va déjà leur faire ressentir des choses positives avec leur corps, ce qui va être important. Je leur parle outre les douleurs de toute la partie qui va être préparation avant de passer à l'acte on va dire qu'il faut une pièce à bonne température, prendre une douche ou justement ils vont se masser la partie dos douloureuse avec l'eau chaude, des trucs comme ça... Je leur parle aussi du massage plaisir c'est-à-dire que c'est un premier préliminaire où eux ils sont en position de massage et leurs partenaires va venir toucher, masser la partie douloureuse au niveau du dos et l'autre main va servir à toucher une autre partie du corps. Enfin ce sont des trucs qui paraissent logique quand on leur dit enfin sauf qu'eux ils n'y ont pas forcément pensé, parce qu'ils se sont frustrés dès qu'ils ont su que la douleur était un obstacle infranchissable. Indirectement lorsqu'on leur dit en même temps qu'on leur propose les livrets avec les photos où il y a certaines positions qu'ils peuvent pratiquer en mettant des coussins, en modifiant et en adaptant leur position. Enfin je n'ai jamais vu personne ne pas prendre ce livret avec les photos Ils le prennent tous même tu vois celui qui avait rigolé et qui avait dit qu'il n'avait pas de souci il a pris le livret et les dessins de positions en fin de séance.

Pierre-Lucas : Intéressant, et comment pourrais-tu caractériser l'impact pour un patient lombalgique lorsqu'il ne peut plus s'épanouir dans sa vie sexuelle et affective ?

E2 : Ah ça va être un gros impact psychologique je pense en général même je pense qu'une chose est plus difficile que d'être dans une relation qui dure depuis longtemps, c'est ceux qui sont dans une relation qui n'a pas encore commencé on va dire, la pression doit être énorme et ça je n'ai pas encore eu le cas

malheureusement d'un patient qui me parle de ses problèmes là parce que je ne saurais même pas comment y répondre, parce-que c'est de la communication mais le fait qu'il y a le problème de genre que « ça va me faire mal parce que j'ai déjà eu le cas donc je vais retomber là-dedans » et pourtant c'est quand même important dans la vie quotidienne en général on va dire.

Pierre-Lucas : Et du coup pour toi, quel impact va avoir ta méthode utilisée pour aborder la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient lombalgique ?

E2 : Je pense que ça va avoir un impact positif sur la personne parce que ça va un peu soulever le voile que l'on met sur un point noir qu'il ne pensait peut-être pas aborder quand ils sont arrivés à l'ETP. Et c'est vrai qu'en France on est encore un petit peu bloqué justement sur ce sujet-là qui n'est pas assez abordé.

Pierre-Lucas : Ouais et quel impact peut avoir la prise en charge de la sexualité en ergothérapie sur l'évolution de la pathologie ?

E2 : Moi je pense qu'enfin s'ils arrivent à retrouver du plaisir dans cette sphère-là justement ce que je te disais l'estime de soi va remonter, voir qu'on peut toujours séduire et plaire à son partenaire même avec un corps qui nous plaisait plus, c'est pour ça que la partie psychomotricité elle est hyper importante dans ce programme là aussi, ils font appeler à la diététicienne aussi parce que c'est comme je te dis c'est des personnes qui au final ils arrivent et qui disent « j'ai pris 10 kilos depuis 3 ans ».

Pierre-Lucas : D'accord très bien je vois et donc de quelle manière l'ergothérapeute est-il légitime à aborder la sexualité avec les patients atteints de lombalgie chronique ?

E2 : Oui parce que on parle de leur vie quotidienne en général donc c'est à ce moment-là qu'on va leur dire que comme la vie sexuelle fait partie de la vie quotidienne on l'insère dans ce programme que si on envoie un kiné qui va par exemple renforcer leur dos et qui vient lui parler « alors comment ça se passe votre sexualité ? » il ne va pas trop comprendre le patient à ce moment-là, pourquoi il s'intéresse à ça. L'ergothérapeute va faire plus que s'occuper du corps finalement on va être là pour améliorer leur qualité de vie, aussi pour le patient cette partie sexualité est importante c'est à ce moment-là qu'on va agir, tu vois ce qui de toute façon on est sur ça hein on est sur les activités quotidiennes de la personne, des activités significatives et signifiantes et à partir du moment où ça va être signifiant pour eux bah c'est à ce moment-là qu'on peut intervenir légitimement. Il y a aussi le lien entre la répercussion physique, psychologique, social et professionnel que peut avoir la pathologie. Un exemple lorsqu'ils vont avoir du mal à trouver des positions moins douloureuses on va essayer de trouver des solutions ensemble avec ou sans aides techniques, différentes de celles qu'ils ont déjà essayées. Lors de la prise en charge,

l'ergothérapeute va essayer d'englober tous les aspects de la personne forcément le patient peut se sentir peut-être plus légitime de parler de ces problématiques en lien avec sa sexualité avec nous qu'avec un autre professionnel.

Pierre-Lucas : Très bien, à chaque fin d'entretien, je pose deux dernières questions, donc en 3 mots, quelles sont les difficultés que toi en tant qu'ergothérapeute tu pourrais avoir lorsque tu abordes ou que tu souhaiterais aborder la sexualité du patient ?

E2 : Je dirais personnel, timidité et on va dire blocage, j'ai hésité parce qu'il y a aussi la religion qui desfois peut ressortir.

Pierre-Lucas : Maintenant, en 3 mots, quelles sont les facilités que tu as ou que tu pourrais rencontrer lorsque tu abordes la sexualité des patients lombalgiques ?

E2 : Alors l'expérience, euh la relation et la confiance.

Pierre-Lucas : Super, bah c'est top merci pour toutes tes réponses ! Est-ce que tu as d'autres questions ?

E2 : Non pas d'autres questions, je veux bien que tu m'envoies ton mémoire quand tu auras fini.

Pierre-Lucas : Pas de soucis pour ça, merci encore pour cet entretien, bonne continuation !

E2 : Merci à toi aussi, bon courage pour le reste de ton mémoire et n'hésites pas à venir me poser des questions si tu en as encore !

Annexe IV : Grille d'analyse

	Manières d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Facteurs influant le fait d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Intégration de la sexualité dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique	Légitimité de l'ergothérapeute à prendre en charge la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient atteint de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient
E1	<p>« Quand la personne arrive, on fait la première séance où on discute lors d'un entretien et dans la même séance ensuite je lui donne un livret où il y a toutes les positions qui sont conseillés et déconseillés avec des exemples de la vie quotidienne genre pour faire sa toilette, ses transferts dans la voiture, dans le livret il y a des positions sexuelles qui sont conseillées un peu comme le Kâmasûtra du lombalgique. » L.31-35</p> <p>« Les patients ne m'en parlent pas trop. » L.42</p>	<p>« Je ne suis pas toujours à l'aise, ça dépend avec quel patient, la tranche d'âge, le sexe ect... » L.37</p> <p>« Bah comme ça c'est un sujet assez tabou » L.42</p> <p>« Je ne suis pas trop à l'aise avec le sujet, je ne sais pas trop comment me positionner. » L.43-44</p> <p>« C'est vraiment avec le tabou, c'est vraiment intime, c'est délicat de rentrer dans ce sujet-là » L.51</p> <p>« Tout dépend si la prise en charge se fait lors de séances collectives ou individuelles. Les patients ont sûrement plus de mal à aborder leur problème sexuel pendant une séance de groupe. »</p>	<p>« Desfois je le switch, je n'en parle pas et je laisse le livret pour qu'il le lise ou le relise tranquillement dans leur chambre ou chez eux et s'ils ont besoin je suis là pour répondre à leur question. Cela dépend vraiment du feeling qu'il y a en fait mais difficile de construire une relation sur les trente premières minutes. » L.56-59</p>	<p>« En ergo, on s'occupe de la vie quotidienne » L.52</p> <p>« C'est quand même à sa place, on s'occupe du rendement occupationnel, et ça fait partie des occupations primaires je dirai. » L.69-70</p> <p>« On est beaucoup plus centré sur la vie quotidienne que les autres, après c'est un sujet assez tabou, assez intime, le patient peut aussi demander à d'autres professionnels sûrement avec celui</p>	<p>« Je pense que l'impact de la pathologie sur la personne provoque un déséquilibre occupationnel à cause de toutes les répercussions qu'il peut y avoir sur la personne, ses occupations et son environnement. Le fait d'aborder et de prendre en charge des occupations significatives comme la sexualité peut forcément impacter positivement l'équilibre occupationnel du patient. » L.80-84</p>	<p>« Je n'ai pas assez pratiqué et pris en charge la sexualité pour pouvoir affirmer ma réponse mais je pense que si une occupation est prise en charge spécifiquement c'est qu'elle peut impacter positivement la pathologie. Surtout la lombalgie chronique qui a une répercussion psychologique et social importante, le but étant de redonner confiance aux patients dans notre prise en charge. » L.63-66</p>

	<p>L.75-77</p> <p>« Je dirais tabou, intime et un troisième le manque de formation. »</p> <p>L.88</p> <p>« La relation thérapeutique du coup, la confiance et surtout les séances individuelles. »</p> <p>L.91</p>		<p>avec qui il est le plus à l'aise. »</p> <p>L.73-75</p>		
--	--	--	---	--	--

	Manières d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Facteurs influant le fait d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Intégration de la sexualité dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique	Légitimité de l'ergothérapeute à prendre en charge la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient atteint de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient
E2	<p>« C'est une problématique qu'on a quand même aussi, ou moi en général parce qu'en fait, la seule fois où l'on va justement parler de la sexualité avec les patients, c'est pendant le programme mais sinon en général avec mes patients s'il ne m'en parle pas d'eux même on n'en</p>	<p>« Là c'est parce que je suis arrivée dans un groupe qui a été créé et que du coup ça parle de ça et donc j'essaie d'en parler et d'être plus à l'aise, je suis assez à l'aise avec ça aussi mais sinon je n'aurais pas su si je n'avais pas les connaissances que j'ai appris sur ce sujet-là avec les lombalgiques et cet ETP je ne me serai pas lancé là-dedans. » L.97-100</p> <p>« Après le problème d'être en groupe c'est que si les patients ne sont pas à l'aise avec ce sujet-là, ça peut bloquer les autres » L.105-106</p> <p>« La séance est placée vers la fin, tout le monde se connaît dans le groupe il y a quand même une confiance entre</p>	<p>« Cette séance parle des loisirs, sur la reprise des loisirs. Une partie de la séance est consacré à la sexualité. Au tout début de la prise en charge généralement on donne un livret justement avec toutes les activités de vie quotidienne on ne mettait pas là sexualité et après au moment de la séance avec la partie sur la sexualité on remet un autre livret spécialement ciblé sur le thème de la sexualité du lombalgique » L.83-87</p> <p>« On a décidé de donner le livret et après d'imprimer les photos avec les différents dessins des positions » L.88-89</p> <p>« Alors pendant la séance d'ETP, pour ma part, soit ils sont ouverts à la discussion et du coup à ce moment-là tu peux échanger et pas sortir ce que tu connais et ça c'est assez intéressant. » L.103-105</p>	<p>« On parle de leur vie quotidienne en général donc c'est à ce moment-là qu'on va leur dire que comme la vie sexuelle fait partie de la vie quotidienne on l'insère dans ce programme que si on envoie un kiné qui va par exemple renforcer leur dos et qui vient lui parler « alors comment ça se passe votre sexualité ? » il ne va pas trop comprendre le patient à ce moment-là. » L.172-175</p>	<p>« Moi je pense que ça va avoir un impact positif sur la personne parce que ça va un peu soulever le voile que l'on met sur un point noir qu'il ne pensait peut-être pas aborder quand ils sont arrivés à l'ETP. Et c'est vrai qu'en France on est encore un petit peu bloqué justement sur ce sujet-là qui n'est</p>	<p>« Je pense qu'enfin s'ils arrivent à retrouver du plaisir dans cette sphère-là justement ce que je te disais l'estime de soi va remonter, voir qu'on peut toujours séduire et plaire à son partenaire même avec un corps qui nous plaisait plus, c'est pour ça que la partie psychomotricité elle est hyper</p>

	<p>parle pas généralement. » L.73-76</p> <p>« On va aller les chercher parce qu'on a une séance qui parle indirectement de la sexualité. » L.82-83</p> <p>« Je fais le premier pas lorsqu'il s'agit de la séance avec les lombalgiques durant l'ETP, hors lombalgie je n'ai jamais eu le cas où j'ai déjà abordé la sexualité avec un autre patient. » L.95-96</p>	<p>tout le monde, il y a déjà eu de nombreuses prises de parole collectives, il y a quand même une relation thérapeutique qui s'est nouée avec les différents thérapeutes, ils passent leurs journées ensemble, il mange ensemble le midi. » L.109-112</p> <p>« Bah ils se sont même déjà parlé entre eux de ça. » L.113-114</p> <p>« Malgré tout, si les personnes ne sont pas gênées moi ça ne me gêne pas mais s'ils sont complètement bloqués je n'arrive pas à aller plus loin, enfin je leur dis ce que je connais mais après s'il n'y a pas d'échange ce n'est pas intéressant. » L.130-133</p> <p>« Je dirais personnel, timidité et blocage, j'ai hésité parce qu'il y a aussi la religion. » L.195</p> <p>« L'expérience, la relation et la confiance. » L.198</p>	<p>« C'est même intéressant parce que nous ça nous donne des bagages pour des groupes qu'on fait parce qu'ils nous donnent des pistes, ils nous disent « Ah bah moi avec mon mari on a essayé les bougies massantes pour mettre un petit peu en préliminaire », les patients maintenant quand tu leur dis ça ils disent « Ah ouais et tout ça existe » et puis ils me disent qu'ils vont essayer. Ce qui est sympa, c'est que le patient rentre dans son cercle familial puisqu'il est en hôpital de jour, grâce au livret, on ne le lit pas forcément, on leur présente et on décrit les grandes lignes mais on dit justement ce livret là ça permet aussi d'ouvrir la discussion avec votre partenaire s'il y a besoin pour vous engager et comprendre ensemble ce qu'il y a à mettre en place dans une vie de couple. C'est évidemment un bon moyen pour aborder la sexualité pour un professionnel de santé. » L.122-130</p> <p>« Je suis beaucoup dans l'écoute en fonction de leur problématique, je vais leur dire que le plus important ça va être forcément la discussion avec leur partenaire et se réapproprier leur corps L.136-137 »</p> <p>« Je leur parle outre les douleurs de toute la partie qui va être préparation avant de passer à l'acte » L.141-142</p> <p>« Indirectement lorsqu'on leur dit en même temps qu'on leur propose les livrets avec les photos où il y a certaines positions qu'ils peuvent pratiquer en mettant des coussins, en modifiant et en adaptant leur position »</p>	<p>« On est sur les activités quotidiennes de la personne, des activités significatives et signifiantes et à partir du moment où ça va être signifiant pour eux bah c'est à ce moment-là qu'on peut intervenir légitimement. » L.178-180</p> <p>« Lors de la prise en charge, l'ergothérapeute va essayer d'englober tous les aspects de la personne forcément le patient peut se sentir peut-être plus à l'aise de parler de ces problématiques en lien avec sa sexualité avec nous qu'avec un autre professionnel. » L.183-185</p>	<p>pas assez abordé. » L.188-191</p>	<p>importante dans ce programme là aussi, ils font appelle à la diététicienne aussi parce que c'est comme je te dis c'est des personnes qui au final ils arrivent et qui disent « j'ai pris 10 kilos depuis 3 ans ». » L.164-168</p>
--	--	--	--	--	--------------------------------------	--

	Manières d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Facteurs influant le fait d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Intégration de la sexualité dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique	Légitimité de l'ergothérapie à prendre en charge la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient atteint de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient
E3	« Alors elle n'apparaît jamais la sphère de la sexualité, c'est rare, c'est arrivé peut-être une fois en 20 ans. Je ne l'accroche pas là la sexualité. En fait nous on a on fait un atelier éducatif qu'on appelle l'hygiène de vie aujourd'hui on appelle ça l'équilibre occupationnel depuis quelques années maintenant, c'est à ce moment-là en fait que l'on aborde la sphère de la sexualité parce qu'on fait remplir un petit papier au patient justement sur « est ce qu'ils estiment faire suffisamment cette activité ? ». On a tous une liste d'activités que l'on estime faire suffisamment ou pas assez. Notre atelier éducatif est constitué comme ça en demandant au patient voilà : « quelles sont leurs occupations du quotidien ?	« Il faut déjà avoir des connaissances de la pathologie des patients avec lesquels on va aborder ce sujet-là, moi la lombalgie je la maîtrise donc j'ai aucun souci pour en parler » L.136-137 « Sur les patients en individuel c'est particulier quand même	« Non mais après pour moi c'est une activité comme une autre donc je ne vois pas pourquoi elle serait à évaluer d'une façon plus spécifique qu'une autre. » L.71-72 « La sexualité on va leur poser 3 questions si vraiment c'est une activité qui ressort. Première question c'est qu'est ce qui fait que la sexualité est importante pour vous donc c'est le plaisir, la relation avec mon conjoint enfin tu vois il y a des choses positives et négatives qui peuvent ressortir sur le fait que la sexualité c'est important et que ça peut être un problème que de ne pas en avoir. 2e question c'est quelle stratégie vous pourriez développer pour améliorer cette activité-là, comment vous pourriez faire pour que cette activité soit plus accessible pour vous et la dernière question qu'on leur pose c'est parce que dans l'équilibre occupationnel ce qu'on essaie de faire, c'est ça qui est intéressant aussi je trouve, c'est de voir les activités qui sont énergivores et les activités énergisantes dans ton équilibre occupationnel donc ça en fait ce	« C'est évident l'ergothérapie, on est quand même les spécialistes de l'activité, c'est notre cheval de bataille que les patients améliorent leur rendement et leur capacité lorsqu'il réalise leurs occupations	« L'équilibre occupationnel est amélioré tout le temps. Parce que le questionnaire on le donne au milieu mais on ne le traite qu'à la fin donc déjà il y a eu des choses qui ont bougé pour eux sans qu'on traite forcément de	« Oui mais je n'ai rien qui peut me permettre de le démontrer » L.154 « Notamment sur les groupes on le fait à l'avant dernière séance donc après en fait on ne va pas avoir de retour finalement » L.155-156

<p>Qu'est ce qui constitue leur vie donc là il nous liste un peu qu'est ce qui constitue leur vie donc ils vont dire : « bah moi dans ma vie je travaille, je dors, je mange » enfin tu vois il liste un peu toutes les activités et la sexualité elle vient à ce moment-là. Surtout dans le papier qu'on leur fait remplir avant, il y a des questions sur la sexualité et sur leur vie sexuelle, est ce que je pratique autant qu'avant, moins bien qu'avant ect... » L. 38-49</p> <p>« Spontanément ça ne vient pas comme ça en fait et là je te parle en groupe. Quand je fais de l'individuel avec les patients, ça vient tu vois quand on fait la MCREO tu vois mais là c'est plus sur de l'individuel où ça peut arriver » L. 51-53</p> <p>« Le sujet de la sexualité peut sortir quand même mais c'est rare je trouve que faut vraiment poser la question est ce que votre vie sexuelle vous épanouit par exemple. Dit comme ça là le patient va te dire oui ou non et du coup s'il dit non. Tu peux aborder le sujet mais je trouve que moi spontanément les gens n'y vont pas enfin c'est rare c'est hyper rare. » L.56-59</p>	<p>parce que même si par exemple moi je ne me sens pas gêné par la discussion là-dessus les patients le sont et du coup je trouve quand ils l'ont abordé une fois, ils se disent c'est réglé, peut être que je ne le fais pas suffisamment revenir sur le sujet » L.156-159</p> <p>« La pudeur du patient. Sa difficulté à exprimer ses difficultés peut être mais ça va avec la pudeur parce que quelque part y'a des gens qui ont du mal à dire les problèmes qu'ils</p>	<p>qui ressort dans l'activité sexuelle c'est que c'est souvent énergisant plus qu'énergivore donc en général ça va booster le patient, tu vois autant psychologiquement alors physiquement peut être que ça peut être un peu fatiguant mais malgré tout c'est plus le côté psychique, la satisfaction qui va ressortir. » L.76-87</p> <p>« On a aussi un petit livret sur les positions et tout ça. » L. 87</p> <p>« Moi je dis toujours au patient que si vous voulez faire Tarzan sauter de l'armoire c'est peut-être pas adapté, à part vraiment le fait de faire des trucs abracadabrants. Pour moi il n'y a pas forcément de précaution particulière à prendre mais bon ça c'est avec le recul. Il y a cette notion quand même là « est ce que tu vas satisfaire ton partenaire », les hommes expriment beaucoup de ne pas pouvoir satisfaire leurs partenaires et les femmes enfin de la même façon à l'inverse de ne pas être suffisamment capable d'être désirable pour l'autre. Cela entame vraiment l'estime de soi, c'est un bon sujet pour ça si tu veux parce que on est dans un nœud psychique. C'est difficile pour le patient d'arrêter d'être dans le contrôle de tout, de s'interdire tout. » L. 92-99</p> <p>« Dans le groupe en fait il va y avoir un échange c'est à dire la personne va juste évoquer comment est-ce qu'elle pourrait faire mieux, arriver à être plus performant dans cette activité-là donc elle va juste le faire de façon verbale » L.101-103</p> <p>« Je peux leur donner le petit livret parce que le petit livret il donne des positions mais il donne aussi dans l'introduction et la</p>	<p>et la sexualité est une occupation comme une autre et une occupation comme un besoin personnel majeur. » L.177-179</p>	<p>l'équilibre occupationnel donc oui » L.170-172</p> <p>« Sur ce qui se travaille à côté, il y a des transferts qui seront acquis comme ça sans forcément qu'on aille toucher spécifiquement cette sphère de la personne. » L.173-174</p>	<p>« Mais je me dis voilà ils ont pris ce qu'ils ont pu prendre puis pour certains quand je les vois mieux je me dis bon bah il y a peut-être une petite part de ça mais pas que. Moi je suis persuadée que ce n'est pas grâce à un truc qu'on va mieux pour la lombalgie chronique. C'est plein de petites choses, j'ai un peu plus de mobilité, j'ai repris un peu de confiance, je suis un peu rassurée de ma situation, j'ai essayé des trucs mais finalement ce</p>
--	--	--	---	--	--

<p>« On s'est servi d'un bilan sur l'équilibre occupationnel. Tu as plein d'activités qui sont décrites et du coup tu dois dire si cette activité-là tu l'as fait tu dois mettre oui ou non et après tu dois mettre si tu la réalises autant que tu le voudrais, cet outil là qu'on a utilisé et adapté ça te permet quand tu calcules les points de voir si les gens ont un équilibre occupationnel qui les satisfait. Si ça ne les satisfait pas, tu peux faire ressortir par rapport au point qu'ils ont mis qu'est ce qui ne les satisfait pas dans leur équilibre occupationnel. Est-ce que c'est parce qu'ils font trop le ménage, est ce que c'est parce qu'ils n'ont pas une vie sexuelle épanouie, est ce que c'est parce qu'ils vont trop au travail ou pas assez. » L.62-68</p> <p>« Dans le groupe en fait il va y avoir un échange » L. 101</p> <p>« Nous c'est abordé à la fin du programme trois jours avant la fin parce qu'à ce moment-là les gens ils ont toutes les billes normalement pour se débrouiller tout seul face à des activités difficiles » L. 105-107</p>	<p>ont. » L.187-188</p> <p>« Ils tiennent absolument à dire qu'ils ne sont pas si « handicapé » que ça. Les patients ont une fierté et un certain égo qu'il faut prendre avec des pincettes. » L.189-191</p> <p>« C'est naturel pour moi. La sexualité fait partie de la vie. Je dirais un truc que j'ai dit tout à l'heure ça fait partie des occupations, c'est une occupation comme une autre. » L.195-196</p>	<p>conclusion on a un peu des choses qui disent « la sexualité c'est bon comme le chocolat » ça peut donner du plaisir, le fait de se retrouver en couple aussi d'avoir une vie affective. C'est abordé souvent de recoller à une vie de couple. » L.114-117</p> <p>« La communication et les échanges avec le partenaire sont indispensables » L.121-122</p> <p>« Je trouve que c'est assez simple de discuter de ça parce qu'il n'y a pas énormément de solutions en fait. A part peut être en effet voir la façon de faire le corps, comment est-ce que le corps peut faire. Comment est-ce que dans mon environnement je peux être ? » L.122-125</p> <p>« Il y aussi le moment pour le faire » L.126</p> <p>« Voir avec le conjoint s'il est possible de s'organiser un peu à l'avance ça même si ça peut gêner le côté de la spontanéité » L.128-129</p> <p>« Je sais orienter les patients et ils savent trouver des stratégies par eux-mêmes mais parce que ça fait 4 semaines qu'on est ensemble et qu'on travaille sur la gestuelle globale, le mouvement, ils ont repris une certaine capacité physique. » L.137-139</p>		<p>n'est pas si douloureux que je l'imaginais » L.159-163</p> <p>« Il y a des gens qui n'abordent pas du tout la sexualité et qui vont mieux mais ils n'ont peut-être pas besoin de moi. Est-ce que pour autant eux ne se sont pas saisis de certaines choses indirectement pour arriver tout seul à le mettre en place dans leur vie affective et sexuelle. Il n'y aura que des questionnaires via des patients qui permettront de le visualiser. » L.164-167</p>
--	---	--	--	--

			« Il faut pousser le patient à passer le cap et à oser aussi en parler s'il n'y a pas de discussion, il n'y a pas d'avancée et trop de frustration sur ce sujet-là » L.141-142			
--	--	--	---	--	--	--

	Manières d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Facteurs influant le fait d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Intégration de la sexualité dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique	Légitimité de l'ergothérapeute à prendre en charge la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient atteint de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient
E4	<p>« Avec les patients on n'en parle pas trop. Ils sont très axés sur leur douleur et pas sur leur plaisir » L.75-76</p> <p>« J'ai déjà été amené à parler de la sexualité de patients atteints de lombalgie chronique » L.83</p> <p>« C'est quand même le patient qui va évoquer ça » L.87</p> <p>« Ils y pensent forcément après il</p>	<p>« Si je sens qu'au cours de l'entretien la personne est seule, bah c'est vrai que je ne l'aborde pas forcément et puis voilà si je sens la personne un peu plus ouverte effectivement je peux essayer de m'engouffrer mais ça viendra pas forcément de moi et c'est assez délicat c'est vraiment au feeling en fait c'est vraiment pas un truc très systématisés. » L.89-93</p> <p>« Voilà moi je ne suis pas forcément à l'aise de parler de ça, voilà même si on est sur de la prise en charge individuelle c'est vrai que ça c'est pas quelque chose où je suis forcément à l'aise » L.129-131</p> <p>« Je dirais un peu tabou, c'est difficile pour les autres. C'est un sujet qu'on ne maîtrise pas, on en parle un peu à l'école mais on n'est pas formé réellement à cette sphère-là. On nous</p>	<p>« Nous on est sur de l'individuel donc après voilà c'est au fur et à mesure de la relation qui se crée et des besoins que peut avoir le patient par rapport à ça qui va nous dire et nous montrer. Après on n'a pas un chapitre spécialement dédié à ça on va dire. » L.69-72</p> <p>« On essaie déjà de leur inculquer en tout cas de leur donner des conseils sur des postures du quotidien après voilà la sexualité ça peut être aussi quotidien pour certaines personnes mais voilà moi dans la prise en charge, c'est vraiment de penser au quotidien, aux actes de la vie quotidienne, les repas, le ménage, les déplacements, les transferts, l'habillement et moins</p>	<p>« Il n'y a pas que l'ergothérapeute qui puisse aider dans cette sphère-là » L.123</p> <p>« Après chaque thérapeute est différent donc chacun peut porter sa pierre à l'édifice mais voilà l'ergo peut intervenir, il est légitime à intervenir, mais pas que lui, c'est une prise en charge pluri » L. 131-133</p> <p>« On n'est jamais seul et on a la chance de travailler dans un centre de rééducation justement pour ces échanges là avec les autres professionnels, de jamais se sentir seul face à ces difficultés, on</p>	<p>« Indirectement je pense qu'on influe positivement, forcément sur le quotidien avec la partie prophylaxie comment bien dormir comment bien se positionner donc voilà après on a toute une démarche de prévention. On amène aussi le patient à réfléchir à chaque activité qui va mener on le met en situation sur un exercice et puis après on essaie de transférer ça au quotidien et je pense que ça peut faire appel à cette sphère là quand on parle de sommeil c'est vrai que je pourrais un peu plus aborder effectivement</p>	<p>« Les lombalgies chroniques, ils sont vraiment focalisés sur leur douleur chronique et pas sur leur plaisir et même quand c'est plaisir, ils vont culpabiliser derrière parce que la douleur après elle est 10 fois plus dur à supporter. La douleur est toujours là et en fait je pense que c'est une charge mentale qu'ils ont et qui est très importante et si ça fait partie des besoins de la personne effectivement on va y aller mais en général les personnes atteintes de lombalgie chronique ont d'autres priorités avant le plaisir. Elles vont devoir gérer</p>

	<p>ne pense pas forcément à nous demander » L.109-110</p>	<p>apprend à l'école voilà pour tel type de pathologie on va avoir un impact sur les activités de vie quotidienne et on aborde la sexualité 2 min et on n'est pas du tout formé finalement. Après voilà je connais l'existence par le biais de collègues qui m'en ont parlé le « handi-lover » je l'ai pas du tout vu en pratique ou quoi mais voilà apparemment ce serait une aide technique facilitante » L. 140-145</p> <p>« On n'est pas à l'aise aussi personnellement avec le sujet » L. 147-148</p> <p>« J'aurais dit prise en charge globale, finalement on s'attarde sur des choses du quotidien et c'est vrai que la sphère de la sexualité. C'est une activité en soi c'est une occupation. Je dirais aussi le plaisir, ça revient assez souvent mais c'est vrai que nous on est sur des prises en charge antalgique et du coup le plaisir fait partie intégrante de la satisfaction, du plaisir de permettre au patient de ne pas culpabiliser en tout cas sur ce qu'il fait. » L.151-155</p>	<p>sur les activités récréatives on va dire » L.76-80</p> <p>« Nous on va avoir un impact sur l'installation, sur les postures, sur des conseils aux patients, aux conjoints qu'on peut transmettre à l'oral ou via un livret. Je crois qu'il existe le Kâmasûtra du lombalgique mais ça voilà en général on en parle et on leur laisse explorer ça sur internet. » L.126-129</p>	<p>peut en parler même en tant que professionnel, on se fait aider et pareil les collègues à l'inverse » L.134-136</p>	<p>cette partie de la sexualité. » L.114-119</p>	<p>leur douleur toute la journée quoi. » L.103-108</p>
--	---	---	---	--	--	--

	Manière d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Facteurs influant le fait d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Intégration de la sexualité dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique	Légitimité de l'ergothérapeute à prendre en charge la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'équilibre occupationnel du patient atteint de lombalgie chronique	Impact de l'abord de la sexualité sur l'évolution de la lombalgie chronique du patient
E5	<p>« J'ai déjà abordé la sexualité des patients surtout avec des patients atteints de lombalgie chronique. » L.62-63</p> <p>« Elle a aussi abordé le sujet avec le kiné, donc on a fait un petit travail là-dessus pour lui expliquer les positions sexuelles qu'elle pouvait adopter, qui fallait faire attention avec son mal de dos, qu'elle devait rester sensible à sa douleur. » L.68-69</p> <p>« Après c'est un sujet qu'on n'aborde pas spécialement, après on remet toujours un livret à nos patients qui fait beaucoup le lien avec les</p>	<p>« Quand la patiente aborde la question, c'est pas d'être à l'aise ou mal à l'aise mais c'est quand même un sujet qui est rarement abordé voir même j'estime pas suffisamment. Sur le moment, je me dis que je m'attendais pas forcément à ça. » L.122-124</p> <p>« On est dans une grande salle où il y a plusieurs patients, ça peut quand même être quelque chose de plus ou moins intime et c'est le problème, je pense que notre salle et notre organisation ne s'y prête pas non plus. » L.124-127</p> <p>« J'aimerais en parler en plus mais ça dépend du profil de la personne, on a pris des questionnaires validés qu'on a adapté et du coup il y a une partie de la sexualité et en fait très régulièrement j'ai des patients qui ne veulent pas y répondre ou qui parfois disent « la vie sexuelle bah je n'en ai pas ». Ça peut être des obstacles pour en parler forcément. » L.128-131</p>	<p>« Elle a aussi abordé le sujet avec le kiné, donc on a fait un petit travail là-dessus pour lui expliquer les positions sexuelles qu'elle pouvait adopter, qui fallait faire attention avec son mal de dos, qu'elle devait rester sensible à sa douleur. » L.66-68</p> <p>« Des conseils au niveau des positions, être vigilant au niveau de la cambrure au niveau du dos, des choses comme ça » L.110-111</p>	<p>« L'ergothérapeute n'est pas plus légitime qu'un autre professionnel. Mais oui on peut en parler car l'ergothérapeute est expert de l'occupation et si on considère la sexualité comme une occupation oui mais après au final que ce soit un ergo ou un kiné qui aborde le sujet au final peu importe. Le patient en parlera avec le professionnel avec qui il veut discuter de ce sujet-là. » L.173-176</p>	<p>« Bien sur que oui ça a un impact sur l'équilibre occupationnel, en fait ça peut, le problème du dos peut vraiment flinguer tous les actes de la vie quotidienne, faire un transfert, passer de la position allongée à assise, de se lever, ils sont en train de souffrir, alors je te parle pas d'avoir une relation sexuelle, quand t'as mal au dos c'est un cercle vicieux de la douleur tu as dû le voir, la personne fait de moins en moins de choses dans son quotidien et la douleur s'installe de plus en plus. Nous on</p>	<p>« Oui ça peut impacter l'évolution de la lombalgie chronique. Dans le sens où l'activité sexuelle peut être une activité de plaisir. A partir du moment où le patient est en mesure de bouger pour faire ses activités de la vie quotidienne, il peut s'épanouir dans sa vie sexuelle mais ça desfois il ne le sait pas car il se met des limites et les limites c'est à nous de les enlever. » L.159-162</p>

	<p>postures de la gestuelle rachidienne, les positions ect... Elles peuvent être mises en relation avec le quotidien, donc ça on le travaille beaucoup avec eux et il y a aussi toute une partie sexualité qui est abordée dans le livret après la manière dont on fonctionne c'est surtout en fait par rapport à leur plainte » L.82-86</p> <p>« C'est plus souvent en individuel qu'en groupe » L.99</p>	<p>« Le plus important c'est la relation et le patient va en parler lorsqu'il y a une certaine relation qui est installée. » L.177-178</p> <p>« Premier mot lié à l'intimité, par exemple dans la salle, tu parles de la sexualité et tu as 10 personnes autour de toi. C'est une première chose après la deuxième chose c'est surpris, pris au dépourvu comme avec la patiente qui était venu me voir en me disant j'ai une question et qui me dit « sexualité je peux ? » surtout qu'en l'occurrence ce n'était pas ma patiente enfin bref... La relation est importante aussi surtout le patient va en parler à la personne avec qui il a le plus d'affinités avec celui où il sent qu'il y a une certaine écoute voilà avec qui il est le plus à l'aise. » L.184-190</p> <p>« La facilité ce serait pour moi déjà l'écoute, euh la disponibilité et la bienveillance plutôt que même la bienveillance j'aurai même plutôt dit ne pas avoir de jugement de valeur tu vois. » L.192-193</p>			<p>va essayer de s'appuyer sur ces problématiques pour que le patient puisse reprendre ses activités et qu'il apprivoise la douleur. » L.142-148</p>	
--	--	---	--	--	--	--

Auteur/Author : Pierre-Lucas GUIGOU

Titre : **Sexualité et ergothérapie chez les patients atteints de lombalgie chronique.** Aborder la sexualité pour le maintien de l'équilibre occupationnel.

Résumé

La lombalgie chronique peut impacter la sexualité des personnes. Considéré comme une occupation, la sexualité peut être inclut dans une prise en charge ergothérapique en réadaptation, mais ce sujet délicat rend difficile le fait de l'aborder avec ces patients. Le but de cette étude est d'identifier les méthodes qui permettent d'aborder la sexualité avec ces patients, et d'explorer si celles-ci peuvent entraîner un impact positif sur leur équilibre occupationnel. Une recherche par le biais de cinq entretiens semi-directifs a permis d'obtenir des résultats et de les analyser grâce à une approche thématique. Les résultats obtenus montrent qu'il existe différentes façons d'aborder la sexualité des patients atteints de lombalgie chronique, chacune différente et plus ou moins utilisée et appréciée par les ergothérapeutes. L'étude n'a pas permis d'affirmer si les différentes méthodes utilisées pour aborder la sexualité du patient pouvaient maintenir son équilibre occupationnel. Néanmoins, les ergothérapeutes souhaitent en parler davantage dans leur accompagnement auprès des patients atteints de lombalgie chronique. Ils sont plusieurs à souligner un manque d'expériences, de connaissances et de formations à ce sujet.

Mots clés : ergothérapie, lombalgie chronique, sexualité, équilibre occupationnel

Title: **Sexuality and occupational therapy in patients with chronic low back pain.** Approach sexuality to maintain occupational balance.

Abstract

Chronic low back pain can impact people's sexuality. Considered as an occupation, sexuality can be included in occupational therapy in rehabilitation, but it is a sensitive subject that makes it difficult to address with these patients. The aim of this study is to identify the methods that make it possible to approach sexuality with these patients and to explore whether this can have a positive impact on their occupational balance. Five semi-structured interviews were used for research to collect data, which was then analyzed using a thematic method. The findings indicate that there are various approaches to sexuality in patients with chronic low back pain, each of which is unique and is used and appreciated differently by occupational therapists. The study did not reveal whether the various approaches employed to address the patient's sexuality could help him retain his work balance. Nonetheless, occupational therapists wish to discuss it more in their work with patients suffering from persistent low back pain. Many of them mention a lack of expertise, understanding, and training in this area.

Keywords: occupational therapy, chronic low back pain, sexuality, occupational balance