

L'impact des croyances d'une personne
ayant une lombalgie commune chronique
sur sa participation occupationnelle

UE 6.5 S6 – Evaluation de la pratique professionnelle et de recherche

Auteur : LE GARFF Chloé

Maitre de mémoire : RENQUET Margaux

CHARTE ANTI-PLAGIAT



PREFET DE LA REGION NOUVELLE-AQUITAINE

Charte anti-plagiat de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Nouvelle-Aquitaine

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Le Garff Chloé, atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRJSCS NA et de m'y être conformée.

Et certifie que le dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Poitiers, Vendredi 12 mai 2023

Signature :

Article 2 : « Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de

l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 : Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 : Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussignée Le Garff Chloé, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Poitiers, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur.

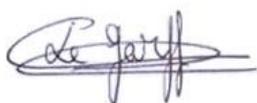
L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Poitiers à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

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

Fait à Poitiers

Le 12/05/2023

Signature

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Le Garff', with a horizontal line underneath.

NOTE AU LECTEUR

Ce travail est réalisé, conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute (NOR : SASH1017858A), dans le cadre de l'unité d'intégration « UE 6.5 Evaluation de la pratique professionnelle et recherche ».

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

Extrait des recommandations pédagogiques : « L'étudiant devra analyser une question relevant de la pratique professionnelle, la problématiser, l'explorer, en faire une étude critique, formuler des hypothèses voire des propositions de solution ou de poursuite de l'exploration ».

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord ma maître de mémoire, Margaux RENQUET pour sa présence, son écoute, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de mon mémoire et plus largement pour ces trois années passées à mes côtés.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU de Poitiers qui m'a accueillie et immédiatement intégrée dans le dispositif d'accueil et de prise en charge des patients lombalgiques. Je remercie plus particulièrement ma tutrice de stage, Géraldine BODIN.

Je remercie toutes les personnes ayant répondu favorablement à ma demande en participant à mon enquête. Leurs témoignages m'ont permis de mener à bien ce travail de recherche.

Je tiens enfin à remercier l'équipe pédagogique de l'IFE de Poitiers pour ces trois années de formation ainsi que tous les intervenants pour leur partage de connaissances et leurs enseignements.

Un grand merci à mes camarades de promotion et je tiens à remercier particulièrement Lise et Mélina, qui ont été d'un grand soutien dans ce travail et tout au long de ces trois années de formation.

Pour finir, je remercie mon copain et mes proches pour leur soutien sans faille et leurs encouragements tout au long de mon parcours de formation. Je remercie particulièrement mes parents et ma sœur pour le temps consacré à la relecture de mon mémoire.

SOMMAIRE

Introduction	1
Partie théorique	3
1) Situation d'appel.....	3
2) Etat des connaissances	4
3) Problématisation	17
Méthode	22
1) Méthode du recueil de l'état de l'art	22
2) Méthodologie de l'enquête	24
Partie pratique	28
1) Présentation des résultats	28
2) Analyse des résultats	35
Partie réflexive	39
1) Discussion.....	39
Conclusion.....	45
Bibliographie	47

INTRODUCTION

Ce mémoire porte sur l'impact des croyances d'une personne ayant une lombalgie commune chronique sur sa participation occupationnelle. On entend dire que la lombalgie est la maladie du siècle mais finalement qu'en est-il ? Qu'est-ce qui est mis en place pour aider les personnes souffrant de lombalgie et plus précisément de lombalgie commune chronique ? Actuellement, la lombalgie de manière générale représente un enjeu de santé publique. En effet, en 2021, la lombalgie était la cause la plus fréquente de handicap dans 160 pays selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On sait également qu'aujourd'hui, quatre personnes sur cinq souffriront de lombalgie commune durant leur vie. De plus, cette pathologie représente un coût très important, puisque le coût des arrêts de travail causés par la lombalgie additionné au coût des maladies professionnelles causées par la lombalgie, représente un total de plus d'un milliard d'euros par an. Seulement, bien qu'il s'agisse d'un réel enjeu de santé publique, peu de choses ont été mises en place notamment autour de la prévention des troubles musculosquelettiques, mais pas uniquement. Aujourd'hui, la population française est peu informée sur la lombalgie et encore moins sur la lombalgie commune chronique. En effet, elle peut être considérée comme un handicap invisible, pourtant les répercussions peuvent être très importantes au quotidien. Et c'est pour cela que l'ergothérapie a un rôle important à jouer. En effet, l'ergothérapeute est présenté par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) comme « Spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. ». De plus, l'ergothérapeute prend en considération la personne dans sa globalité, c'est-à-dire qu'il s'intéresse à la personne sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychosocial. Il s'intéresse également à l'environnement de la personne accompagnée. Un ergothérapeute travaille généralement en équipe pluridisciplinaire, ce qui favorise un accompagnement optimal. Dans le cadre de la lombalgie commune chronique, nous verrons que cette pathologie impose de réelles difficultés au quotidien qui restent propres à chacun. De plus, l'ergothérapie présente un rôle de prévention qui pourrait être intéressant dans la lombalgie

de manière générale. Je me questionne notamment sur les programmes d'éducation à la santé déjà existants, sur la prise en charge de la douleur chronique ainsi que sur les croyances pouvant exister autour de la lombalgie commune chronique.

Pour réaliser ce travail de recherche, nous allons donc aborder différents thèmes qui seront définis par la suite, qui sont :

- La lombalgie commune chronique,
- La douleur,
- La prise en charge et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Par la suite, nous verrons la présentation de la problématisation au regard du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et je définirai la problématique et les hypothèses de ce travail de recherche. Puis, j'explicitierai la méthode utilisée pour réaliser les recherches qui permettront d'alimenter la théorie et d'acquérir suffisamment de connaissances pour mener ce travail de recherche. Nous passerons ensuite à la méthode utilisée pour effectuer l'enquête. Enfin j'analyserai mes résultats au regard de mes deux hypothèses de recherche et des notions abordées dans ma partie théorique. Avant de conclure, je terminerai par la discussion afin de prendre de la hauteur avec ce travail de recherche et faire part des perspectives professionnelles.

PARTIE THEORIQUE

1) SITUATION D'APPEL

Durant ma première année de formation en ergothérapie, j'ai eu l'opportunité de faire un stage en service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) au sein d'un hôpital de jour. J'ai été confrontée à différentes pathologies et notamment la lombalgie chronique. Il y avait ce qu'on appelle des groupes de lombalgiques au sein de l'hôpital de jour, et j'ai donc pu en suivre un. Le groupe était composé de cinq personnes qui ont suivi le programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR). Dans ce programme, le groupe était suivi par une équipe pluridisciplinaire composée du médecin spécialiste, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes et d'un professeur en activité physique adaptée (APA). Je n'avais que très peu de connaissances sur le programme mais j'ai découvert ce que celui-ci pouvait apporter aux patients atteints de lombalgie chronique. Le médecin spécialiste intervenait pour coordonner le programme et l'équipe, ainsi que pour faire les bilans des patients. Dans le programme RFR, les ergothérapeutes intervenaient sur les postures (assis, debout, couché), les manutentions d'objets et les ports de charge. Ils traitaient tous ces thèmes en lien avec le quotidien des patients afin que les personnes accompagnées soient en mesure de transposer leurs apprentissages à domicile. Par exemple, nous avons fait une séance durant laquelle nous avons échangé autour de la station assise dans les véhicules, en particulier sur des longs trajets. C'est en effet une problématique qui était rencontrée par la majorité des personnes présentes dans le groupe. Les ergothérapeutes leur ont alors présenté les coussins qui peuvent améliorer leur position en voiture et donc limiter leurs douleurs. Au cours d'une autre séance, nous avons vu comment se coucher dans un lit, les positions et les mouvements possibles afin que chacun puisse trouver la position la plus adaptée à lui-même et les mouvements antalgiques qui fonctionnent le mieux. Concernant le port de charge, les ergothérapeutes procédaient de la façon suivante : ils montraient la bonne posture, puis chaque patient venait se mettre en situation (les uns après les autres), afin d'apprendre les postures adaptées pour limiter les douleurs et celles à éviter car source d'aggravation de leur pathologie. Toutes ces séances étaient réalisées avec du matériel écologique (packs d'eau, lit, etc.). Les kinésithérapeutes, quant à eux, intervenaient dans ce programme sur le plan physique, à savoir les limitations articulaires et la force musculaire. Leur objectif était

purement fonctionnel. Ils avaient pour but d'aider les patients à retrouver de la souplesse, augmenter les amplitudes articulaires et cela par le biais d'exercices adaptés aux douleurs de chacun. Enfin, le professeur d'APA avait pour but d'améliorer la forme physique des patients par l'intermédiaire d'activités physiques diverses et variées. Chaque professionnel de santé avait ses propres objectifs en fonction de son domaine d'activité et ce pour chaque membre du groupe. Cependant, tous avaient un objectif en commun, qui est également l'objectif du programme : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de lombalgie chronique, ce qui comprend la reprise du travail et la reprise d'activités importantes pour la personne.

J'ai remarqué, grâce à mon expérience et en discutant avec certains camarades, que les patients atteints de lombalgies chroniques suivant un programme de réentraînement à l'effort ont besoin, pour la plupart, de refaire ce programme au bout d'un certain temps. Cela me pose question dans la mesure où ils ont normalement découvert et acquis toutes les connaissances et compétences nécessaires pour améliorer leur forme physique et donc leur qualité de vie étant donné que le rôle de l'ergothérapeute dans ces programmes est de permettre aux patients de transférer leurs acquis dans leur quotidien. Pourquoi ont-ils besoin de revenir à ce programme ? Les patients réalisent-ils d'autres programmes en parallèle avec d'autres objectifs ? Qu'existe-t-il en complément d'un programme de réentraînement à l'effort ? Est-ce que la gestion de la douleur est suffisamment prise en compte ? Que se passe-t-il après la fin du programme lorsqu'ils se retrouvent seuls à domicile ? Suite à ces questionnements, j'ai échangé avec mes tutrices de stage sur ce sujet. Lors de ces échanges, elles m'ont expliqué qu'il existe plusieurs types de lombalgies, ce qui m'a alors amené à effectuer des recherches personnelles et j'ai alors découvert la lombalgie commune chronique.

2) ETAT DES CONNAISSANCES

a. Lombalgie commune chronique

i. Enjeu de santé publique

En 2021, la lombalgie était la cause la plus fréquente de handicap dans 160 pays d'après l'OMS. On dit que 84% des personnes sont touchées par la lombalgie au cours de leur vie. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) explique, en 2009, que la prévalence annuelle indique que plus de 50% de la population a au moins eu un épisode de mal de dos dans les 12 derniers mois. Dans la majorité des cas, les douleurs se résolvent sans

incapacité, cependant pour presque cinq millions de français, soit 7% de la population française, on remarque un passage à la chronicité.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la lombalgie commune, nous savons aujourd'hui que quatre personnes sur cinq souffriront de lombalgie commune au cours de leur vie.

Concernant le monde du travail, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) indique que plus de deux salariés sur trois auront un épisode de lombalgie dans leur vie malgré le plan de prévention sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Aujourd'hui, 10% des personnes souffrant de lombalgie chronique seront arrêtées pour une durée de six mois minimum. L'institut indique également que les lombalgies communes représentent 20% des arrêts de travail et 7% des maladies professionnelles. Sur le plan financier, en 2017, le coût total des arrêts de travail et des maladies professionnelles en lien avec les lombalgies et les éléments de prise en charge représente plus d'un milliard d'euros par an pour l'assurance maladie. Et le coût direct moyen qui comprend la prise en charge de la pathologie, les indemnités journalières et les séquelles, s'élève à plus d'un milliard d'euros pour les entreprises. Il est important de dire que les lombalgies sont le principal motif de sortie prématurée du marché du travail puisqu'en effet, il s'agit de la première cause d'invalidité chez les personnes de moins de 45 ans.

Ainsi, la lombalgie représente effectivement un enjeu de santé publique par sa fréquence, son coût et la gravité de ses impacts sur la personne qui en souffre.

ii. Définition

La lombalgie est le trouble musculosquelettique le plus fréquent dans le monde et en France. Elle est définie d'après la Haute Autorité de Santé de la façon suivante : « La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes (Accord Expert (AE)). ». L'ensemble des dimensions biophysique, psychologique et sociale de la lombalgie impactent les fonctions de la personne, sa participation sociale, son statut financier, etc.

Il existe deux types de lombalgie à savoir la lombalgie commune et la lombalgie spécifique ou symptomatique. La lombalgie commune peut être de type mécanique c'est-à-dire que la douleur est localisée, ou de type non mécanique et dans ce cas-là, la douleur est diffuse. Un élément important à savoir sur la lombalgie commune, qu'elle soit mécanique ou non, est

qu'elle ne présente aucun des signes d'alerte répertorié par la HAS sous le nom de drapeaux rouges (cf. Annexe I). Ces signes d'alerte peuvent par exemple être, un symptôme neurologique tel que le syndrome de la queue-de-cheval, des traumatismes importants, une douleur de type non mécanique dans le sens où il y aurait une aggravation progressive de la douleur qui serait présente au repos et plus particulièrement la nuit. La HAS explique que c'est la combinaison de plusieurs symptômes ou signes d'alerte qui va orienter le diagnostic vers une pathologie sous-jacente. Donc, à la différence de la lombalgie commune, la lombalgie spécifique est une douleur au niveau des vertèbres lombaires qui est directement liée à une pathologie sous-jacente telle que la scoliose, la hernie discale, une inflammation, etc.

On peut identifier des facteurs de risque à la lombalgie de manière générale : la sédentarité, le tabac, l'obésité, le faible statut socio-économique, l'emploi physique, les facteurs psychosociaux.

iii. Classification

Il existe une classification de la lombalgie :

- La lombalgie aiguë est une douleur qui dure jusqu'à quatre semaines
- La lombalgie subaiguë ou plutôt passage à la chronicité est une douleur qui dure entre six et douze semaines
- La lombalgie chronique est une douleur qui dure au-delà de trois mois
- La lombalgie récidivante correspond à deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle

Nous constatons ainsi que la lombalgie se caractérise en fonction de la douleur que ressent la personne et de la durée des épisodes.

iv. Impacts au quotidien

Dans cette partie, nous allons voir les différentes sphères impactées chez une personne présentant une lombalgie commune chronique : personnelle, professionnelle, familiale et sociale.

Tout d'abord la **sphère personnelle** est impactée puisque ces personnes présentent des troubles du sommeil, parfois des troubles de l'humeur en lien avec la douleur et la fatigue qui peuvent générer une certaine irritabilité. Elles peuvent également présenter un déconditionnement physique, notion qui a été développé par Préfaut et Ninot. Il s'agit d'un

cercle vicieux à la fois du déconditionnement physique mais également psychosocial. Ils définissent cela de la façon suivante : « Il agit comme un amplificateur de la vulnérabilité provoquant des situations de dépendance et une qualité de vie altérée » (2009). Finalement la personne va réduire de manière significative ses activités jusqu'à arriver à l'inactivité physique. Cette réduction des activités va impacter la personne dans la mesure où elle ne va plus être en capacité de répondre à tous ses rôles. Par exemple, une mère de famille qui s'est toujours occupée de faire les courses ou d'aller chercher ses enfants à l'école, ne va plus être en capacité de tenir ce rôle de mère tel qu'elle le faisait auparavant. Sur le plan plutôt physique, on constate que la station debout, par exemple faire la queue dans une file d'attente, est un calvaire pour ces personnes tout comme piétiner car cela ravive la douleur. Les trajets en voiture deviennent pénibles et compliqués au-delà de trente minutes, ce qui les obligent à faire des pauses régulièrement. Certaines personnes ne peuvent dormir sans médicament et se lever le matin est un moment difficile et long. Enfin, si elles se trouvent en période de fortes douleurs, elles rencontrent des difficultés pour s'habiller, se doucher, mettre leurs chaussures, etc. De plus, sur le plan psychologique, nous avons identifié un épuisement psychologique voire pour certaines personnes un état dépressif, mais également un sentiment de solitude face à la douleur, des troubles du schéma corporel et de l'image du corps et parfois un manque de compréhension de la part de l'entourage. Pour certaines personnes, la lombalgie commune chronique va modifier la représentation qu'elles ont d'elles-mêmes, ce qui peut les conduire à se construire une nouvelle identité.

La **sphère professionnelle** est également directement concernée à un degré plus ou moins important en fonction des personnes et de leurs professions. Sont notamment impactés tous les métiers que l'on dit physiques, mais également les métiers de bureau ou encore d'aide à la personne, etc. Et on relève dans ces métiers des mouvements et/ou des postures qui sont vecteurs de douleur, par exemple se baisser, se pencher en avant, rester longtemps debout, piétiner, rester longtemps assis, etc. De plus, la lombalgie commune chronique comme nous l'avons vu précédemment dans la santé publique est un motif très fréquent d'arrêt de travail, cela peut donc parfois entraîner des problèmes financiers, rendre les relations avec les collègues de travail et/ou avec l'entourage familial compliquées.

En effet, la lombalgie impacte également la **sphère familiale**. Les personnes souffrant de lombalgie commune chronique présentent des difficultés pour sortir en famille, les balades en extérieur sont limitées, certains parents ne peuvent plus aller à l'école pour accompagner

leurs enfants. De plus, ils se trouvent en grande difficulté voire en incapacité de porter leurs enfants ou leurs animaux. Par ailleurs, les personnes douloureuses ne sont pas toujours comprises par leur entourage du fait qu'il s'agit d'un handicap invisible. La sphère familiale est également impactée par rapport à la répartition des tâches. En effet, l'entretien de la maison et faire les courses sont des activités qui peuvent devenir compliquées pour la personne.

Enfin, la **sphère sociale** est, elle aussi, touchée. On remarque que les personnes souffrant de lombalgie commune chronique ont tendance à restreindre leurs sorties, ce qui limite leurs relations sociales et on constate un repli sur elles-mêmes. En effet, la personne lombalgique ne va plus pouvoir sortir pour aller au restaurant, à la piscine, ou encore faire les boutiques avec ses amis. Finalement, on peut parler de perte de rôle social.

Ces différentes observations montrent l'impact de la lombalgie commune chronique sur toutes les sphères de la personne et les importantes répercussions sur le quotidien.

Nous allons désormais nous concentrer sur la douleur afin de mieux comprendre ce qu'est la lombalgie.

b. Douleur

i. Définition

Selon l'association internationale pour l'étude de la douleur, la douleur est considérée comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, des lésions tissulaires réelles ou potentielles ». La douleur est donc subjective et personnelle. La manière dont la personne vit la douleur, l'interprète, la comprend, et quels processus d'adaptation et de protection elle met en place pour y faire face vont dépendre de son vécu, de ses occupations, de son unicité et de sa singularité. Plus précisément, la douleur devient chronique quand elle est « persistance ou récurrence », que sa temporalité « dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois », que la « réponse [est] insuffisante au traitement », et qu'elle entraîne une « détérioration significative et progressive [...] des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail. » (HAS, 2008).

ii. Modèles d'évitement de la peur

Parmi les modèles cognitivo-comportementaux de la peur liée à la douleur, le modèle « peur-évitement » (ou d'évitement de la peur) développé par Vlaeyen en 1995, qui s'est appuyé sur le modèle de kinésiophobie (cf. glossaire) développé par Kori en 1990, tente d'expliquer l'évolution de la douleur et son passage à la chronicité. Dès lors qu'une blessure survient, la personne vit une expérience douloureuse. A partir de ce moment-là, la personne va soit affronter sa peur et entrer dans un processus de guérison, soit entrer dans une spirale négative avec en premier lieu, un état affectif négatif qui s'installe (= catastrophisme), suivi d'une peur de la douleur (= kinésiophobie), d'une peur de souffrir et d'une peur de la pathologie. Le niveau d'anxiété de la personne augmente donc dès lors qu'elle se met en mouvement (Kori, 1990), c'est pourquoi elle restreint ses activités. Cela va entraîner un déconditionnement physique, des incapacités voire une dépression chez elle (cf. Annexe II). En lien avec le modèle d'évitement de la peur de Vlaeyen (développé en 1995), Benezech propose, en 2005, trois attitudes face à la douleur modifiant le niveau d'incapacité de la personne : le *coping*, l'*acceptance* et le catastrophisme, qu'il met en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle, concept développé par Bandura en 1997 :

- Je pense que je peux agir sur ma douleur : mise en place de la stratégie de *coping* (faire face à la douleur) ou d'*acceptance* (faire avec la douleur) permettant de gérer sa douleur.
- Je pense que je suis impuissant : mise en place de l'attitude catastrophisme entraînant une kinésiophobie.

Il a été démontré que ce catastrophisme peut être dû à des croyances et des peurs de la part de la personne, tel que le lien entre l'augmentation de la douleur et son activité physique, lien qui peut d'ailleurs engendrer des phénomènes psychologiques et physiques aboutissant également à une persistance de la douleur. Ainsi, nous pouvons dire que la personne douloureuse entre dans un cercle vicieux évoluant vers une chronicisation de sa lombalgie commune.

Toutefois, Burton et *al.* ont observé que ces peurs et ces croyances peuvent être modifiées selon la relation que le thérapeute entretient avec la personne qu'il accompagne. En effet, l'information que la personne souffrant de lombalgie a sur sa pathologie peut limiter les effets délétères découlant d'un passage à sa chronicité.

iii. Facteurs prédictifs du passage à la chronicité

Justement, afin de détecter les personnes à risque de passer à la chronicité dans leur lombalgie, Fayad et *al.* essayent en 2004, au travers d'une revue de littérature, de déterminer les facteurs prédictifs du passage à la chronicité en distinguant d'une part, les facteurs individuels et d'autre part, les facteurs professionnels. Parmi les facteurs individuels, nous retrouvons les facteurs médicaux et démographiques avec un niveau de preuve intermédiaire à fort pour la présence de récurrence d'épisodes de lombalgie, le sexe féminin, le niveau d'incapacité fonctionnelle ou encore la durée de l'épisode lombalgique. Les facteurs psychologiques ont, quant à eux, un niveau de preuve faible à intermédiaire pour les antécédents de dépression et les peurs et les croyances fondées de la personne dans sa relation entre sa lombalgie et ses activités. Parmi les facteurs professionnels, cette fois-ci, nous retrouvons avec un fort niveau de preuve l'insatisfaction au travail, et avec un niveau de preuve intermédiaire le faible niveau de qualification professionnelle, l'absence d'aménagement du poste de travail, l'arrêt de travail au-delà d'une semaine, et les facteurs physiques comme une mauvaise posture ou un port de charge durable. À préciser que la persistance de la lombalgie peut être due à la reconnaissance d'un nouveau statut social, à savoir être une personne en situation de handicap, ou aux bénéfices secondaires financiers révélant ainsi un syndrome du revenu paradoxal¹, concept développé par Masson en 1995. Toutefois, le faible niveau de preuve pour les peurs et les croyances de la personne dans sa relation entre sa lombalgie et ses activités défini par Fayad et *al.* en 2004 est remis en question en 2008 par George, Fritz et Childs. En effet, ces derniers montrent dans une étude randomisée l'importance du rôle de la peur du mouvement dans la chronicisation de la douleur.

En 2010, Valat précise qu'il y a une faible corrélation entre l'invalidité et le niveau de la douleur ou l'importance du handicap physique de la personne. Les facteurs prédictifs d'invalidité d'une personne avec une lombalgie sont aux nombres de trois :

- Facteurs psychologiques : tendance dépressive.
- Facteurs professionnels : insatisfaction au travail tels que l'absence de soutien des collègues ou de la hiérarchie, la peur de l'échec, les contraintes physiques.

¹ Masson, C. (1995). *Le syndrome du revenu paradoxal*. *Synoviale*, 39, 1–5.

- Facteurs médico-légaux : prise en charge de l'accident du travail, indemnités perçues, niveau d'éducation, soutien familial pauvre.

Ainsi, des diverses recherches précédentes, la HAS détermine en 2019 trois catégories de facteurs prédictifs, présentées sous forme de drapeaux, afin de détecter les personnes à risque de passer à la chronicité dans leur lombalgie :

- Les drapeaux jaunes correspondant aux facteurs de risques psychologiques : peurs et croyances. Ils sont à rechercher le plus tôt possible afin d'éviter la persistance de la douleur et/ou l'incapacité.
- Les drapeaux bleus correspondant aux facteurs de pronostic : perceptions de la personne sur son environnement professionnel comme le niveau de soutien ou de stress, ou les exigences demandées.
- Les drapeaux noirs correspondant cette fois-ci à des facteurs de risques observables et non subjectifs : environnement institutionnel tels que le système de soins ou le contexte du travail.

La HAS (2019) mentionne alors que la personne peut avoir des peurs et des croyances envers son activité professionnelle, engendrant ainsi une incapacité fonctionnelle au travail voire une invalidité (drapeaux bleus et noirs).

c. Prise en charge et recommandations HAS

Sous le modèle biomédical, le système de soin recommandait les traitements antalgiques et le repos pour traiter la lombalgie commune chronique. Désormais, le système de soin se base sur le modèle biopsychosocial qui prend en considération la personne dans sa globalité. Aujourd'hui, la HAS précise dans les recommandations que « L'alitement n'est pas recommandé. (AE) » et elle préconise les diverses thérapies qui sont en lien avec le modèle biopsychosocial.

i. Recommandations de prise en charge

Actuellement, d'après le Vidal, la prise en charge d'une lombalgie chronique débute par ce qu'ils appellent la démarche diagnostique. Elle consiste à explorer la lombalgie par l'intermédiaire d'un interrogatoire et d'un examen clinique pour connaître le type de lombalgie et donc identifier s'il s'agit ou non d'une lombalgie symptomatique. Après la démarche diagnostique, vient l'étape de l'évaluation pré-thérapeutique qui est également

réalisée sous forme d'un interrogatoire orienté sur la douleur et ses impacts fonctionnels, sociaux, professionnels et psychologiques. Après l'évaluation pré-thérapeutique, l'étape suivante correspond au traitement de première intention. Il consiste à traiter la lombalgie par les antalgiques non opioïdes (cf. glossaire), le maintien des activités et de la kinésithérapie. Si cette étape dans la prise en charge d'une lombalgie chronique ne fonctionne pas, alors nous passons à l'optimisation du traitement antalgique. Il s'agit de passer à des antalgiques opioïdes faibles et le passage aux antalgiques opioïdes forts sur un temps limité peut être envisagé dans des situations particulières. Dans des situations exceptionnelles, l'utilisation d'antidépresseurs peut être envisagée à visée antalgique, donc pour des personnes très douloureuses, pour lesquelles le reste des antalgiques n'ont pas fonctionné. Enfin, si l'optimisation du traitement antalgique n'est pas suffisante voire inefficace, alors nous passons à l'étape de la réadaptation et/ou thérapie comportementale. La réadaptation se présente sous la forme d'un programme multidisciplinaire dans le cas d'une personne souffrant de lombalgie commune chronique présentant une incapacité professionnelle sur une longue période. Enfin, la HAS indique que des infiltrations mais également d'autres techniques non médicamenteuses peuvent être utilisées.

ii. Techniques existantes

Il existe différentes techniques telles que le maintien des activités, le programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR), la thérapie comportementale et cognitive (TCC), l'école du dos, les groupes de parole, les centres anti-douleur, les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et les associations de patients.

Le **maintien des activités** qui est indiqué comme traitement de première intention par la HAS est à définir. En effet, on entend généralement derrière maintien des activités, les activités physiques. Mais qu'est-ce que l'activité physique ? Selon l'OMS, l'activité physique se définit « comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. » (2022). Derrière activité physique, on retrouve finalement toutes les activités qu'une personne fait dans la journée par exemple, passer l'aspirateur, conduire, cuisiner, pratiquer du sport, se rendre au travail, faire les courses. Maintenir ces activités, va limiter la perte voir maintenir des fonctions musculaires comme le maintien ou le

changement postural, la locomotion de par les propriétés des muscles comme la tonicité, les amplitudes articulaires mais également la participation occupationnelle. Ce maintien des activités va également réduire l'entrée dans le cercle vicieux de la douleur chronique (cf. Annexe II). L'OMS précise bien que l'activité physique est bénéfique pour la santé.

Dans les programmes multidisciplinaires on retrouve notamment le programme de **RFR** généralement couplé à de la réhabilitation. Ce programme se déroule sur cinq semaines et est mené par une équipe pluridisciplinaire composée de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales, médecins, et d'autres professionnels paramédicaux. Sont concernées par ce programme les personnes ayant notamment une lombalgie commune chronique et qui présentent des limitations fonctionnelles, des difficultés dans leur quotidien ou dans leur vie professionnelle. Les patients qui intègrent ce programme sont orientés par le médecin spécialiste de médecine physique et réadaptation. L'objectif principal de ce programme est la remise en activité. Cela se fait donc par l'intermédiaire de diverses activités telles que : des séances de gymnastique, de l'aérobic, de la manutention, de la transmission d'information à visée médicale afin de mieux connaître la pathologie et de la musculation sur appareil. Il s'agit d'un programme progressif au fil des semaines. En effet, la première semaine porte sur un travail de flexibilité et des exercices cardio-respiratoires. La deuxième semaine, porte plutôt sur le travail de la force musculaire, qui s'intensifie et se durcit lors de la troisième semaine. Effectivement, les patients sont amenés à effectuer des exercices d'endurance tels que le soulevé de charge, de la proprioception et de la coordination. Durant la quatrième et la cinquième semaine, les exercices de renforcement musculaire deviennent progressivement de plus en plus intenses. Bien évidemment, tous les exercices sont adaptés à chaque fois aux capacités de la personne. Au-delà de la réadaptation physique, les patients ont la possibilité d'avoir une consultation avec le psychologue une fois par semaine s'ils en éprouvent le besoin. De plus, les patients lombalgiques, reçoivent une prise en charge éducative qui se présente sous la forme d'enseignements anatomiques et physiologiques axés sur le rachis, d'informations portant sur les bénéfices du mouvement ainsi que sur la gestion de la douleur. A tout cela s'ajoute la possibilité de consulter chaque semaine, s'ils le souhaitent, une assistante sociale afin de prévoir leurs retours à la vie professionnelle. Le programme RFR présente un certain nombre d'évaluations. En effet une évaluation globale est réalisée au départ et des évaluations au fil des semaines sont réalisées avec des critères de progression sur les différentes activités afin

d'observer la progression de la personne dans le programme. Une évaluation à la fin du programme est également réalisée afin d'objectiver la progression de la personne en la comparant à la première évaluation. Enfin les personnes ont une consultation médicale un mois, trois mois, six mois et un an après la fin du programme dans le but d'avoir un suivi régulier sur leur évolution (cf. Annexe III).

Concernant la **thérapie comportementale et cognitive (TCC)**, son but est de travailler sur la douleur chronique qui, dans la lombalgie commune chronique prend une place très importante dans le quotidien des personnes concernées. D'après Henry, la TCC va amener la personne à adopter et modifier ses stratégies d'adaptation face à la douleur et qui rejoint le concept du *coping* vu précédemment. L'auteur aborde également le sentiment d'auto-efficacité qui a été développé par Bandura en 1986 que l'on peut définir comme « les croyances et la confiance que les individus ont dans leurs capacités à réaliser avec succès des tâches et des comportements requis » (Gaudron, 2013). La douleur chronique peut impacter ce sentiment d'auto-efficacité. Seulement Jackson, Wang et Fan ont montré dans leur méta-analyse qu'avoir un sentiment d'auto-efficacité élevé serait un facteur protecteur psychologique face au cercle vicieux de la douleur chronique. Et donc si l'on détecte un sentiment d'auto-efficacité faible chez une personne souffrant de lombalgie commune chronique alors elle pourrait bénéficier le plus tôt possible de la TCC afin de ne pas entrer dans le cercle vicieux de la douleur chronique ou alors limiter les impacts au quotidien. En lien avec le sentiment d'auto-efficacité, nous pouvons parler du *Flow* ou de l'expérience optimale qui a été développé par le psychologue Csikszentmihalyi et qui le définit comme « Être complètement impliqué dans une activité pour elle-même. L'ego n'existe plus, la perception du temps non plus. Chaque action, mouvement et pensée découle inévitablement de la précédente, comme lorsque l'on joue du jazz. Votre être tout entier est impliqué, et vous utilisez vos compétences à l'extrême. » (1990). D'après ce psychologue, le *flow* permettrait d'améliorer les performances de la personne, d'augmenter l'estime de soi, et d'apprendre et de développer ses compétences. Ces bénéfices du *flow* influent directement sur le niveau du sentiment d'auto-efficacité de la personne.

Il existe également **l'école du dos**, qui a pour objectif d'améliorer la compréhension des mécanismes de la lombalgie et d'apprendre les gestes à adopter pour prévenir son apparition et que cela dure sur le long terme. Pour cela, la personne suit un parcours de soin qui se découpe en six étapes : le bilan, la rééducation, l'éducation motrice, la prévention

active, la proprioception et enfin le sport santé. L'école du dos repose essentiellement sur les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins. Pour le moment, il n'y a que très peu d'études qui montrent si oui ou non elle est bénéfique pour des personnes souffrant de lombalgie commune chronique.

Aujourd'hui, il n'existe pas de **groupe de parole** spécifique pour les personnes souffrant de lombalgie commune chronique, cependant il existe des groupes de paroles sur les maladies chroniques. Le principe des groupes de paroles est de pouvoir partager son vécu, ses sentiments, ses difficultés au quotidien afin de pouvoir mettre des mots sur ce que l'on ressent et pour certaines personnes rompre l'isolement, ou simplement pouvoir échanger sur une thématique. Ces groupes sont encadrés par des professionnels de santé, et ils se déroulent dans un cadre bienveillant, libre et calme. L'objectif est de pouvoir échanger et s'exprimer sur la thématique proposée. La participation à ces groupes peut être proposée dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, par des associations de patients.

Dans la prise en charge d'une personne souffrant de lombalgie commune chronique, il existe également les **centre anti-douleur** ou centre régional d'étude et de traitement de la douleur. Ces centres traitent essentiellement les douleurs chroniques dont les lombalgies. Ils proposent une prise en charge multidisciplinaire qui a pour but de soulager les douleurs et d'améliorer la qualité de vie de ces personnes douloureuses. Cette prise en charge débute par une consultation médicale afin de faire le point sur la douleur du patient et les répercussions de sa douleur dans toutes ses sphères. Le centre régional d'étude et traitement de la douleur proposent divers traitements médicamenteux pour soulager les douleurs telles que les antalgiques simples, les antidépresseurs, antiépileptiques, patchs, sprays. Puis, il y a également des techniques plus spécifiques pour les personnes que l'on dit rebelles à ces traitements, et dans ce cas, le centre propose des techniques d'anesthésie telles que la péridurale antalgique, l'infiltration rhumatologique, le bloc stellaire. Enfin, le centre peut également proposer des thérapies alternatives complémentaires telles que l'homéopathie, l'acupuncture, la sophrologie, l'hypnose.

Il existe également une application qui a été développée par l'assurance maladie nommée « Activ'Dos ». Elle présente trois grandes fonctionnalités : connaître son dos et ce qu'est la lombalgie, avoir un coach virtuel avec qui découvrir des exercices de relaxation, des étirements et les gestes adaptés, enfin avoir un suivi de ses activités et de sa douleur.

Les programmes **d'ETP** quant à eux, ont pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes et de mieux gérer leur maladie au quotidien, en ayant une meilleure connaissance de leur pathologie. Ils permettent également aux personnes de développer et d'acquérir de nouvelles compétences à savoir : des compétences d'autosoins et des compétences d'adaptation. Les programmes sont menés par différents professionnels détenteurs de la formation permettant de dispenser l'ETP, par exemple des médecins, des infirmières, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des patients experts, des diététiciennes, des psychomotriciens, etc. Pour intégrer ces programmes, normalement les personnes doivent présenter une pathologie chronique qui entre dans la liste des trente affections longues durées (ALD 30), ou ALD 31 ou encore ALD 32. Or ce n'est pas le cas pour les lombalgies communes chroniques. Cependant il pourrait être souhaitable que ces personnes participent à ces programmes, certaines y accédant notamment du fait des problèmes associés à leurs lombalgies (par exemple le programme d'ETP douleur chronique). C'est justement au travers de ce type de programme que les causes des douleurs pourraient être identifiées et ainsi mettre en évidence la lombalgie, cela en participant aux ateliers qui se déroulent soit en groupe soit en individuel. Les personnes sont orientées vers les programmes d'ETP sur prescription médicale soit faite par leur médecin traitant, soit par le médecin du centre anti-douleur si elles y sont suivies, soit par un médecin spécialiste qu'elles rencontrent dans leurs parcours de soins.

En complément de cela, il existe aussi les **associations de patients** qui permettent de rencontrer des pairs, et de se sentir compris. Ces associations permettent également d'échanger des techniques ou des stratégies d'adaptation afin de réaliser les activités importantes pour la personne. Elles sont un soutien, un lieu bienveillant, d'écoute active et sans jugement.

Finalement, dans la majorité des prises en charges, l'objectif est d'améliorer la qualité de vie de la personne en retrouvant notamment les activités qui ont du sens pour elle et les fonctions qui lui sont nécessaires pour réaliser ses activités. Les diverses prises en charge que nous venons de voir ne vont pas convenir à tout le monde, c'est pour cela qu'elles sont à adapter en fonction de chaque personne, de ses besoins et de son évolution.

3) PROBLEMATISATION

Nous avons vu ce qu'était la lombalgie commune chronique avec ses impacts au quotidien, ses douleurs et sa prise en charge. Je vais désormais analyser la situation au regard du modèle conceptuel « Modèle de l'Occupation Humaine » (MOH) créé par Gary Kielhofner en 1980 et réédité en 2021 par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. J'ai choisi ce modèle car il est centré sur **l'occupation humaine** et adopte une approche holistique de la personne. L'occupation repose sur trois principes que sont l'être occupationnel, l'agir occupationnel et le devenir occupationnel. A ces trois principes s'ajoute également l'environnement occupationnel. Quant à l'approche holistique, elle permet une prise en compte de l'individu dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, familiale, sociale, ...). Ces différents points me semblent être essentiels dans le cadre de mon mémoire pour aborder la lombalgie commune chronique notamment du fait qu'elle impacte fortement le quotidien des personnes et donc leurs habitudes de vie ainsi que leurs centres d'intérêts.

La déclinaison de la lombalgie commune chronique à travers le modèle MOH (cf. Annexe VII) aborde en premier lieu **l'être occupationnel**. La personne va être confrontée à plusieurs obstacles qui vont impacter son quotidien. En effet, elle va être confrontée en premier lieu à la douleur qui s'installe et devient chronique. Puis, cette douleur va progressivement engendrer une réduction voire un arrêt des activités physiques (au sens de l'OMS, 2022), un changement dans les habitudes de vie et dans la capacité à faire les choses. Ces profonds changements qui interviennent progressivement et sur une durée longue mettent en œuvre le mécanisme de la **volition**. La personne, en fonction de sa motivation, de son expérience, de ses valeurs, des épisodes douloureux qu'elle a déjà vécus et du contexte dans lequel elle évolue va voir ses centres d'intérêt réduits. Ainsi, un adepte du bricolage peut se désintéresser de cette activité du fait de capacités personnelles qu'il estime limitées et d'un sentiment d'efficacité personnel réduit par rapport à ses habitudes passées. Au-delà de la volition, **l'habituat**ion intervient également dans l'analyse que l'on peut mener sur la lombalgie commune chronique. En effet, les habitudes de vie et les rôles qu'occupe le patient peuvent être largement impactés par son affection. Ainsi une mère de famille peut rencontrer des difficultés à assumer son rôle de maman pour prendre en charge son enfant (le porter, le laver, jouer avec lui, ...) ou bien pour faire les courses du ménage. Enfin sur le

plan de l'individu, les **capacités de rendement** interviennent également dans l'analyse que l'on peut faire de l'impact de la lombalgie sur la condition du patient. Ainsi, la réalisation d'occupations repose sur des composantes physiques d'une part et mentales d'autre part. Par ailleurs, la notion d'occupation reste très subjective et dépend largement des expériences passées de l'individu. On peut dire que les composantes objectives sont présentes mais qu'elles peuvent être altérées par la baisse d'activité physique qui induit des faiblesses musculaires et des raideurs qui peuvent aller jusqu'au déconditionnement physique. L'expérience subjective du corps vient à l'encontre des composantes objectives. En effet, dans le cadre de la lombalgie commune chronique, chaque personne vit sa lombalgie à sa façon. Cependant, dans la majorité des cas, la douleur est tellement intense que la personne ne veut pas réaliser ses activités car elle sait que celles-ci vont être douloureuses. On peut constater à travers ces trois axes qu'au-delà de la douleur, la personne va petit à petit développer des croyances que l'on peut mettre en lien avec le modèle d'évitement de la peur de la douleur (Vlayen, 1995). La personne va associer le mouvement à la douleur et donc réduire ou cesser ses activités de peur d'avoir mal. A ce modèle va s'ajouter la kinésiophobie (Kori, 1990) qui se définit par la peur du mouvement. Ainsi la personne va réduire sa/ses activités de peur que cela soit source de douleur et par voie de conséquence, son intérêt pour sa/ses activités va s'estomper. Dans le modèle MOH, on va ainsi passer de l'individu : l'être occupationnel à ce que fait l'individu : **l'agir occupationnel**. La dimension de l'être va entraîner des répercussions sur la dimension de l'agir. En effet, la personne souffrant de lombalgie commune chronique va être face à une baisse voire une absence de sa **participation occupationnelle** dans la mesure où elle présente une faible volition, des changements d'habitude, et des capacités de rendement réduites. De ce fait, elle va moins s'engager dans des occupations socio-culturelles à même de lui procurer du bien-être et, dans le même temps, elle va observer une baisse dans son **rendement occupationnel** puisque les occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction ne seront plus pleinement accomplies. La personne ne va alors pas participer entièrement à son activité et elle ne va pas atteindre l'état de *flow*. On parle d'état de *flow* pour qualifier l'état mental d'une personne qui est complètement plongée/investie dans une activité et qui en retire une grande satisfaction et un sentiment d'accomplissement. Dans le cas présent la personne ne va pas parvenir à se concentrer et participer à l'activité comme elle l'aurait fait auparavant étant donné qu'elle est parasitée par la douleur due à ses

croyances et ses peurs. On peut dire qu'elle ne va pas s'épanouir totalement dans l'activité et s'y investir autant qu'elle aurait pu le faire avant l'apparition de sa lombalgie. C'est pour cela que l'on dit qu'elle ne va pas atteindre l'état de *flow*. Enfin, concernant ses **habiletés**, la baisse d'activité physique va impacter directement ses fonctions motrices et elle va présenter des difficultés à la marche par exemple, une baisse de son endurance, ou bien encore elle ne va plus être en capacité de maintenir le même rythme de vie qu'auparavant. Cependant, les impacts ne se situent pas exclusivement au niveau moteur, on va observer aussi des impacts au niveau des habiletés cognitives issues notamment d'un isolement social qui fait suite à une diminution de son environnement social. En effet, la personne étant en arrêt de travail, elle ne sort presque plus et va s'isoler. Elle ne mobilise alors plus ses habiletés cognitives. Ainsi, la personne va être amenée à ressentir de l'anxiété et de la fatigue qui vont impacter ses capacités attentionnelles et organisationnelles. Elle va devenir irritable et parfois même, cela peut aller jusqu'à la dépression. L'isolement social va entraîner une diminution de **ses habiletés d'interactions et de communication**. Par exemple, la personne ne va plus pouvoir sortir pour aller chercher ses enfants à l'école du fait de sa douleur. Ou encore, elle va refuser toute invitation à sortir avec des amis à cause de ses croyances et ses peurs. Son irritabilité va pouvoir également s'observer par des gestes ou un ton un peu agressif. Les trois notions que nous venons de voir qui font parties de la dimension de l'agir sont également influencées et influencent **l'environnement** de la personne. En effet, l'environnement social de la personne est modifié, aussi bien sur le plan amical que familial. Nous avons vu que la personne s'isole et se replie sur elle-même et diminue voire cesse ses relations amicales. Quant aux relations familiales, elles se trouvent modifiées car la personne présente un changement de son habitude qui peut amener à une réorganisation des rôles et donc des tâches qui peuvent finalement surcharger par exemple le conjoint de la personne lombalgique. A propos de l'environnement occupationnel de la personne lombalgique, toutes ses occupations sont impactées par la dimension de l'être puisque la personne conserve la même disponibilité d'occupation dans l'environnement mais avec des centres d'intérêts qui ne sont plus les mêmes.

Après l'être occupationnel et l'agir occupationnel, le modèle MOH aborde la notion de **devenir occupationnel** qui est la résultante des deux points précédents, à savoir comment la personne va évoluer en fonction de son contexte environnemental, de son moi profond, de ses capacités physiques et intellectuelles et de ses compétences. A ce stade, le caractère

douloureux de la lombalgie et la relation de causalité inconsciente entre activité et douleur jouent un rôle essentiel dans le devenir occupationnel. Pour rappel, nous avons vu que la personne pense que, si elle cesse certaines activités, la douleur va diminuer. Pourtant, d'après les recommandations de la HAS de 2019, l'activité physique est la première recommandation. De plus, nous savons que la personne lombalgique présente une non-mobilisation de ses habiletés motrices (déconditionnement physique) due à la réduction des capacités de rendement. En outre, elle présente une perte de ses intérêts ce qui va également favoriser la réduction de participation occupationnelle et la baisse du rendement occupationnel. Ainsi, une personne souffrant de lombalgie commune chronique va présenter une nouvelle identité occupationnelle car l'identité se construit par la volition et notamment par l'intermédiaire des intérêts et des valeurs de la personne. Mais elle se construit également par les habitudes et le fait de pouvoir répondre à ses responsabilités et ses obligations. Concernant les compétences occupationnelles, elles se réfèrent à la mise en mouvement du corps. Cela sous-entend le maintien des routines, des responsabilités que représentent les rôles qu'a la personne, qui sont directement en lien avec la dimension de l'agir. Finalement, l'adaptation occupationnelle est la résultante de l'identité occupationnelle et des compétences occupationnelles dans son nouvel environnement au travers de ses activités. On peut donc dire ici, qu'il n'y a pas d'adaptation occupationnelle car la personne présente une nouvelle identité différente de la précédente. De plus, la personne ne va pas développer de nouvelles compétences. Aux vues de tout ce que nous avons pu voir jusqu'à présent, et notamment la dimension de l'être qui se trouve largement impactée, je me questionne sur le stade auquel nous devons intervenir pour limiter l'entrée dans le cercle vicieux de la lombalgie commune chronique. Je me questionne également sur la pédagogie à utiliser dans le cadre de l'éducation à la santé. Nous avons vu d'après le cercle vicieux, que le point de départ de ce cercle se situe au niveau des croyances. Il semble donc pertinent d'intervenir dès le début du cercle vicieux de la lombalgie commune chronique (cf. Annexe V).

Face à ce constat, ma **problématique** est donc la suivante : **En quoi les croyances sur la lombalgie commune chronique peuvent-elles influencer la participation occupationnelle de la personne ?**

D'après les différents concepts théoriques et les notions vues jusqu'à présent, j'ai dégagé deux hypothèses. La **première hypothèse : L'ergothérapeute par l'éducation à la santé permet la déconstruction des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique.**

Pour cela, nous devons agir dans un premier temps sur les croyances de la personne en déconstruisant ses fausses croyances. Par ailleurs, nous avons des preuves fondamentales de la HAS, qui explique que pour traiter les lombalgies communes chroniques, l'activité physique au sens de l'OMS est recommandée. La déconstruction des croyances sur la lombalgie commune chronique permettrait la reprise d'activité physique et donc la participation occupationnelle de la personne. L'éducation à la santé pourrait reposer sur une éducation plutôt théorique en utilisant une pédagogie qui soit adaptée afin d'installer une relation de confiance avec les personnes et d'observer également les comportements et les croyances que ces dernières peuvent avoir. L'éducation à la santé est une notion assez générale, cependant, je la déclinerai comme un échange et un partage de connaissances portant notamment sur le fonctionnement anatomique du dos, sur le cercle vicieux de la douleur chronique et sur le cercle vicieux de la lombalgie commune chronique et sur les idées reçues. Il s'agirait donc d'agir sur les croyances, le modèle d'évitement de la peur et la kinésiophobie. On peut penser dans un premier temps que cette approche ne relève pas d'un travail spécifique à l'ergothérapeute, toutefois, si l'on se replace dans le modèle du MOH, les croyances, le modèle d'évitement de la peur et la kinésiophobie ont un impact très important sur la participation occupationnelle de la personne et c'est à ce titre que cela relève du champ de l'ergothérapeute.

La **deuxième hypothèse** est la suivante : **L'ergothérapeute par l'utilisation de l'activité physique permet à la personne de prendre conscience de ses fausses croyances et favorise la participation occupationnelle de la personne.**

La mise en place de la pratique de l'activité physique toujours au sens de l'OMS, va prouver qu'elle est bénéfique et non mauvaise. Ainsi en complément de l'approche théorique apportée par l'éducation à la santé, le passage à la mise en pratique va continuer le processus de déconstruction des croyances et permettre à la personne de prendre conscience que l'activité physique n'est pas en lien avec sa lombalgie. Par cette prise de conscience, la personne va pouvoir entrer dans la stratégie de *coping* et donc elle va faire face à la douleur. Elle peut également entrer dans la stratégie d'*acceptance* où elle va faire

avec sa douleur. Le choix de la stratégie se fera en fonction de son niveau de douleur et de sa résistance face à la douleur. Si la personne arrive à déconstruire ses fausses croyances, alors elle va également cesser sa kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur sera limité. La personne pourra alors s'engager pleinement dans ses activités et potentiellement retrouver un état de *flow*. La personne participerait alors pleinement à ses activités et pourrait arriver à en oublier sa douleur. Cela lui permettrait de retrouver un certain niveau de sentiment d'auto-efficacité ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi, tout cela contribuant à la suppression du cercle vicieux, ou même dans certains cas à ce qu'il ne s'installe pas.

Ci-dessous, la carte conceptuelle qui m'a aidée dans la construction de la problématisation (cf. figure 1) :

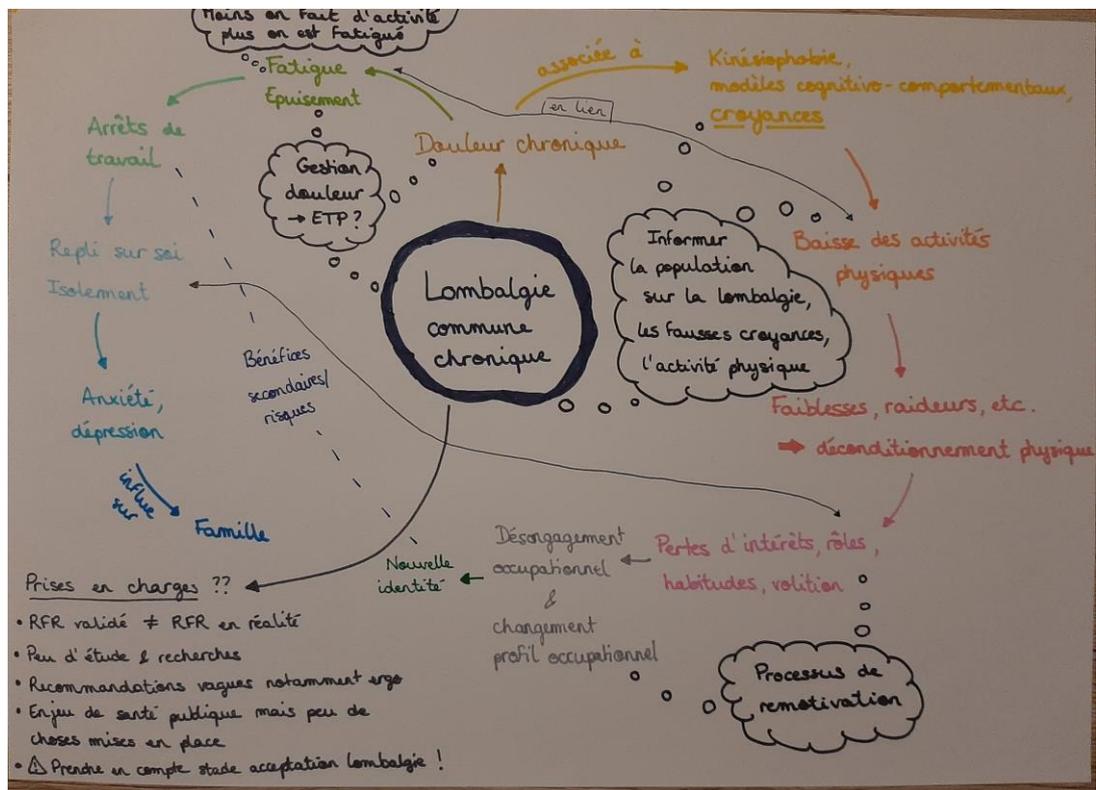


Figure 1 : Carte conceptuelle de la problématisation

METHODE

1) METHODE DU RECUEIL DE L'ETAT DE L'ART

L'objectif premier de mes recherches était de m'informer et de comprendre la lombalgie commune chronique ainsi que la différence entre les deux types de lombalgie. Par la suite,

mes recherches se sont orientées petit à petit sur la douleur chronique, les impacts de la lombalgie commune chronique dans les activités du quotidien, la prise en charge des personnes présentant une lombalgie commune chronique. Pour réaliser mes recherches, j'ai établi des critères d'inclusion et d'exclusion. J'ai choisi de me centrer sur des personnes plutôt actives car elles sont plus sujettes aux lombalgies. J'ai décidé d'exclure de mes recherches les personnes souffrant de lombalgie symptomatique, autrement dit, les personnes ayant par exemple une hernie discale, une spondylarthrite ankylosante, une fracture ostéoporotique, une fracture traumatique, etc.

Pour réaliser mes recherches, je me suis appuyée d'une part sur le moteur de recherche Google Scholar où j'ai trouvé des articles faisant partie de la base de données Science Direct. Je me suis également appuyée sur les bases de données PubMed et Clinicaltrials.gov afin de trouver des articles scientifiques. De plus, je suis allée sur les sites web tels que : la Haute Autorité de Santé, Santé Publique France, l'Assurance maladie afin d'obtenir des données épidémiologiques.

Concernant ma stratégie de recherche documentaire (cf. Annexe VIII), j'ai utilisé les mots clés dans le moteur de recherche (google scholar) et également sur les bases de données évoquées précédemment. J'ai effectué mes recherches sur des bases de données fiables et reconnues au niveau universitaire. J'ai porté attention à la forme des articles en privilégiant le format IMRaD et aux critères d'inclusion ou d'exclusion. Pour sélectionner les articles scientifiques, j'ai lu les résumés pour savoir si les critères choisis correspondaient. J'ai également été attentive aux dates de publication des articles afin de recueillir les données les plus récentes possibles. Cependant, mes recherches ont été fastidieuses, puisqu'en effet, même si la lombalgie commune chronique est très présente actuellement et qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique, j'ai rencontré des difficultés pour trouver des articles en lien avec mon sujet. De plus, les recommandations actuelles ne sont pas très explicites et détaillées en ce qui concerne la réadaptation, nous savons uniquement qu'elle se présente sous la forme d'un programme multidisciplinaire. Enfin, j'ai également été limitée par le fait que les articles ne soient pas disponibles dans leur intégralité et qu'ils soient parfois payants. J'ai donc également utilisé quelques articles avec un niveau de preuve moindre.

2) METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

a. Objectifs de l'enquête

Afin de répondre à la problématique de ce mémoire d'initiation à la recherche qui est la suivante : « En quoi les croyances sur la lombalgie commune chronique peuvent-elles influencer la participation occupationnelle de la personne ? », et pour valider ou invalider les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : L'ergothérapeute par l'éducation à la santé permet la déconstruction des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique
- Hypothèse 2 : L'ergothérapeute par l'utilisation de l'activité physique permet à la personne de prendre conscience de ses fausses croyances et favorise la participation occupationnelle de la personne,

j'ai défini des objectifs de recherche pour mon enquête :

- Recueillir des modalités sur les différents programmes d'éducation à la santé ;
- Découvrir si les personnes ayant une lombalgie commune chronique ont des croyances et si elles en ont conscience ou non ;
- Recueillir les représentations de l'activité physique des personnes interrogées ;
- Vérifier s'il existe un lien de causalité entre :
 - La participation occupationnelle et les croyances des personnes souffrant de lombalgie commune chronique ;
 - Le ressenti de la douleur et le type d'activité réalisée ;
 - La pratique des activités physiques et la participation à un programme d'éducation à la santé.

b. Population cible

Après avoir déterminé mes objectifs de recherche, j'ai décidé de questionner des personnes directement concernées par la lombalgie commune chronique afin de recueillir des données qui reflètent la réalité mais surtout car je questionne des éléments subjectifs tels que les croyances, la douleur, etc. Je cible des personnes âgées entre 18 et 62 ans, qui sont possiblement dans la vie active ou en arrêt de travail. Je souhaite avoir des réponses de personnes ayant participé à un programme d'éducation à la santé (ex : école du dos, RFR, Mc Kenzie) et des réponses de personnes n'ayant pas bénéficié d'un programme d'éducation à la santé afin de comparer leurs réponses et observer s'il y a des liens de causalité entre la

représentation des croyances et la participation à un programme ou encore entre la représentation de l'activité physique et la participation à un programme. Obtenir des réponses de personnes ayant bénéficié de différents programmes d'éducation à la santé, pourra me permettre de comparer les programmes entre eux. Ci-dessous, le tableau 1 reprend de manière synthétique mes critères d'inclusion et mes critères d'exclusion dans le cadre de mon travail de recherche.

Tableau I : Critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Personne âgée de 18 à 62 ans, possiblement active. • Personne présentant une lombalgie commune chronique, autrement dit, des douleurs au niveau des lombaires qui durent depuis plus de trois mois. • Personne ayant bénéficié ou non d'un programme d'éducation à la santé. • Personne présentant une discopathie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personne âgée de plus de 62 ans ou de moins de 18 ans. • Personne présentant une lombalgie symptomatique ou spécifique (personnes présentant une hernie discale, une scoliose par exemple). • Personne présentant une lombalgie au stade aigu. • Femmes enceintes puisque c'est une population spécifique qui présente en règle générale des douleurs au niveau du dos du fait de leurs conditions physiques

c. Outil d'investigation et outil de synthèse pour la construction de l'enquête

Concernant ma méthode d'investigation, la matrice conceptuelle (cf. annexe X) m'a permis d'identifier clairement mes variables dépendantes et indépendantes, mes critères de recherches, mes indicateurs et mes modalités de réponse. Finalement, la matrice conceptuelle permet vraiment de cibler les notions sur lesquelles nous souhaitons axer nos recherches et synthétise nos idées. Pour ce qui est de l'hypothèse un, la variable indépendante est « l'ergothérapeute par l'utilisation de l'éducation à la santé » et la variable dépendante est « la déconstruction des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique ». Le critère de recherche de la variable indépendante va donc être : les modalités du programme d'éducation à la santé. Celles-ci seront observables par le type de séance, le nombre de participants, le type de professionnels présents, le contenu des séances, la

pédagogie utilisée, le type de programme d'éducation à la santé et le bénéfique ou non du programme, qui représentent donc les indicateurs de recherche. La variable dépendante regroupe plusieurs critères de recherche qui sont : l'absence des croyances, la représentation de la douleur, les conséquences des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique. L'absence des croyances va s'observer par la représentation du terme croyance que les répondants ont. La représentation de la douleur va être observée grâce aux souvenirs que les répondants ont autour de leur première douleur, ainsi qu'aux impacts de la douleur au quotidien. Enfin, les conséquences des croyances vont être observables par l'évolution des activités.

A propos de l'hypothèse deux, la variable indépendante est « l'ergothérapeute par l'utilisation de l'activité physique » et il y a deux variables dépendantes qui sont : un « la prise de conscience de la personne de ses fausses croyances sur sa lombalgie commune chronique » et deux « la participation occupationnelle de la personne avec une lombalgie commune chronique ». Le critère de recherche de la variable indépendante se définit par le maintien de l'activité physique. Il va être observé par l'intermédiaire du type d'activité physique et par la fréquence de l'activité physique par jour. Au niveau des variables dépendantes, la variable dépendante un, correspond à la prise de conscience des croyances, que l'on va observer par l'évolution de la pratique d'activité physique entre le début et la fin du programme d'éducation à la santé ou de la prise en soin. Concernant la variable dépendante deux, elle se définit par l'atteinte du *flow* lors de la pratique des activités physiques, que l'on va observer grâce à l'absence de douleur lors des activités physiques.

Après avoir défini les indicateurs auxquels je vais m'intéresser dans mon enquête, j'ai fait le choix de réaliser mon outil d'enquête qualitative sous forme de questionnaire en ligne. Pour ce faire, je suis d'abord passée par la construction de ma matrice conceptuelle (cf. Annexe X) afin d'organiser mon raisonnement et de me permettre de passer de la théorie à la pratique. Je me suis tournée vers le questionnaire étant donné que je voulais m'adresser directement aux personnes concernées par la lombalgie commune chronique et l'idée était d'obtenir un maximum de réponses afin de valider ou invalider mes hypothèses. De plus, je pense qu'une personne peut se sentir plus à l'aise ou plus libre lorsqu'elle est derrière un écran pour répondre à des questions personnelles que lorsqu'elle se trouve directement en face de son interlocuteur. Cependant, je suis consciente que la compréhension des questions peut parfois être problématique et que le questionnaire laisse plus de place à l'interprétation des

questions et des réponses. Afin de recueillir des réponses de personnes provenant de tous horizons et ayant ou non bénéficié de programme d'éducation à la santé, j'ai proposé aux patients participant au programme de l'école du dos, lors de mon dernier stage en centre de rééducation, de compléter le questionnaire. Je l'ai également transmis à des personnes de mon entourage concernées par la lombalgie commune chronique. Par ailleurs, j'ai trouvé sur les réseaux sociaux un groupe dédié aux patients lombalgiques sur lequel j'ai partagé mon questionnaire. Enfin, par l'intermédiaire de mes formatrices, je l'ai diffusé auprès de tuteurs de stage.

Mon questionnaire comporte une première partie commune à tous les répondants afin de connaître les personnes, leurs histoires de vie en lien avec leur lombalgie, les impacts dans leur quotidien, leur travail, etc. Ensuite, les questions sont plutôt orientées vers l'activité physique, la douleur, le ressenti de la douleur et les croyances. Pour évaluer la douleur, j'ai choisi d'utiliser l'échelle visuelle analogique d'évaluation de la douleur (EVA). Puis, il y a une partie à destination des personnes ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé. Enfin, le questionnaire se termine par une interrogation portant sur l'évolution des représentations et des croyances sur la lombalgie commune chronique (cf. Annexe IX). J'ai commencé à envoyer le questionnaire le 29 mars 2023 et j'ai clôturé le questionnaire le 26 avril 2023, ce qui a laissé environ un mois aux personnes pour y répondre.

d. Biais et limites préalables à l'enquête

J'ai identifié quelques biais et limites préalables à mon enquête. J'ai remarqué grâce aux recherches, que les croyances ne semblent pas abordées actuellement. Seulement par rapport au cercle vicieux de la lombalgie commune chronique, j'ai pu voir que les croyances sont la « porte d'entrée » dans ce cercle vicieux. Je pense donc que j'aurais peu de réponse sur les croyances. A propos de l'activité physique, on a vu d'après le modèle d'évitement de la peur (Vlayen, 1995) et la kinésiophobie (Kori, 1990) que la pratique d'activité physique est directement en lien avec les croyances et est très souvent diminuée voire arrêtée. De plus, la définition de l'activité physique est généralement erronée puisque comme nous l'avons vu, l'activité physique au sens de l'OMS correspond aux activités quotidiennes. Je m'intéresse donc dans le questionnaire à la définition que les répondants ont de l'activité physique et à la pratique de celle-ci. Je m'attends à ce que les répondants voient l'activité physique comme les activités sportives et de ce fait, qu'ils ne pratiquent plus d'activité physique à leur

sens ou moins, sauf pour les répondants ayant participé à un programme d'éducation à la santé qui pratiquent peut-être plus d'activités physiques à leur sens après le programme. Finalement, si les personnes ne savent pas répondre à la question des croyances ou si elles ne souhaitent pas répondre alors, cela peut aller dans le sens de ma première hypothèse. On pourrait interpréter que les personnes n'ont pas été informées de l'existence des croyances et des fausses croyances.

PARTIE PRATIQUE

1) PRESENTATION DES RESULTATS

a. Présentation des personnes interrogées

Suite à la diffusion de mon questionnaire, j'ai reçu 27 réponses dont 16 réponses exploitables (cf. annexe XI) et 11 réponses non exploitables. Parmi les réponses non exploitables, 10 d'entre elles ne l'étaient pas car le patient évoquait une hernie discale et la dernière personne n'a répondu qu'à seulement deux questions.

A propos des personnes répondantes, 11 femmes et cinq hommes ont répondu. Les répondants ont entre 23 et 59 ans. Voici la répartition (cf. figure 2) :

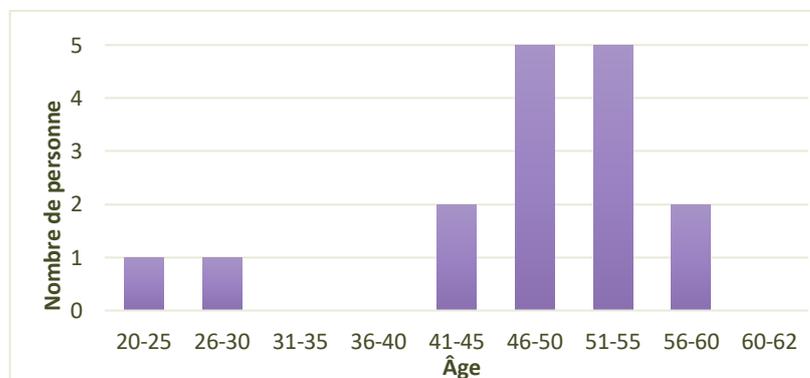


Figure 2 : Diagramme représentant la répartition des âges des personnes ayant répondu au questionnaire

On constate que sur les 16 répondants, seulement deux répondants ont entre 20 et 30 ans. Alors que les 14 autres participants ont entre 41 et 60 ans. D'après le graphique ci-dessous, parmi ces 16 répondants, sept font partie des professions intermédiaires, quatre sont cadres ou ont des professions intellectuelles supérieures, trois sont employés, un est ouvrier et le dernier est artisan, commerçant ou chef d'entreprise (cf. figure 3 ci-dessous).

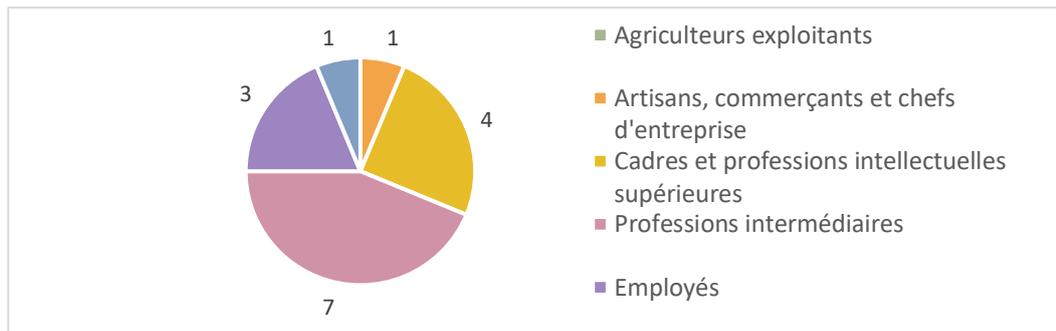


Figure 3 : Diagramme représentant la répartition des catégories socio-professionnelles des répondants

b. La douleur

Concernant la pathologie, deux répondants rapportent présenter des discopathies au niveau L5-S1, 10 parlent de lumbagos, mais globalement tous parlent de douleurs lombaires qui durent, qui s'intensifient, qui irradient parfois. Neuf personnes parlent d'une douleur soudaine et brutale lors d'une activité du quotidien sans effort particulier. Par exemple : « C'était un jour de repos. Je ne faisais aucun effort puisque je me coiffais et là une douleur insoutenable et brutale m'a prise dans le dos et la jambe gauche. » (Répondant 8).

A propos de la définition de la douleur, 11 personnes se souviennent de leur première douleur lombaire et cinq personnes ne s'en souviennent pas. Pour les personnes se souvenant de leur première douleur, huit évoquent une douleur soudaine telle que : « coup de poignard dans le bas du dos » (Répondant 2). Deux personnes parlent d'une douleur lombaire apparue pendant leur jeunesse comme le répondant 3 « 1^{er} douleur lombaire survenue à 14 ans sur des gestes répétitifs ». Enfin, certains évoquent la survenue d'une douleur lombaire durant une situation de travail.

Au niveau de l'impact de la douleur dans le quotidien, les répondants sont unanimes sur le fait que leurs douleurs impactent leurs quotidiens. En effet, 13 personnes sur 16 ont été en arrêt de travail suite à leurs lombalgies et cinq personnes ont expliqué l'impact dans leur travail. Par exemple, le répondant 9 explique « je ne peux pas rester assise trop longtemps notamment au bureau où j'ai dû adapter mon poste de travail et je fais en sorte de me lever régulièrement ». Les arrêts de travail durent entre cinq jours et quatre mois. Les postures prolongées sont difficiles et une personne a évoqué un impact sur le moral. Les répondants évaluent leurs douleurs dans leurs activités quotidiennes entre 1 et 9 sur une échelle de 0 à 10.

Voici la répartition :

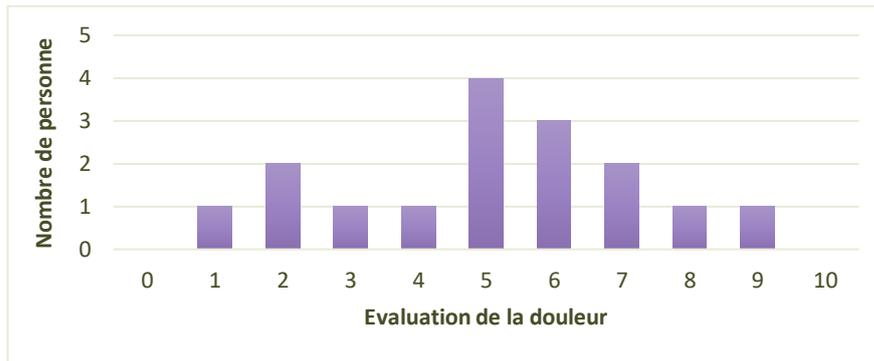


Figure 4 : Graphique présentant l'évaluation de la douleur ressentie par les répondants durant la réalisation de leurs activités quotidiennes.

On remarque que le pic correspond à une évaluation de la douleur à 5 durant les activités quotidiennes, quatre personnes ayant répondu cela. Ensuite, trois personnes ont évalué leur douleur à 6 (cf. figure 4). Les personnes décrivent leurs douleurs comme des brûlures, des pincements, des décharges électriques, pouvant être lancinantes ou irradiant dans les jambes. Enfin, la moitié des personnes de l'échantillon explique que leur lombalgie commune chronique impacte le quotidien de leurs proches. Cela se traduit par des notions de dépendance, de restriction d'activités avec la famille (« je ne peux plus faire autant de choses avec mes enfants » (répondant 8) et « courses, aspirateur pris en charge par mon conjoint » (répondant 16)), et d'impact psychologique sur l'entourage (« Psychologiquement pas facile à vivre d'avoir toujours mal, ou très souvent, donc pas facile pour le conjoint non plus (humeur changeante) » (répondant 16)).

Concernant les activités de loisirs, les personnes ont évalué leurs douleurs durant ces activités entre 1 et 9 :

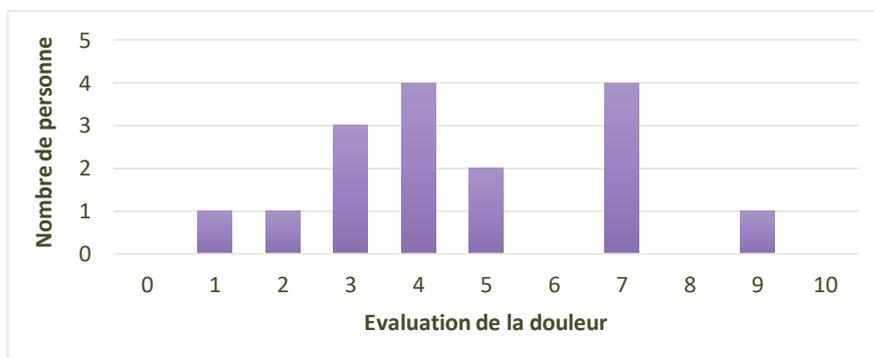


Figure 5 : Graphique présentant l'évaluation de la douleur ressentie par les répondants durant la réalisation de leurs activités de loisirs

On remarque deux pics, un correspondant une douleur évaluée à 4 et l'autre à 7, et ce pendant les activités de loisirs (cf. figure 5). Les douleurs sont décrites avec les mêmes caractéristiques que lors des activités quotidiennes. En comparant les deux graphiques, on peut observer une légère différence sur le ressenti de la douleur durant les activités quotidiennes et les activités de loisirs. En effet, 11 personnes évaluent leurs douleurs entre 5 et 9 lors des activités quotidiennes. Par opposition, seulement sept personnes l'évaluent entre 5 et 9 lors des activités de loisirs.

c. L'activité physique

Nous allons désormais nous intéresser à l'activité physique. L'activité physique se définit par le sport pour neuf personnes sur 16. Une personne parmi les neuf à ajouter le ménage, une personne sur les sept restantes a répondu le travail. On retrouve également des termes comme bouger, transpirer, faire des efforts physiques et se dépenser pour qualifier l'activité physique. Le répondant 14 définit l'activité physique de la façon suivante « L'activité physique regroupe les activités de la vie quotidienne, la pratique sportive et les loisirs ». Ensuite, à la question 15 portant sur la pratique des activités physiques, 10 personnes ont répondu qu'elles pratiquaient des activités sportives telles que le yoga, la marche, la salle de sport, le vélo. Trois personnes ont indiqué ne pas faire d'activité physique dont une personne qui je cite « Je ne fais plus rien » (répondant 10). Enfin, trois personnes ont répondu qu'elles faisaient des activités du quotidien notamment le ménage et la cuisine. De plus, il est nécessaire de mentionner que deux personnes effectuent des exercices vus en kinésithérapie ou durant un programme d'éducation à la santé. Concernant la question portant sur la fréquence de la pratique d'activités physiques, les répondants estiment faire entre 0 et 6 fois par jour une activité physique. On remarque d'après le graphique suivant (cf. figure 6) un pic pour la pratique d'activité physique une fois dans journée.

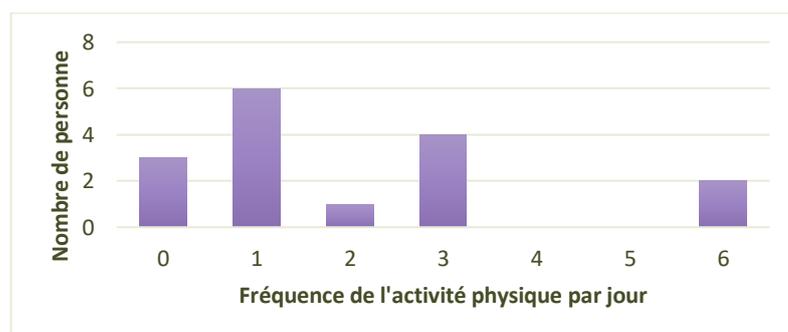


Figure 6 : Graphique représentant la fréquence d'activité physique par jour des 16 répondants

Enfin, les six personnes ayant participé à un programme d'éducation à la santé expriment avoir observé une évolution positive de leur représentation de l'activité physique.

d. La satisfaction

A propos de la satisfaction sur la réalisation des activités physiques, 10 personnes ne sont pas satisfaites, trois personnes sont moyennement satisfaites et trois personnes sont satisfaites. Concernant le besoin de faire ces activités quotidiennes, 13 personnes sur 16 ont répondu que cela représente un besoin pour elles car elles estiment qu'il est important de rester actif afin de ne pas se sentir diminué et que la réalisation des activités quotidiennes leur permet de limiter la douleur. Par exemple, le répondant 5 l'explique de la façon suivante : « Autonomie préservée et ne pas se sentir diminuée malgré les douleurs ». Une autre personne explique « ça me permet de bouger, de m'entretenir et ça m'aide à moins souffrir par le mouvement » (répondant 8). A cette même question portant sur le besoin de faire des activités, une personne a ajouté que cela contribue au bien-être moral. Ensuite, il leur a été demandé s'ils se sentaient épanouis dans leurs activités. A cela, 10 personnes ont répondu qu'elles ne se sentaient pas épanouies et six personnes ont répondu qu'elles l'étaient. Enfin, à propos du temps ressenti dans les activités de loisirs, neuf personnes disent ne pas voir le temps passer à faire l'activité, sept personnes ne peuvent pas y consacrer trop de temps et aucune ne trouve le temps long.

e. Les croyances

Nous allons maintenant voir les réponses concernant les croyances. Dix personnes sur 16 ont répondu à la question « Pourriez-vous me dire ce que vous évoque les « croyances » autour de la LCC ? ». Dans ces 10 réponses, la moitié des personnes a répondu ne pas savoir ou ne pas comprendre le sens du mot croyance. Une personne a donné une réponse incohérente avec la question : « En 4 ans de douleur aucune solution trouvée pour me soulager ne serait-ce qu'une journée » (répondant 15). Les quatre autres personnes ont répondu : « Définitives » (répondant 1), « c'est le mal du siècle » (répondant 2), « Tout le monde sait mais personne ne sait vraiment ... » (répondant 7), « Etant donné que les gens ne voient pas et ne ressentent pas la douleur et ils peuvent penser que nous avons juste un petit mal de dos qui va passer et que cela ira mieux après. » (répondant 14). Parmi les six personnes ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé, quatre personnes ont

observé une évolution de leurs croyances. Elles ont pris conscience qu'elles doivent apprendre à vivre avec leur lombalgie et leurs douleurs, et que la réalisation d'activité physique est possible malgré les douleurs. En comparaison, parmi les 10 personnes n'ayant pas suivi de programme, deux personnes disent ne pas avoir vu d'évolution sur leurs représentations ou leurs idées de leur lombalgie et quatre disent avoir observé une évolution. Une de ces quatre personnes explique avoir une « meilleure perception de la situation » (répondant 12) et une autre dit « je fais plus attention à mes gestes et à mon hygiène de vie » (répondant 4).

f. Programmes d'éducation à la santé

Les modalités des programmes d'éducation à la santé ont été abordées dans mon questionnaire. Concernant le nombre de participants, six participants sur 16 ont participé à un programme d'éducation à la santé. Une personne était en individuel, les cinq autres personnes étaient en groupe. Parmi les cinq personnes en groupe, une personne était dans un groupe de trois, une autre personne était dans un groupe de quatre et les trois autres personnes étaient dans un groupe de cinq. Parmi les professionnels encadrant ces programmes, un kinésithérapeute était systématiquement présent (pour les six répondants). Pour cinq des répondants, il y avait un médecin, une infirmière et une diététicienne. Pour quatre répondants parmi les six, il y avait un ergothérapeute. Pour trois répondants, il y avait un psychologue et une personne a indiqué la présence d'un rééducateur APA. Parmi les six personnes ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé, deux d'entre elles ont participé au programme d'école du dos, deux autres ont participé au programme de RFR, une personne a bénéficié du programme Mc Kenzie et une personne du programme lombaction. A propos des informations retenues et des notions abordées durant les programmes, l'élément ressortant principalement est l'activité physique régulière. A la question portant sur les informations retenues, le répondant 10 évoque les points suivants « bienfait total au moral et m'a redonné la motivation et confiance ». De plus, une autre personne mentionne « le fait de faire de l'activité physique ne va pas forcément nous faire avoir plus mal au dos qu'avant » (répondant 14). Concernant les notions abordées, on retrouve donc l'activité physique pour les six répondants. Apparaissent également pour les six personnes dans les éléments abordés les mises en situations écologiques. Le fonctionnement anatomique du dos a été abordé pour cinq des six participants et le cercle vicieux de la douleur a également été abordé pour quatre d'entre eux. A propos de

l'évolution des activités avant versus après le programme, sur les six répondants, cinq personnes font plus d'activités sportives qu'auparavant. Ensuite, il leur a été demandé de s'exprimer sur les bénéfices du programme. Cinq personnes sur six expriment que le programme auquel elles ont participé leur a été bénéfique. Deux personnes parlent de confiance : « regain de confiance » (répondant 10). Le répondant 14 explique que le programme lui a permis de prendre conscience que l'activité physique était possible malgré les douleurs.

Enfin, concernant les comportements à adopter dans le cadre de la lombalgie commune chronique, nous pouvons faire la comparaison entre les réponses des personnes ayant suivi un programme et celles n'ayant pas suivi de programme (cf. figure 7 et figure 8).

Concernant l'item « maintenir les activités », les six personnes ayant participé au programme ont répondu que cela était à faire alors que, pour les personnes n'ayant pas bénéficié d'un programme, neuf ont indiqué que cela était à faire et une personne a indiqué que cela était à éviter ou ne pas faire.

Concernant l'item : augmenter les activités, la moitié des bénéficiaires d'un programme ont répondu que c'était à faire et l'autre moitié que cela était à éviter / ne pas faire. Quant aux personnes n'ayant pas suivi de programme, quatre personnes ont exprimé que c'était à faire et six personnes ont exprimé que c'était à éviter / ne pas faire.

Concernant l'item « faire des étirements », les six bénéficiaires d'un programme d'éducation à la santé ont dit que cela était à faire. Pour ce qui est des personnes n'ayant pas suivi de programme, neuf des participants ont répondu que c'était à faire et donc un répondant a indiqué que c'était à éviter / ne pas faire.

Enfin, concernant l'item « postures prolongées », on observe que les six personnes ayant suivi un programme ont exprimé que cela était à éviter / ne pas faire. Parmi les personnes n'ayant pas bénéficié d'un programme, on remarque que neuf d'entre elles expriment que cela est à éviter / ne pas faire et une personne indique que c'est à faire.

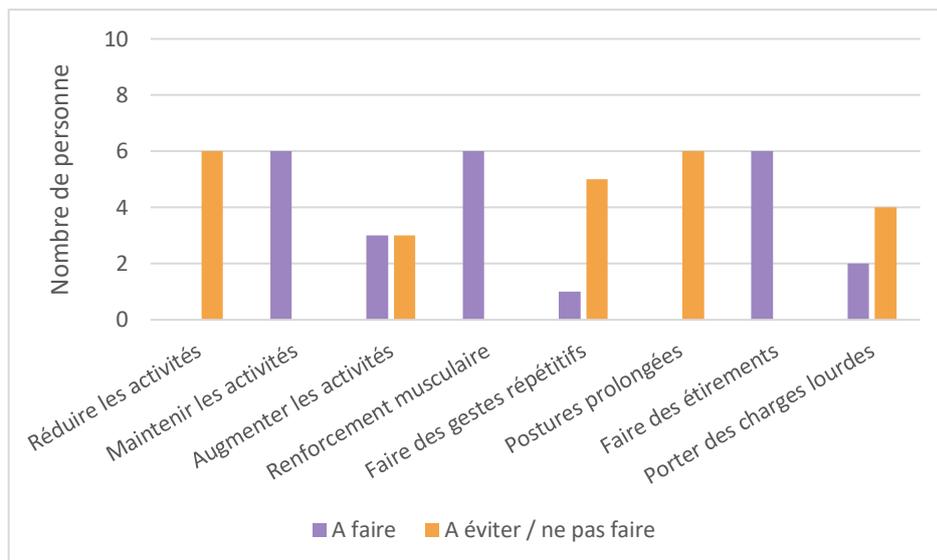


Figure 7 : Diagramme représentant les réponses des personnes ayant suivi un programme d'éducation à la santé sur les comportements à adopter dans le cadre d'une lombalgie commune chronique

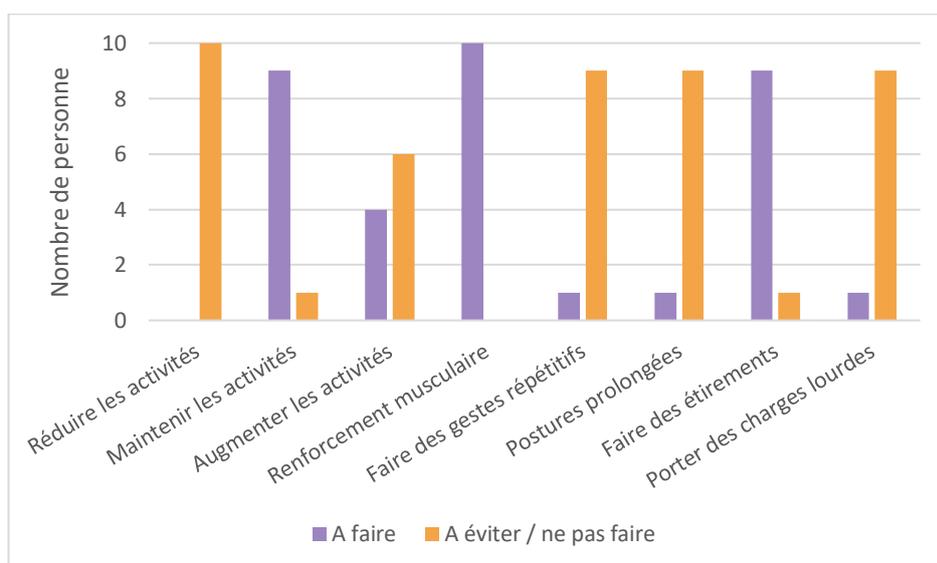


Figure 8 : Diagramme représentant les réponses des personnes n'ayant pas suivi un programme d'éducation à la santé sur les comportements à adopter dans le cadre d'une lombalgie commune chronique

Après la présentation des résultats, nous allons désormais passer à leur analyse au regard des notions théoriques dans le but de valider ou d'invalider les hypothèses de recherche.

2) ANALYSE DES RESULTATS

Pour commencer, on peut constater au travers de la figure 2, que la majorité des répondants se situe entre 41 et 60 ans contre seulement deux personnes ayant moins de 30 ans. Quant aux catégories socioprofessionnelles, on remarque que presque la moitié des

répondants appartient à la catégorie des professions intermédiaires. Seulement, aux vues du nombre de répondants, nous ne pouvons pas formellement établir de lien entre la catégorie socioprofessionnelle ou l'âge et l'apparition de la lombalgie commune chronique.

Analyse de l'hypothèse 1 : « L'ergothérapeute par l'éducation à la santé permet la déconstruction des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique ».

Concernant l'éducation à la santé qui est, pour rappel, la variable indépendante de l'hypothèse, elle est présente à travers les retours de six personnes ayant participé à des programmes d'éducation à la santé (l'école du dos, le programme RFR, Mc Kenzie et le programme lombaction que j'ai découvert). Ainsi sur les 16 réponses exploitables, seulement six personnes ont eu l'occasion de bénéficier d'un programme d'éducation à la santé. Toutes les personnes qui ont suivi un programme multidisciplinaire, sont passées au préalable par la prise d'antalgiques conformément aux recommandations de la HAS. Cinq répondants sur six étaient en groupe pour bénéficier d'un de ces programmes, et pour avoir assisté au programme d'école du dos en groupe et en individuel, je pense que le groupe est davantage utilisé dans les programmes d'éducation à la santé en raison de la dynamique de groupe. En effet, la dynamique apporte une certaine richesse au programme puisque les personnes peuvent s'entraider et se corriger entre elles. Cependant, en fonction des problématiques de la personne et du degré de douleur, un accompagnement en individuel peut être proposé. A propos des bénéfices de l'éducation à la santé, il y a tout de même cinq personnes sur six qui admettent avoir tiré des bénéfices de celle-ci. En effet, elles évoquent une augmentation de leurs activités sportives en lien avec les notions abordées durant le programme. De plus, la notion de regain de confiance en soi est soulignée par deux personnes. Si l'on compare les connaissances sur les comportements à adopter et à éviter des personnes ayant suivi un programme et des personnes n'ayant pas suivi de programme, on constate qu'il n'y a pas de différence significative (cf. figure 7 et figure 8). Ce faible écart interpelle quant à l'importance d'aborder les comportements à adopter dans les programmes d'éducation à la santé. Cependant, on observe tout de même quelques différences qui pourraient être en lien avec les croyances.

Si l'on s'intéresse à présent à la déconstruction des croyances, 12 personnes sur 16 n'ont pas pu répondre à la question 26 portant sur la représentation des croyances. Les quatre personnes restantes ont donné des réponses plutôt vagues, une des personnes a évoqué la notion de handicap invisible. Cependant, derrière le terme « croyance » vu dans la partie

théorique au travers du modèle d'évitement de la peur (Vlaeyen, 1995) et de la kinésiophobie (Kori, 1990), nous avons constaté que ces « croyances » pouvaient conduire à l'apparition du cercle vicieux de la douleur chronique. En effet, pour certains répondants, nous avons observé qu'ils ne faisaient que très peu d'activités chez eux et qu'une réorganisation des tâches du quotidien avait dû être faite et ce, probablement à cause de l'idée que les personnes se font sur le lien de causalité entre l'activité physique et la présence de la douleur. Seulement, nous avons vu par l'intermédiaire du questionnaire qu'une partie des personnes ayant suivi un programme d'éducation à la santé ont observé des changements de leurs croyances (cf. Q37). Ces changements décrits dans leurs réponses montrent finalement que l'éducation à la santé leur a permis de mettre en place la stratégie *d'acceptance* (Benezech, 2005) qui signifie qu'ils ont appris durant le programme à faire avec leurs douleurs. Les personnes n'ayant pas suivi de programme ne semblent pas évoquer un changement dans leurs représentations de la lombalgie et donc dans leurs croyances. Finalement, nous ne pouvons pas valider l'hypothèse étant donné le nombre de réponses reçues à la question portant sur la définition des croyances (cf. Q26). Cependant, on peut supposer que l'éducation à la santé a permis de modifier les croyances des personnes ayant bénéficié de celle-ci. En effet, leurs réponses vont en ce sens à la question portant sur l'observation d'une évolution de leurs croyances sur la lombalgie commune chronique après avoir participé à un programme d'éducation à la santé. Pour autant, les éléments exprimés dans leurs réponses ne rejoignent pas les notions théoriques que nous entendons derrière le terme croyances. De plus, nous n'avons pas d'élément comparatif tangible entre les croyances avant le suivi du programme et après, puisque peu de personnes avaient répondu à la question 26 portant sur la définition du terme croyances. En synthèse, on ne peut pas valider l'hypothèse une au regard des éléments disponibles.

Analyse de l'hypothèse 2 : « L'ergothérapeute par l'utilisation de l'activité physique permet à la personne de prendre conscience de ses fausses croyances et favorise la participation occupationnelle de la personne ».

Concernant l'utilisation de l'activité physique, toujours au sens de l'OMS, j'ai observé durant mon dernier stage en service de MPR, sa mise en application en participant aux séances du programme d'école du dos. Les premières séances portent sur le fonctionnement et l'anatomie du dos. Puis, les gestes d'économie rachidienne sont abordés pour ensuite les appliquer durant les mises en situations écologiques. Aux vues des réponses au

questionnaire, les notions systématiquement évoquées dans les programmes sont l'activité physique et les mises en situations. De plus, lors des ateliers, j'ai constaté que les participants sont généralement en demande de mises en situations, afin de voir les solutions qu'ils peuvent utiliser pour limiter leurs douleurs dans leurs activités quotidiennes. Pour autant, globalement les personnes associent activité physique à activité sportive sans élargir aux activités du quotidien. Suite à l'exploitation du questionnaire, j'ai pu constater que les personnes ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé ont observé une évolution positive de leur représentation de l'activité physique, néanmoins leurs réponses ne me permettent pas de savoir si leur définition de l'activité physique a changé ou non.

Concernant la prise de conscience des fausses croyances, dans la mesure où la majorité des personnes n'ont pas pu définir leurs croyances à la question 26, et malgré qu'elles aient pu dire que leurs croyances et leurs représentations sur la lombalgie ont évolué, nous ne sommes pas en mesure de dire si les personnes ont pris conscience de leurs fausses croyances. Ce n'est pas parce qu'on observe un changement au niveau de la participation dans les activités ou même, une augmentation de la pratique des activités physiques, que les personnes ont forcément pris conscience de leurs croyances. De plus, aux vues des réponses des personnes et de mes observations durant mes expériences professionnelles, il semblerait que les répondants n'aient jamais vraiment entendu le terme croyances à proprement parlé. Cela induit donc qu'actuellement, leurs croyances sont inconscientes puisque cela n'a jamais été abordé. Par ailleurs, la déconstruction des croyances est un processus qui se met en place sur le long terme, ce n'est donc pas en trois ou cinq semaines (durées moyennes des programmes d'éducation à la santé) que la déconstruction des fausses croyances se fait. Cependant, le processus peut commencer durant le programme d'éducation à la santé et lors de la mise en place d'activité physique. La personne va prendre conscience qu'elle est capable de faire certaines activités qu'elle ne faisait plus du fait de ses douleurs lors des mises en situation par exemple. Quant à la participation occupationnelle, je pense finalement que l'utilisation de l'activité physique favorise directement la participation occupationnelle. Et c'est par le maintien ou l'augmentation de la participation occupationnelle que la déconstruction des croyances se poursuit. La différence que nous avons pu observer entre le ressenti de la douleur durant les activités quotidiennes et les activités de loisirs, révèlent un ressenti des douleurs plus intenses lors des activités quotidiennes. Ceci peut être expliqué par le *flow* (Csikszentmihalyi, 1990) et la satisfaction

qu'éprouve la personne à faire ses activités de loisirs par exemple. En effet, la personne va peut-être plus facilement s'engager pleinement dans ses activités de loisirs que dans ses activités quotidiennes. Pour ces dernières, la personne va penser à tout ce qu'elle a à faire et ne va donc pas s'engager pleinement de ce qu'elle fait. De plus, dans les activités de loisirs, on retrouve les notions de loisir, de satisfaction et de plaisir qui peuvent être moins présentes dans les activités quotidiennes. Finalement la personne va plus facilement atteindre l'état de *flow* dans ses activités de loisirs que dans ses activités quotidiennes. Elle va alors éprouver un sentiment de satisfaction, et tout cela va contribuer au fait qu'elle se centre moins sur le ressenti de ses douleurs. Aux vues des résultats du questionnaire, l'hypothèse ne peut être validée puisque nous avons vu qu'il nous est impossible en l'état actuel des choses d'affirmer la prise de conscience des fausses croyances par l'activité physique. Nous pouvons supposer que l'utilisation de l'activité physique favorise la participation occupationnelle en fonction des réponses à la question des bénéfices du programme d'éducation à la santé. Cependant, aucun élément ne nous permet de savoir si les personnes ont pris conscience de leurs fausses croyances sachant que les croyances semblent être pour le moment inconscientes chez ces personnes.

Nous avons vu les résultats de l'enquête et leurs analyses, nous allons à présent passer à la partie réflexive.

PARTIE REFLEXIVE

1) DISCUSSION

a. **Biais, limites et obstacles épistémologiques**

Pour commencer, nous allons voir les biais, les limites et les obstacles épistémologiques de la recherche. J'avais évoqué dans la partie sur la méthodologie de l'enquête, que je m'attendais à ne pas avoir beaucoup de réponses à la question portant sur les croyances. Ce biais s'est donc avéré puisqu'en effet, j'ai obtenu seulement cinq réponses dont une ne répondant pas à la question. De plus, les quatre réponses obtenues restent assez vagues, ce qui, je pense, s'explique par le manque d'information. Concernant le nombre de répondants, j'avais contacté plusieurs structures qui potentiellement pouvaient relayer mon questionnaire aux patients présentant une lombalgie commune chronique. Seulement, je

n'ai pas eu autant de retours qu'espéré. J'ai également remarqué que peu de personnes savent qu'il existe deux types de lombalgie chronique. En effet, j'avais 27 répondants au questionnaire et seuls 16 répondants entraient dans les critères d'inclusion et ne présentaient aucun critère d'exclusion. Sur les 11 répondants non exploitables, 10 répondants ont mentionné une hernie discale. Je n'ai peut-être donc pas été suffisamment claire et concise dans l'introduction de mon questionnaire. J'ai identifié une limite à mon enquête, je m'intéressais à la définition et à la représentation qu'avaient les répondants de l'activité physique. Je m'attendais effectivement à avoir une majorité de réponses définissant l'activité physique comme les activités sportives, ce qui s'est également avéré. Il aurait peut-être été pertinent de mettre la définition de l'activité physique après que les personnes aient répondu à la question sur la définition. Cela aurait permis dans la suite du questionnaire, que les personnes puissent répondre aux questions portant sur les activités physiques en ayant connaissance de la définition de l'OMS. Ou alors j'aurais peut-être dû mettre « activités quotidiennes » plutôt que « activités physiques ». J'avais fait beaucoup de questions ouvertes qui me semblaient pertinentes et nécessaires dans le cadre de la recherche mais avec du recul et en analysant mon questionnaire, je me suis rendu compte que certaines questions n'étaient pas nécessaires dans le cadre de l'objet de la recherche. Je pense notamment aux questions 5 et 6 qui portaient sur les souvenirs autour de la première douleur lombaire. J'avais inclus ces deux questions afin d'observer s'il y avait un contexte en particulier qui revenait ou si le contexte de la première douleur pouvait être en lien avec leurs croyances actuelles et leur participation occupationnelle. Cependant, je n'ai pas trouvé d'élément en particulier à analyser. Pour finir, la question 11 portant sur le(s) motif(s) de(s) arrêt(s) de travail n'apporte pas d'information pertinente dans l'analyse.

b. Validité du travail

Mon travail peut être validé en tant que mémoire car je me suis basée sur des sources scientifiques et j'ai effectué un travail de recherche et d'analyse auprès de personnes avec un vécu expérientiel. Ce travail de recherche m'a beaucoup apporté notamment en termes de méthodologie. J'ai appris à travers ce mémoire, à effectuer des recherches scientifiques, qui soient fiables, et pour ce faire à n'utiliser que des sources sûres et donc à être attentive aux éléments utilisés pour garantir la qualité de mes sources. Par exemple, j'ai privilégié des articles datant de 2020 plutôt que des articles de 2005. De plus, ce travail mais surtout mes trois ans de formation m'ont appris à être organisée, à me fixer

des objectifs, et à prioriser les tâches. Sur le plan des connaissances, j'ai appris énormément de notions sur la lombalgie commune chronique mais pas uniquement. En effet, je ne pensais pas du tout orienter mon mémoire vers l'aspect psychologique de la douleur chronique, seulement, cette notion de croyance qui revient très souvent dans ce mémoire me pose réellement question et m'intéresse. Ensuite, toute la partie méthodologie de l'enquête m'a semblé difficile, et notamment la création de la matrice conceptuelle. Mais finalement, par l'intermédiaire de ce travail, j'ai pris conscience que la matrice conceptuelle présentait un réel intérêt, celle-ci m'a permis d'organiser mon enquête et de faciliter la construction du questionnaire. Enfin, l'analyse des résultats obtenus a représenté pour moi, comme un aboutissement de tout ce travail réalisé autour de cette enquête. En effet, le nombre de réponses obtenues n'est pas suffisant pour être représentatif de cette population, mon échantillon étant trop petit. Cependant, cela permet tout de même à cette échelle, d'argumenter les hypothèses formulées au départ. Cela m'a permis également d'aller plus loin dans la réflexion sur le sujet qui m'a animé tout au long de cette année. Durant ce travail, j'ai rencontré des obstacles, en particulier lors de mes recherches pour alimenter la partie théorique. En effet, lors de celles-ci, j'ai été en difficulté pour trouver des articles scientifiques récents portant sur la lombalgie commune chronique et sa prise charge. Je n'ai trouvé que peu d'articles portant sur des études qui auraient été réalisées à propos de la prise en soin et de l'accompagnement des personnes présentant une lombalgie commune chronique. C'est également pour cela que j'ai orienté mon mémoire vers un éventuel accompagnement adapté à ce type de public. Par ailleurs, je me suis trouvée en difficulté pour la rédaction et la syntaxe en particulier pour la partie problématisation. J'ai fait le choix d'inclure le modèle conceptuel dans la problématisation, ce qui je pense a ajouté une complexité. Je fonctionne beaucoup avec les schémas, les cartes conceptuelles qui me permettent de mettre mes idées au clair visuellement. C'est une technique que je n'utilisais pas avant d'entrer en formation d'ergothérapie, je l'ai apprise durant mes trois années de formation et c'est un outil qui m'aide énormément mais le passage du schéma ou de la carte conceptuelle à l'écrit reste pour moi délicate. Néanmoins, ce travail de recherche m'a permis de travailler sur mes difficultés et de mettre en place des stratégies pour renforcer mes axes de progrès. Enfin, ce travail de recherche ainsi que ces trois années de formation m'ont appris à être rigoureuse, curieuse et m'ont permis de développer des capacités d'adaptation.

c. Perspectives professionnelles

Désormais, nous allons aborder les perspectives professionnelles de ce travail de recherche. Lors de la présentation et l'analyse des résultats des deux questions portant sur les comportements à adopter (Q36 et Q40), l'une s'adressant aux personnes ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé, et l'autre s'adressant à des personnes n'y ayant pas participé, j'ai remarqué qu'il n'y avait pas de différence très importante entre les réponses des deux types de répondants. Cela me questionne donc sur l'importance d'aborder les comportements au cours des programmes d'éducation à la santé. Au-delà de l'adoption de nouveaux comportements face à la lombalgie qui finalement sont réalisés aussi bien par les patients ayant suivi un programme que par ceux n'en n'ayant pas suivi, c'est la mise en place du processus de déconstruction des fausses croyances qui différencie les deux populations. En effet, aux vues des apports évoqués par les répondants ayant bénéficié de programmes (activité physique, activité sportive, confiance en soi, acceptation), on constate que les fausses croyances qu'ils pouvaient avoir sur l'activité physique par exemple, ont commencé à se détruire par le biais de l'éducation à la santé. De plus, les réponses des personnes telles qu'il faut éviter ou ne pas maintenir les activités et les étirements mais qu'il faut faire des postures prolongées pourraient s'expliquer par les croyances évoquées dans la théorie d'après moi. En effet, ne pas maintenir ses activités, ne pas faire d'étirements mais par contre faire des postures prolongées me fait penser à l'inactivité physique qui est directement en lien avec les croyances lorsqu'on regarde le cercle vicieux de la lombalgie chronique (cf. annexe IV). Cela montrerait tout de même que l'éducation à la santé permet d'entamer le processus de déconstruction des croyances. Cependant l'échantillon utilisé n'est pas suffisamment conséquent pour permettre d'affirmer cette hypothèse. Concernant l'adoption des comportements des personnes n'ayant pas participé à un programme d'éducation à la santé, je me questionne sur la façon dont elles ont appris les comportements à adopter. Est-ce par le biais d'internet, d'échanges avec des proches, avec des personnes également concernées par la lombalgie commune chronique, avec des professionnels de santé ?

D'après les recherches, les résultats obtenus à l'enquête et les échanges que j'ai pu avoir durant mes expériences professionnelles, les croyances ne sont pas abordées au cours de l'accompagnement des personnes lombalgiques. Pour en avoir parlé avec une des

ergothérapeutes lors de mon dernier stage, aborder la notion de croyances est quelque chose qui semble mettre mal à l'aise. Elles en ont déjà discuté entre ergothérapeutes de l'équipe, et c'est une notion qu'elles ne savent pas trop comment aborder, de peur des réactions que pourraient avoir les patients. J'ai également eu l'occasion d'en discuter avec une des patientes participant au programme de l'école du dos qui m'a clairement dit que le terme croyances ne lui évoquait rien et qu'elle ne voyait pas du tout de quoi il pouvait s'agir. Finalement, ce travail de recherche m'a permis d'ouvrir les yeux sur ce processus de déconstruction des croyances qui me semble être primordial à travailler avec ce type de population. D'après la carte mentale de ma problématisation (cf. Annexe VI) et mon cercle vicieux de la lombalgie commune chronique (cf. Annexe V), les fausses croyances sont les portes d'entrée du cercle vicieux, c'est donc pour cela qu'il me semble pertinent de les aborder au sein d'un programme d'éducation à la santé. Les perspectives professionnelles de ce travail de recherche pourraient donc déboucher sur la création d'un programme d'éducation à la santé qui regrouperait les points forts de chaque programme existant afin d'avoir un programme qui soit le plus complet possible à destination des personnes souffrant de lombalgie commune chronique. Il se déroulerait en ambulatoire. Mais pourquoi en ambulatoire ? Pour permettre aux personnes de rester dans leur milieu écologique et de mettre en place immédiatement les notions vues durant le programme ainsi que de réfléchir à la pratique de leurs activités physiques. Réfléchir à la façon d'étendre le linge par exemple, est un exercice plus facile en situation réelle chez soi qu'au sein d'une structure, où l'on ne va pas forcément reproduire les conditions exactes de son domicile. Concernant les notions à aborder, je souhaiterais commencer par une partie plutôt théorique mais en veillant à la pédagogie utilisée. En effet, la pédagogie est une notion importante et à laquelle il faut veiller dans le cadre de l'éducation à la santé. J'ai eu l'occasion durant cette dernière année de formation lors des cours portant sur l'éducation thérapeutique du patient, de découvrir diverses pédagogies. Je me questionne donc sur le type de pédagogie à utiliser avec ce type de public afin d'établir une relation de confiance avec les personnes. De plus, cette approche permettrait une entrée en matière en douceur avec les participants sans une mise en activité immédiate qui pourrait les effrayer et conduire à une attitude réfractaire. L'idée de l'atelier serait de faire participer les personnes afin qu'elles réfléchissent et trouvent un maximum de choses seules, ce qui leur permettrait d'assimiler plus facilement les éléments mis en avant. J'aimerais commencer cette partie théorique en posant des questions aux

personnes afin qu'elles mettent des mots sur leurs croyances inconscientes telles que la peur, l'appréhension, l'évitement, etc. Après cela, je complèterais les notions manquantes. Enfin, je nommerais clairement le terme de croyances. Il serait intéressant de faire un premier questionnaire rapide sur la définition des croyances au tout début du programme, puis de le refaire passer à la fin du programme, afin de voir les évolutions et peut-être même la prise de conscience des croyances. Je me questionne sur l'animation de cette partie. Je pense qu'il serait intéressant de l'animer avec un psychologue, car nos deux approches seraient complémentaires. Après avoir fait cette partie théorique sur les croyances, j'amènerais les personnes à se questionner sur l'activité physique, pour ensuite mettre en place la partie pratique avec les mises en situations. Cette partie commencerait par le questionnement des différentes façons de chacun pour faire les activités quotidiennes. Durant le programme, j'aimerais mettre en place des objectifs à la semaine. Par exemple, pour les mises en situation, je leur demanderais d'être vigilant, durant une semaine, à la façon dont ils réalisent leurs activités et de réfléchir à ce qu'ils pourraient modifier pour limiter leurs douleurs. Cela nous permettrait d'en discuter à la séance suivante, et nous pourrions alors échanger tous ensemble sur les techniques trouvées par chacun et le thérapeute apporterait les notions manquantes. J'estime que le programme devrait se dérouler sur environ deux mois à raison d'une à deux séances par semaine. Je suis consciente que le projet est à retravailler et à approfondir, il s'agit seulement d'une ébauche.

CONCLUSION

Pour conclure ce mémoire d'initiation à la recherche portant sur l'impact des croyances d'une personne ayant une lombalgie commune chronique sur sa participation occupationnelle, nous pouvons affirmer que l'état des connaissances a révélé que les notions de croyances et d'activité physique sont importantes dans le cadre de la lombalgie commune chronique. En effet, le Modèle de l'Occupation Humaine, créé par Gary Kielhofner dans les années 80, a montré que la dimension de l'être se trouve fortement impactée et influe donc sur l'agir occupationnel de la personne, son devenir occupationnel ainsi que sur son environnement. Cependant, j'ai pu identifier grâce au cercle vicieux de la lombalgie commune chronique, que la porte d'entrée de celui-ci correspond aux croyances. En effet, les personnes ont des représentations sur leur lombalgie, leurs douleurs et comment vivre avec celles-ci. Toutes ces notions m'ont alors amenée à la problématique de ce travail de recherche qui est « En quoi les croyances sur la lombalgie commune chronique peuvent-elles influencer la participation occupationnelle de la personne ? ». J'ai donc établi deux hypothèses de recherche, l'une portant sur l'utilisation de l'éducation à la santé afin de déconstruire les croyances des personnes souffrant de lombalgie commune chronique. L'autre portait sur l'utilisation de l'activité physique permettant la prise de conscience des fausses croyances favorisant alors la participation occupationnelle. Pour traiter ces deux axes, j'ai élaboré par l'intermédiaire de la matrice conceptuelle, une enquête qualitative sous forme de questionnaire en ligne. Ce questionnaire s'adressait à des personnes actives directement concernées par la lombalgie commune chronique ayant soit participé à un programme d'éducation à la santé soit n'y ayant pas participé. L'échantillon était composé de 16 personnes dont six ayant bénéficié d'un programme et 10 n'en n'ayant pas bénéficié, ce qui a permis de comparer certaines réponses. Globalement, il est ressorti de ce questionnaire que l'activité physique est assimilée à l'activité sportive par la majorité des répondants. Or, selon l'OMS, l'activité physique correspond en réalité aux activités quotidiennes. Le questionnaire a également mis en évidence que les croyances sont des notions qui ne sont actuellement pas abordées durant l'accompagnement de ces personnes et à ce titre ces croyances sont donc inconscientes. C'est également ce qu'ont confirmé les modèles existants sur les douleurs en lien avec les croyances tels que le modèle d'évitement

de la peur (Vlaeyen, 1995) et la kinésiophobie (Kori, 1990). Concernant le ressenti de la douleur, j'ai constaté qu'il est plus faible lors de la réalisation des activités de loisirs que lors des activités quotidiennes, constat qui peut être expliqué par le *flow* (Csikszentmihalyi, 1990). Cinq répondants sur les six ayant participé à un programme d'éducation à la santé expliquent avoir trouvé des bénéfices notamment en termes de confiance en soi et de reprise d'activité physique. Finalement, au regard de l'analyse des réponses au questionnaire, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que l'utilisation de l'éducation à la santé par l'ergothérapeute permet la déconstruction des croyances chez les personnes souffrant de lombalgie commune chronique. En effet, nous ne pouvions pas comparer les croyances avant et après l'éducation du fait du faible nombre de réponses obtenues sur la représentation des croyances avant la participation au programme. Néanmoins, nous pouvons supposer que l'éducation à la santé peut permettre de modifier les croyances puisque la majorité des personnes ont retrouvé une certaine participation occupationnelle. Quant à la seconde hypothèse, nous ne sommes pas en capacité de valider l'idée que l'utilisation de l'activité physique par l'ergothérapeute permet aux personnes de prendre conscience de leurs fausses croyances et ainsi favorise leur participation occupationnelle. Effectivement, nous n'avons pas suffisamment d'éléments tangibles dans la mesure où les croyances restent pour le moment inconscientes. Cependant, nous supposons que l'utilisation de l'activité physique favorise la participation occupationnelle de la personne. Finalement, aux vues des résultats, il serait intéressant de mettre en place un programme d'éducation à la santé qui se déroulerait en ambulatoire afin de permettre aux personnes d'investir les notions abordées directement dans leur domicile. Une première partie du programme porterait sur le partage des connaissances des participants à propos du fonctionnement du dos, de la douleur et des croyances. Un thérapeute serait présent pour compléter les notions et veiller à la dynamique du groupe. La seconde partie du programme porterait davantage sur la mise en activité, pendant laquelle les personnes pourraient se mettre en action et pratiquer des activités du quotidien. Je pense donc que cette deuxième partie continuerait le processus de déconstruction des croyances commencé lors de la première partie du programme ce qui pourrait alors permettre à la personne de reprendre ou de modifier ses habitudes de vie afin de retrouver les habitudes de vie qu'elle avait auparavant, incluant ses rôles et ses occupations.

BIBLIOGRAPHIE

- Amarenco, G., Bayle, N., Beaudreuil, J., Bensoussan, L., Bonan, I., Bouillet, B., ...Yelnick, A. (2018). Item 92 – Rachialgie. Dans *Médecine physique et de réadaptation*, (p.77-95), France : Elsevier Masson.
- Amstutz, C., Mahitchi, E. et Waldburger, M. (2009). Pièges diagnostiques à propos d'un cas de lombalgie spécifique. *Revue médicale suisse*. Récupéré du site de la revue : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-188/pieges-diagnostiques-a-propos-d-un-cas-de-lombalgie-specifique>
- Arabi, H., Khalfaoui, S., Mouhadi, K., Ghouzlani, I. et Niamane, R. (Mars 2019). Le modèle biopsychosocial dans la lombalgie commune chronique. *Annales medico-psychologiques*, 177 (3), 250-255. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.06.012>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (n.d.). Qu'est-ce que l'ergothérapie. Récupéré du site de l'association : https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Assurance Maladie. (Janvier 2022). La lombalgie, un enjeu de santé publique. Récupéré du site de l'assurance : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
- Assurance Maladie. (Mai 2022). Activ'Dos, l'appli pour prévenir votre mal de dos. Récupéré du site de l'assurance : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/application-activ-dos>
- Assurance Maladie. (Décembre 2020). Lutter contre le mal de dos, une priorité pour les entreprises. Récupéré du site de l'assurance : <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/mal-dos/en-entreprise>
- Bailly, F., Foltz, V., Rozenberg, S., Fautrel, B. et Gossec, L. (2015). Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Revue du Rhumatisme*, 82(6), 396-401. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2015.08.005>
- Bray, H. et Moseley, G. L. (2011). Disrupted working body schema of the trunk in people with back pain. *British journal of sports medicine*, 45(3), 168-173. <https://doi.org/10.1136/bjism.2009.061978>

- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (2021). Modèle de l'occupation humaine. 5^{ème} édition. Récupéré du site de l'Université de Laval : <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Centre Hospitalier Universitaire. (n.d.) Le centre régional d'étude et de traitement de la douleur. Récupéré du site de la structure : <https://www.chu-poitiers.fr/specialites/douleur/>
- Charline D., Clémence R., Delphine W., Yasmine Z. et Isabelle V. (n.d.). Lombalgie symptomatique : définition, explication et traitements. Récupéré du site lombalgie.fr : <https://www.lombalgie.fr/comprendre/la-lombalgie-symptomatique/#quand-y-penser>
- Charline D., Clémence R., Delphine W., Yasmine Z. et Isabelle V. (n.d.). Comprendre la lombalgie : définitions de la lombalgie commune et symptomatique. Récupéré du site de lombalgie.fr : <https://www.lombalgie.fr/comprendre/definitions/>
- Clark, S. et Horton, R. (2018). Low back pain : a major global challenge. *The lancet*, 391(10137), 2302. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30725-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30725-6)
- Coudeyre, E. et Ratinaud, M-C. (2011). Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité ? *Revue du rhumatisme*, 78(2), 52-55. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(11\)70010-2](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(11)70010-2)
- Dalke Meucci, R., Gastal Fassa, A. et Muller Xavier Faria, N. (2015). Prevalence of chronic low back pain : systematic review. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874>
- Ecole du dos Mail 14 et Mail14 formation. (n.d.). Une méthode dédiée aux masseurs-kinésithérapeutes au service des patients. Récupéré du site des centres de formation : <https://www.ecoledudos.org/concept/>
- Education thérapeutique du patient en nouvelle aquitaine (ETHNA). (n.d.) Qu'est-ce que l'ETP ? Récupéré du site de l'ETHNA : <https://ethna.net/qu-est-ce-que-l-etp>
- Fartassi, A. (Juin 2020). Comment vivre le flow ou l'expérience optimale ? Récupéré du site Penser Changer : <https://www.penserchanger.com/le-flow-et-l-experience-optimale>
- Fartassi, A. (Mai 2021). Le sentiment d'auto-efficacité de Bandura. Récupéré du site Penser Changer : <https://www.penserchanger.com/auto-efficacite/>

- Fayad, F., Lefevre-Colau, M. M., Poiraudau, S., Fermanian, J., Rannou, F., Wlodyka Demaille, S., ... Revel, M. (2004). Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Annales de readaptation et de médecine physique : revue scientifique de la société française de rééducation fonctionnelle de réadaptation et de médecine physique*, 47(4), 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2004.01.005>
- Fersum, K. V., O'Sullivan, P., Skouen, J. S., Smith, A. et Kvåle, A. (2013). Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain : A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(6), 916-928. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00252.x>
- Fouquet, B., Jacquot, A. et Nardoux, J. (Février 2017). Rééducation de la lombalgie commune. *Revue du rhumatisme monographies*, 84 (1), 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2016.11.006>
- Franck. (2022). Kinésiophobie : quand la peur du mouvement freine la rééducation. Récupéré du site de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesiophobie-quand-la-peur-du-mouvement-freine-la-reeducation/#_ftn1
- Futura. (n.d.) Antalgique non opiacé : qu'est-ce que c'est ? Récupéré du site de l'auteur : <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-antalgique-non-opiace-9173/>
- Gaudron, J-P. (2013). L'échelle des sentiments d'auto-efficacité aux décisions de carrière – forme courte : une adaptation française pour lycéens. Récupéré de Open Edition Journals : <https://doi.org/10.4000/osp.4108>
- George, S., Childs, J., Teyhen, D., Wu, S., Wright, A., Dugan, J. et Robinson, M. (Février 2012). Predictors of occurrence and severity of first time low back pain episodes : findings from a military inception cohort. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030597>
- George, S. Z., Fritz, J. M. et Childs, J. D. (2008). Investigation of Elevated Fear-Avoidance Beliefs for Patients With Low Back Pain : A Secondary Analysis Involving Patients Enrolled in Physical Therapy Clinical Trials. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 38(2), 50-58. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2647>

- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. et Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain : systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7301), 1511-1516. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7301.1511>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., ... Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The lancet*, 391(10137), 2356-2367. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30480-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30480-x)
- Haute Autorité de Santé. (2008). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Récupéré du site de l'autorité publique : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2019). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Récupéré du site de l'autorité publique : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune#toc_1_7
- Haute Autorité de Santé. (2019). Fiche mémo – prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Récupéré du site de l'autorité publique : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf#:~:text=La%20lombalgie%20commun%C3%A9signe%20une%20douleur%20lombaire%20qui%20ne,par%20une%20lombalgie%20de%20plus%20de%203%20mois.
- Haute Autorité de Santé. (2019). Lombalgie commune – Eviter le passage à la chronicité. Récupéré du site de l'autorité publique : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974152/fr/lombalgie-commune-eviter-le-passage-a-la-chronicite
- Henchoz, Y. (2011). Lombalgies non spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Revue médicale suisse*. Récupéré du site de la revue : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-286/lombalgies-non-specifiques-faut-il-recommander-l-exercice-et-les-activites-sportives#tab=tab-read>

- Henry, F. (Novembre 2014). Inefficacité perçue face à la douleur chronique : chez quels patients la dépister ? Récupérer de Journal of Pain sur le site ActuDouleurs : <https://www.actudouleurs.com/contributions/inefficacite-percue-face-la-douleur-chronique-chez-quels-patients-la-depister>
- Institut National de Recherche et de Sécurité. (2018). Statistique. Récupéré du site de l'institut : <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
- Institut National de Recherche et de Sécurité. (2018). Ce qu'il faut retenir. Récupéré du site de l'institut : <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2022). La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles. Récupéré du site de l'institut : <https://www.insee.fr/fr/information/6205305>
- Lea. (2023). Définir la notion de déconditionnement. Récupéré du site de Santé et Bien Être : <https://www.musirelax.com/sante/definir-la-notion-de-deconditionnement/#:~:text=Le%20patient%20est%20attir%C3%A9%20par%20le%20cercle%20vicieux,de%20vie%20alt%C3%A9r%C3%A9e>
- Lefevre-Colau, M., Fayad, F., Rannou, F., Fermanian, J., Coriat, F., Macé, Y., ... Poiraudau, S. (2009). Frequency and Interrelations of Risk Factors for Chronic Low Back Pain in a Primary Care Setting. *PLOS ONE*, 4(3), e4874. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004874>
- Mauxcradmn. (2021). Les groupes de parole, pourquoi et où ? Récupéré du site Maux croisés : <https://maux-croises.fr/les-groupes-de-parole-pourquoi-et-ou/>
- McCracken, L. M. et Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance : what to do about chronic pain ? *Pain*, 105(1), 197-204. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00202-1)
- Melloh, M., Elfering, A., Presland, C. E., Roeder, C., Barz, T., Salathé, C. R., ...Theis, J. (2009). Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain : a review of screening instruments. *International Orthopaedics*, 33(2), 301-313. <https://doi.org/10.1007/s00264-008-0707-8>
- Nguyen, C., Poiraudau, S., Revel, M. et Papeard, A. (2009). Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 537-542. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.003>

- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). Activité physique. Récupéré du site de l'autorité publique : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#:~:text=L%E2%80%99OMS%20d%C3%A9finit%20l%E2%80%99activit%C3%A9%20physique%20comme%20tout%20mouvement%20corporel,ou%20pour%20se%20d%C3%A9placer%20d%E2%80%99un%20endroit%20%C3%A0%20l%E2%80%99autre.>
- Parreira, P. D. C. S., Heymans, M. W., Van Tulder, M. W., Esmail, R., Koes, B. W., Poquet, N., ... Maher, C.G. (2017). Back Schools for chronic non-specific low back pain. *The Cochrane library*, 2017(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011674.pub2>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ...Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain : concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ramond-Roquin, A., Bodin, J., Sérazin, C., Parot, E., Manach, A. P. L. et Roquelaure, Y. (2011). Facteurs associés à la lombalgie chez les hommes salariés des Pays de la Loire. *Pratiques et organisation des soins*, 42, 157-168. <https://doi.org/10.3917/pos.423.0157>
- Raybaud-Macri, F. (2017). Le groupe de parole. *Les Cahiers Dynamiques*, 71(1), 162-166. <https://doi.org/10.3917/lcd.071.0162>
- Santé publique France. (Mars 2020). Lombalgie et hernie discale. Récupéré du site de l'autorité publique : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/donnees/lombalgie-et-hernie-discale>
- Schonstein, E., Kenny, D. T., Keating, J., Koes, B. W. et Herbert, R. D. (2003). Physical conditioning programs for workers with back and neck pain : a cochrane systematic review. *Spin*, 28(19), 391-395. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000092482.76386.97>
- Traeger, A., Moseley, L. Hübscher, M., Lee, H., Skinner I. W., Nicholas, M. K. ... Mcauley, J. H. (2014). Pain education to prevent chronic low back pain : a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(6), e005505. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005505>

- Valat, J. P., Goupille, P. et Védere, V. (1997). Low back pain : risk factors for chronicity. *Revue du rhumatisme (English ed.)*, 64(3), 189-194. Récupéré sur PubMed : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9090769/>
- Valat, J. P., Rozenberg, S. et Bellaïche, L. (2010). Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Revue du rhumatisme monographies*, 77(2), 158-166. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2010.02.003>
- Vlaeyen, J. W. S. et Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du rhumatisme*, 76(6), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.004>
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B. et Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372. [https://doi.org/10/1016/0304-3959\(94\)00279-N](https://doi.org/10/1016/0304-3959(94)00279-N)

TABLES DES MATIERES

Charte anti-plagiat.....	1
Engagement et autorisation	3
Note au lecteur	4
Remerciements	5
Sommaire.....	6
Introduction	1
Partie théorique	3
1) Situation d'appel.....	3
2) Etat des connaissances	4
a. Lombalgie commune chronique.....	4
i. Enjeu de santé publique	4
ii. Définition	5
iii. Classification	6
iv. Impacts au quotidien.....	6
b. Douleur.....	8
i. Définition.....	8
ii. Modèles d'évitement de la peur.....	9
iii. Facteurs prédictifs du passage à la chronicité.....	10
c. Prise en charge et recommandations HAS	11
i. Recommandations de prise en charge	11
ii. Techniques existantes	12
3) Problématisation	17
Méthode	22
1) Méthode du recueil de l'état de l'art	22
2) Méthodologie de l'enquête	24
a. Objectifs de l'enquête.....	24
b. Population cible.....	24
c. Outil d'investigation et outil de synthèse pour la construction de l'enquête	25

d.	Biais et limites préalables à l'enquête	27
Partie pratique		28
1)	Présentation des résultats	28
a.	Présentation des personnes interrogées.....	28
b.	La douleur.....	29
c.	L'activité physique.....	31
d.	La satisfaction.....	32
e.	Les croyances.....	32
f.	Programmes d'éducation à la santé	33
2)	Analyse des résultats	35
Partie réflexive		39
1)	Discussion.....	39
a.	Biais, limites et obstacles épistémologiques	39
b.	Validité du travail	40
c.	Perspectives professionnelles.....	42
Conclusion.....		45
Bibliographie		47
Tables des matières.....		
Glossaire		
Liste des abréviations		
Annexes		
Annexe I :	Drapeaux pour la prise en charge d'une lombalgie commune.....	
Annexe II :	Cercle vicieux de la douleur chronique	
Annexe III :	Restauration Fonctionnelle : Le détail d'un programme	
Annexe IV :	Cercle vicieux de la lombalgie commune	
Annexe V :	Mon cercle vicieux de la lombalgie commune chronique.....	
Annexe VI :	Carte mentale de ma problématisation	
Annexe VII :	Schéma de l'application du MOH	
Annexe VIII :	Stratégie de recherche documentaire	
Annexe IX :	Questionnaire.....	

Annexe X : Matrice conceptuelle.....

Annexe XI : Résultats bruts du questionnaire

GLOSSAIRE

- Kinésiophobie : une peur du mouvement, due à la peur de se blesser à nouveau chez des individus qui évitent fortement cette peur, croyant que la douleur est un signe de lésions corporelles et que toute activité douloureuse est dangereuse et doit être évitée. (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2020).
- Antalgiques non opioïdes : Les antalgiques non morphiniques (ou non opiacés) représentent le premier palier de la famille des antalgiques. Il s'agit du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'aspirine ou l'ibuprofène. Ils sont utilisés lorsque la douleur est jugée légère à modérée. (Futura, n.d.)

LISTE DES ABREVIATIONS

- AE : Accord Expert
- ALD : Affection Longue Durée
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- APA : Activité Physique Adaptée
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- EVA : Echelle visuelle analogique d'évaluation de la douleur
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- INRS : Institut Nationale de Recherche et de Sécurité
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
- MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RFR : Restauration Fonctionnelle du Rachis
- TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

ANNEXES

- Annexe I : Drapeaux pour la prise en charge d'une lombalgie commune
- Annexe II : Cercle vicieux de la douleur chronique
- Annexe III : Restauration fonctionnelle : le détail d'un programme
- Annexe IV : Cercle vicieux de la lombalgie chronique
- Annexe V : Mon cercle vicieux de la lombalgie commune chronique
- Annexe VI : Carte mentale de ma problématisation
- Annexe VII : Schéma de l'application du MOH
- Annexe VIII : Stratégie de recherche documentaire
- Annexe IX : Questionnaire
- Annexe X : Matrice conceptuelle
- Annexe XI : Résultats bruts du questionnaire

Annexe I : Drapeaux pour la prise en charge d'une lombalgie commune



DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexplicite.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.



DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).



DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.



DRAPEAUX NOIRS

Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

Annexe II : Cercle vicieux de la douleur chronique





Entretiens de
Rééducation
2012

Rééducation ■

Restauration fonctionnelle : le détail d'un programme

P. Fontcuberta*, A. Ben Brahim*, O. Morchoisne*

* C2R de Rééducation, Service de Médecine Physique et de Réadaptation ; Service de Rhumatologie,
Groupe Hospitalier Saint Louis - Laiboisière - Fernand Widal, Paris

RÉSUMÉ

La restauration fonctionnelle est une prise en charge pluridisciplinaire dont l'objectif principal est l'amélioration de la capacité à faire. Elle comprend une évaluation et un programme structurés faisant intervenir kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistante sociale, autres paramédicaux et médecins. Les autres caractéristiques de cette prise en charge sont le travail de groupe, son intensité et sa progression par paliers prédéterminés. Le programme présenté répond à ces critères. Il s'articule autour de différents modules d'activités gymniques et aérobies, de manutention, de renforcement musculaire sur appareil, d'étirements et d'éducation thérapeutique. Il comprend également un suivi médico-social de première importance pour la réinsertion socio-professionnelle.

MOTS-CLÉS

Restauration fonctionnelle, pluri-disciplinaire, groupe, progression, réinsertion

Introduction

La restauration fonctionnelle est une prise en charge de groupe de la lombalgie chronique dont l'objectif principal est de réapprendre au patient à bouger et envisager une reprise des activités de la vie quotidienne et professionnelle. Les patients sont vus dix jours avant le début du programme afin de réaliser des évaluations qui

confirmeront l'indication thérapeutique et permettront l'adaptation du programme. Déjà de nombreux messages leurs sont délivrés.

Evaluation pré-thérapeutique

Le succès du programme repose sur l'intervention coordonnée d'une équipe pluridisciplinaire : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, assistante sociale, secrétaire, médecin coordinateur.

La réunion d'accueil

La réunion d'accueil consiste à présenter le programme de restauration fonctionnelle, les membres du personnel du service et les locaux. Des informations importantes sont communiquées aux patients pour le bon déroulement de la prise en charge (Tableau I).

Tableau I - Journée type de restauration fonctionnelle

Horaires	Activités
9h00 - 9h30	Consultation médicale
9h30 - 10h45	Gymnastique (échauffement, travail musculaire et étirements)
11h00 - 11h30	Manutention ou éducation thérapeutique
11h45 - 12h30	Activités aérobies
12h30 - 13h30	Déjeuner et détente
13h30 - 14h00	Echauffement
14h00 - 15h00	Musculation sur appareils
15h00-15h30	Etirements

Les évaluations

Cette journée d'évaluation permet d'entériner l'intégration du patient dans le programme, et d'effectuer un état des lieux qui servira de base de travail, mais aussi de comparaison par rapport aux évaluations finales. Ainsi les patients vont remplir les formulaires fonctionnels et psychosociaux : tout d'abord l'échelle d'impotence fonctionnelle de la lombalgie de Québec qui est une échelle d'auto-évaluation des incapacités dans la vie quotidienne causées par leurs douleurs (Annexe). Ensuite le questionnaire de Dallas, conçu pour permettre au médecin de savoir dans quelle mesure la qualité de vie du patient est perturbée par sa douleur (Annexe). Nous leur demandons de remplir une fiche de renseignements sur leurs profession, pathologie, douleur, traitement médicamenteux, situation familiale, loisir.

Les masseurs-kinésithérapeutes effectuent des tests tel que le test de Schöber, la distance doigt-sol, le test de Shirado et le test de Sorensen permettant une évaluation de la souplesse de la région lombaire, et des capacités musculaires de la sangle abdomino-spinale. Une épreuve d'effort est réalisée au début du programme afin d'éliminer toute contre-indication cardio-vasculaire, mais aussi pour établir une base de travail pour les activités aérobies.

Les patients s'entretiennent avec l'assistante sociale dans le but de dépister et traiter d'éventuelles difficultés liées à la prise en charge des soins ou de l'incapacité. Enfin le patient est l'objet d'un examen médical complet. Les critères d'inclusions sont vérifiés : lombalgie chronique et invalidante ; consentement adhésion du patient après informations sur les modalités et les objectifs du programme ; absence de contre-indications cardio-respiratoire et psychiatrique.

Journée type et progression

Notons qu'une journée de restauration fonctionnelle est initiée par une consultation avec le médecin, dans le but d'adapter le traitement médical ainsi que d'échanger avec le patient sur le ressenti, et sa progression.

Séance de gymnastique

Cette activité ouvre la matinée. Elle est précédée par la prise du pouls au repos. L'intérêt est de voir l'évolution au cours des cinq semaines, et les éventuelles fluctuations pouvant être expliquées par la fatigue. La séance se déroule dans une salle adaptée, donc suffisamment grande, puisqu'elle doit permettre des activités de course, de saut, et de laisser l'espace à au moins sept personnes de pouvoir s'allonger. Le matériel utilisé sont des tapis de sol, des espaliers, des coussins, des bâtons, des poids, un grand miroir permettant un travail par contrôle par la vue, et enfin des ballons.

La durée de la séance est d'environ une heure trente. Elle commence par un échauffement de vingt minutes, lors duquel les patients réalisent des mouvements des membres supérieurs sans résistance, des exercices de marche, voire des sauts en fonction de l'avancée dans le programme. Déjà des conseils sur la position à adopter, la respiration et la prise de conscience du schéma corporel sont prodigués par le thérapeute. Ainsi nous conseillons d'expirer lors de la contraction musculaire, tout en restant vigilant à la position du bassin, et au verrouillage lombo-pelvien. Le travail se poursuit par des étirements de type stretching, c'est à dire assez dynamique, dans le but de préparer le muscle au travail que l'on va lui demander (contrairement aux étirements lents qui viseront un relâchement). Enfin la plus grande partie de la séance consiste en un travail de différents groupes musculaires, en utilisant le matériel évoqué précédemment. Ainsi nous travaillons les abdominaux, les muscles spinaux lombaires et dorsaux notamment les quadriceps, les ischios jambiers, les différents muscles fessiers, tout en intégrant une prise de conscience posturale, ainsi que du verrouillage lombaire. Parmi les groupes musculaires évoqués, quatre d'entre eux sont développés chaque jour. Notons que le temps de repos est toujours égal (voire supérieur) au temps de travail, tout en tenant compte des différences entre les patients, concernant l'âge notamment. Différents paramètres sont susceptibles d'évoluer lors du stage. Ils vont

Tableau II - Critères de progression de la séance de gymnastique

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5
Nombre de séries pour chaque exercice	1 série	1 à 5 séries	1 à 3 séries	1 à 3 séries de	1 à 3 séries
Nombre de répétitions	5	5	5 à 10	10	10

conditionner la progression. Dans ce programme nous modulons le nombre de répétitions et le temps de maintien des exercices, comme le montre le tableau II.

Activité aérobie

Après avoir terminé cette séance gymnique, les patients enchaînent, après une courte pause (cinq à dix minutes pendant lesquelles le pouls est de nouveau pris), avec l'aérobie. Ils évoluent alors alternativement sur des vélos, un tapis de marche et un rameur. Comme nous l'avons évoqué dans la première partie, un test d'effort est réalisé lors de la journée d'évaluation pré-thérapeutique. Nous nous basons de ce fait sur la puissance maximale développée lors de ce test pour calculer la fréquence cardiaque maximale du patient, et établir ainsi ses plages de travail sur les différents appareils. Le but ici est d'améliorer la capacité aérobie du patient, c'est à dire sa capacité à maintenir à long terme une activité physique à basse ou moyenne intensité. Les patients vont donc travailler sur un appareil pendant un temps donné, puis observer une période de marche afin de récupérer, et passer à un autre appareil pour un nouveau temps de travail. De ce fait, le nombre d'appareil utilisé pendant une séance va diminuer, passant de cinq la première semaine, à un la dernière, pour un même temps total de séance de trente minutes. Le nombre de

séries diminue donc pour laisser place à un temps de travail plus long. La puissance elle aussi va progresser. En se basant sur la fréquence cardiaque maximale (fc max), l'évolution des séances est établie, comme nous pouvons le voir sur le tableau III.

Manutention

La journée se poursuit par la manutention. Cette activité nécessite, lors de la première semaine, une évaluation de la résistance maximale pour le port de différentes charges sur cinq répétitions, qui définit la 5RM. Trois évaluations sont faites. Tout d'abord le port de charge à genoux par intermédiaire du pivot pelvien, ensuite la force du biceps brachial, et enfin les demi squats avec port de charge bras tendus. Notons que seul le thérapeute voit le poids. Le matériel utilisé varie selon la séance. Cela nécessite donc des poids (sac de sable), des tapis, des obstacles, des bâtons, des marchepieds, du matériel de mise en situation (bidons,...), des ballons de Klein, des chevillères, des poids pour la tête, ainsi que des medecin ball. Les locaux nécessaires seront la salle de gymnastique, ainsi que du mobilier (placards bas et haut, tiroirs,...).

Chaque jour une activité différente est proposée aux patients. Le lundi, ces derniers font un exercice à genoux ; ils doivent ainsi passer de la position assise sur les talons à la position genoux dressés, avec un poids dans les

Tableau III - Critères de progression de l'activité aérobie

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5
Nombre d'appareils	5	5 à 4	3	2	1
Temps de travail	6 minutes	8 minutes	10 minutes	20 minutes	30 minutes

mains qu'ils vont poser sur une table face à eux. Ils développent ici le pivot pelvien, faisant travailler leurs muscles fessiers et les quadriceps. Le mardi se déroule autour d'un parcours lors duquel les patients portent un poids et le déposent successivement sur un banc, dans le tiroir d'un bureau, et enfin dans un placard bas. Le thérapeute intervient alors pour corriger la position, et amener le patient à trouver des solutions pour optimiser la manutention. Le parcours est répété cinq fois. Le jeudi un nouveau parcours avec port de charge est proposé aux patients, avec des obstacles, des tapis, et un travail en hauteur. De nouveau cinq passages sont effectués. Le vendredi enfin, un travail sur ballons de Klein est réalisé, avec notamment échanges de ballons avec les mains.

La progression s'effectue à partir de différents critères. Tout d'abord en terme de poids porté : en se basant sur la 5RM, on passe de 25 % de poids porté au début à 50 % à partir de la troisième semaine, 75 % la semaine suivante, et enfin 100 % à la fin pour les activités du lundi, mardi et jeudi. Le vendredi, c'est l'activité proposée qui est source de progrès : les patients réalisent initialement des échanges de ballon à vide, assis sur des ballons de Klein, puis avec des chevillières au poignet, ensuite avec un poids sur la tête, puis ces échanges sont pratiqués avec des médecin ball. La dernière progression sollicite la réflexion du patient, puisque le thérapeute va mettre ce dernier face à des difficultés de la vie quotidienne lors du port de charge afin qu'il puisse s'adapter seul, à sa manière : il n'existe pas de solution unique.

Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique (ETP) se déroule sur une heure et nécessite au moins deux thérapeutes. Les patients sont tous réunis autour d'une table, dans le but de les amener à réfléchir sur différents thèmes, et trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans la vie quotidienne. La mise en place des séances nécessite une évaluation individuelle. Tout d'abord un diagnostic thérapeutique est réalisé, basé sur le ressenti de la personne

face à la connaissance de sa maladie et les conséquences psycho-sociales. Ensuite, le thérapeute réalise un bilan de la vie quotidienne afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées par le patient. Suite à cela, une grille d'évaluation des acquis prévisionnels est réalisée pour chaque patient. Différents thèmes, modifiables en fonction des attentes sont abordés : la reprise d'activité (loisirs, professionnels, sportifs), dans le but de trouver les solutions à mettre en place pour qu'elle soit faite de manière confortable (hydratation, matériel,...) ; les positions statiques prolongées (assis, debout, et allongé), et les situations dans lesquelles on les retrouve (au cinéma, dans les transports en commun), afin de trouver des solutions adaptables, qui pourront par ailleurs être tirées de la première séance ; les situations de la vie quotidienne les plus difficiles selon le patient, ainsi que d'autres thèmes pouvant venir du patient lui-même. Lors des deux dernières séances, les patients écrivent ces situations sur des papiers, et un tirage au sort est réalisé afin de les traiter. Notons que les informations et solutions doivent venir du patient et que le thérapeute oriente ses questions pour l'amener à trouver. Les idées ayant émergé pendant la séance sont notées afin de réaliser un compte rendu. Un questionnaire est rempli par les patients lors de la dernière séance. Les réponses sont vues collectivement. Enfin le compte rendu réalisé par le thérapeute leur est remis et analysé.

Musculation sur appareil

La manutention ou l'ETP signe la fin de la matinée, et les patients ont alors une pause pour déjeuner. L'après-midi est occupée par l'activité de musculation sur appareil. Elle débute par un échauffement de 20 minutes, associant différents mouvements, ainsi que des activités ludiques (ballon, tennis,...). De même que pour la manutention, cette séance nécessite une évaluation de la 5RM sur chaque appareil, ce qui occupera deux jours. Les exercices proposés sont le tiré-nuque, le papillon, le développé couché, le poste à quadriceps, la presse à jambe, et enfin le travail de biceps assis, et debout, avec poids. Chaque

patient travail sur 3 postes par jour, avec un poids défini par la progression. Lors de la première semaine, les patients sont à 50 % de la 5RM, et le thérapeute veille à l'apprentissage du bon positionnement, et du placement de la respiration pendant l'effort. Cinq séries de cinq mouvements sont réalisés, et le temps de repos doit toujours être égal ou supérieur au temps de travail. Entre chaque appareil le patient marche environ deux minutes pour récupérer activement. Lors des deuxième et troisième semaines, les patients travaillent à 75 % de la 5RM, avec un nombre de répétitions identique. La charge passe à 100 % de la 5RM pour les deux dernières semaines, avec la possibilité d'augmenter le nombre de séries jusqu'à 10 en cinquième semaine. Cette activité se conclut par une séance d'étirements d'environ vingt minutes. Ceci clôt la journée, et chaque patient va, comme c'était le cas au début de la journée avec le médecin, donner le ressenti de sa douleur.

Fin de programme

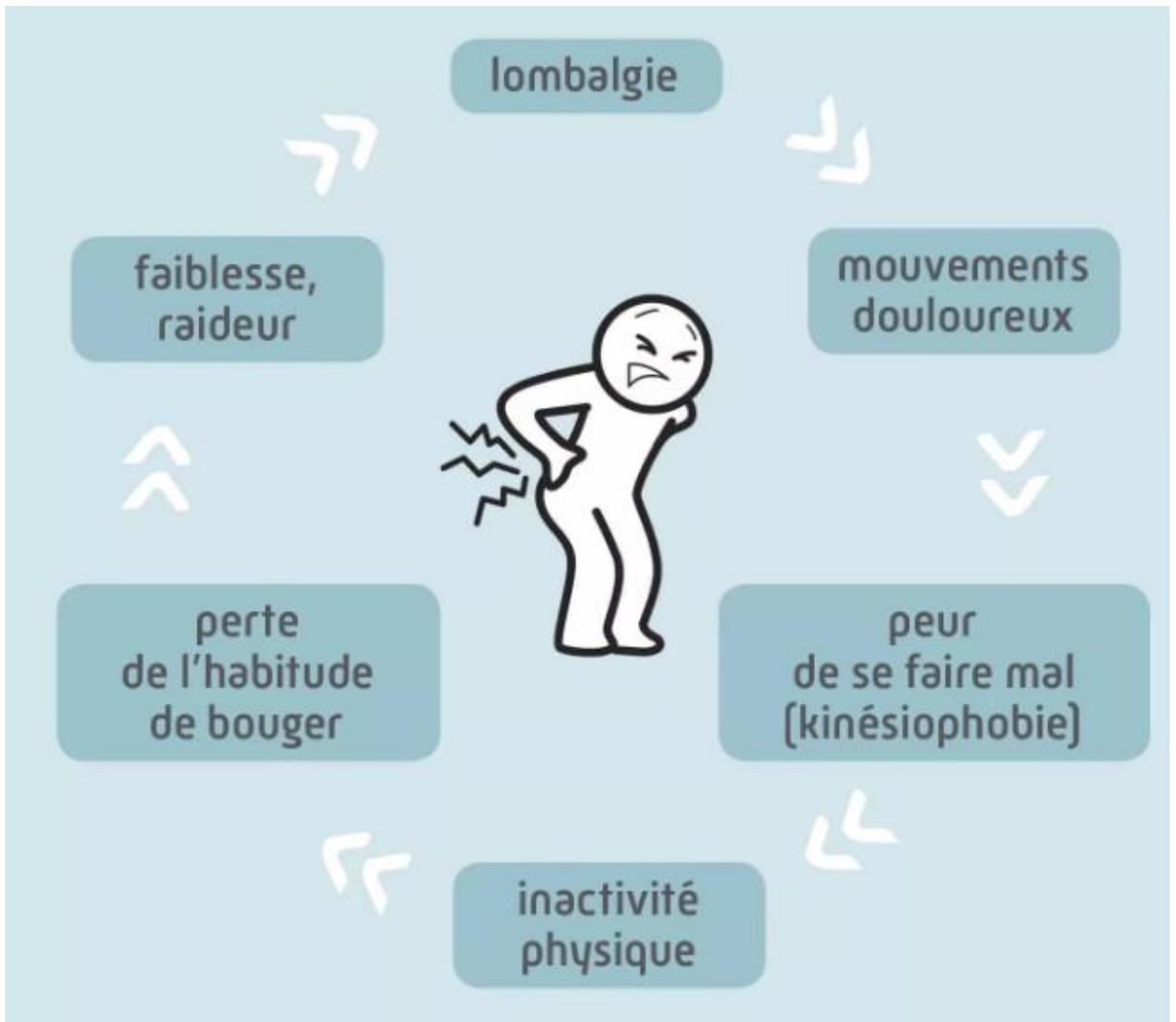
Le programme prend fin par une journée classique, lors de laquelle les activités sont respectées. Notons cependant qu'une évaluation est réalisée, le plus souvent à la place de l'activité aérobie, afin d'objectiver la progression

réalisée par rapport à la journée d'évaluation pré-thérapeutique sur les tests de Schöber, la distance doigt sol, et les évaluations isométriques des muscles du tronc. A cela nous associons d'autres critères tels que la douleur, et les questionnaire et échelles de Dallas et de Québec. Par ailleurs des conseils sont prodigués aux patients quant à l'activité à entretenir après le programme. Une feuille de conseils d'exercices et étirements est remise afin de les guider. Enfin, des évaluations régulières ainsi qu'une consultation avec le médecin seront réalisées à un mois, trois mois, six mois et un an, voire plus, afin d'avoir un suivi régulier, et un retour des patients sur leur évolution suivant le programme de restauration fonctionnelle.

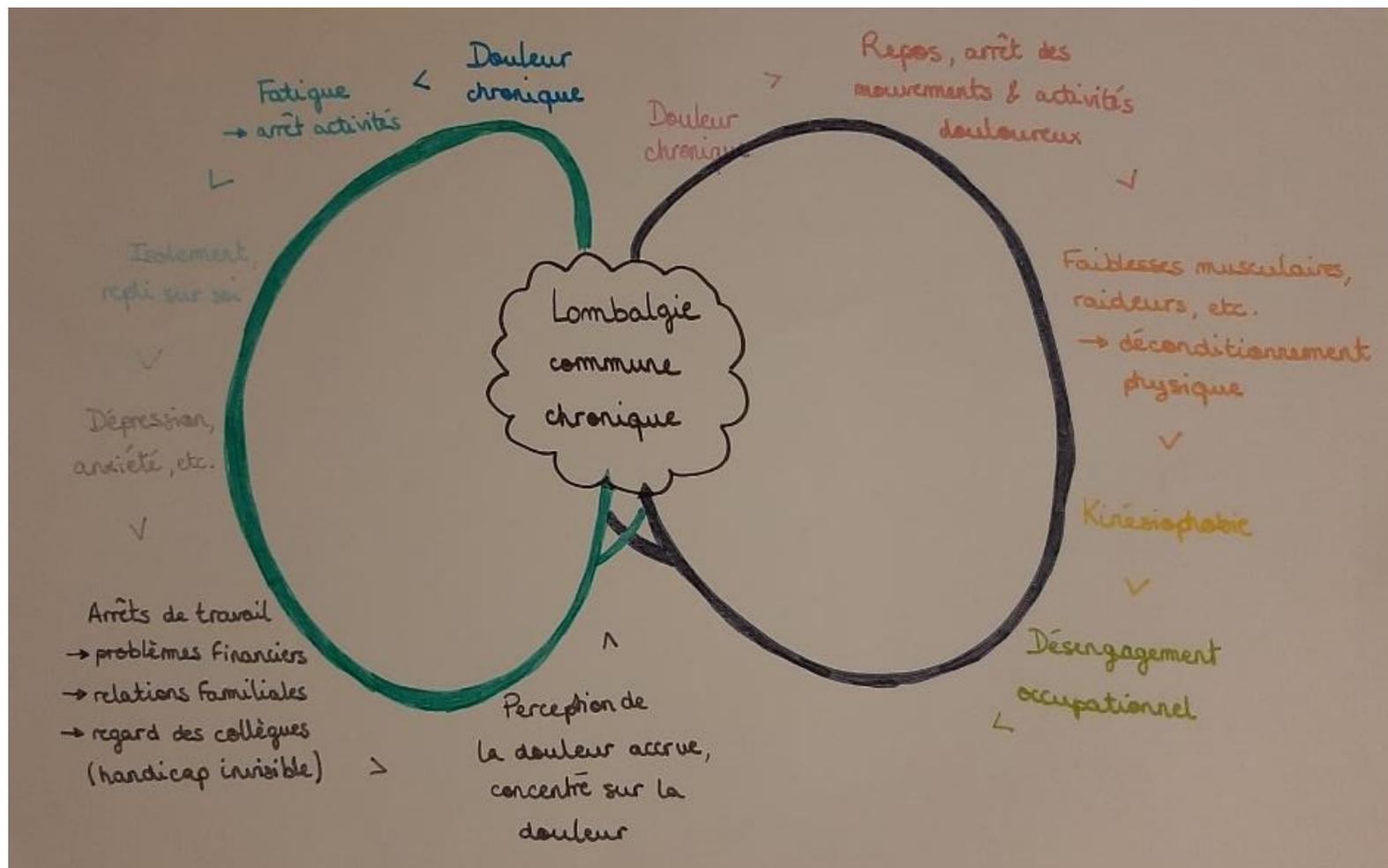
Conclusion

La restauration fonctionnelle est une prise en charge pluridisciplinaire dont l'objectif principal est la remise en activité. Elle s'articule autour d'une évaluation systématique et d'un programme structuré faisant intervenir différents acteurs médicaux et paramédicaux. Les caractéristiques principales de celui-ci sont : le travail en groupe, l'intensité, la progression par palier. Le programme présenté en est une illustration.

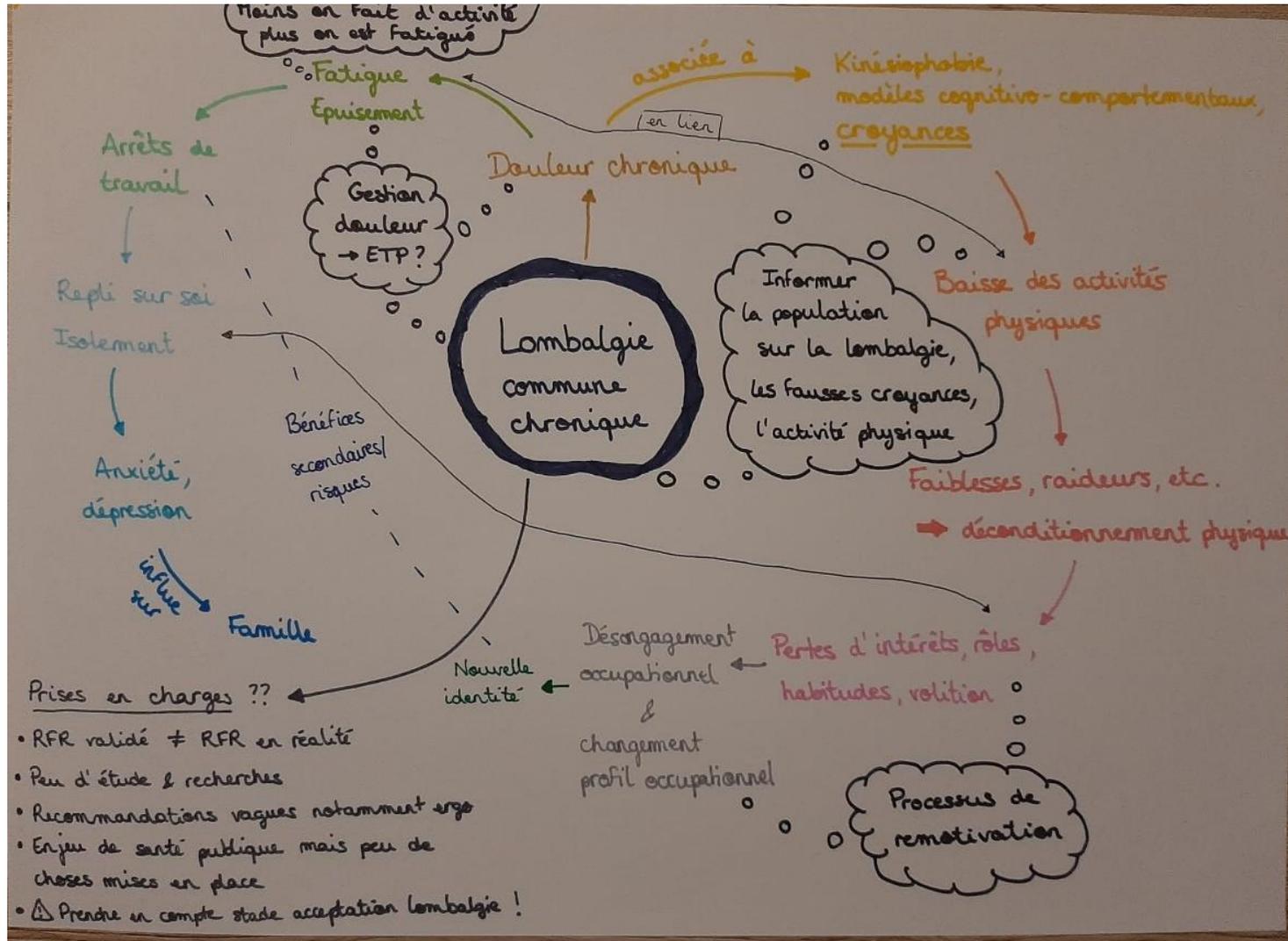
Annexe IV : Cercle vicieux de la lombalgie commune



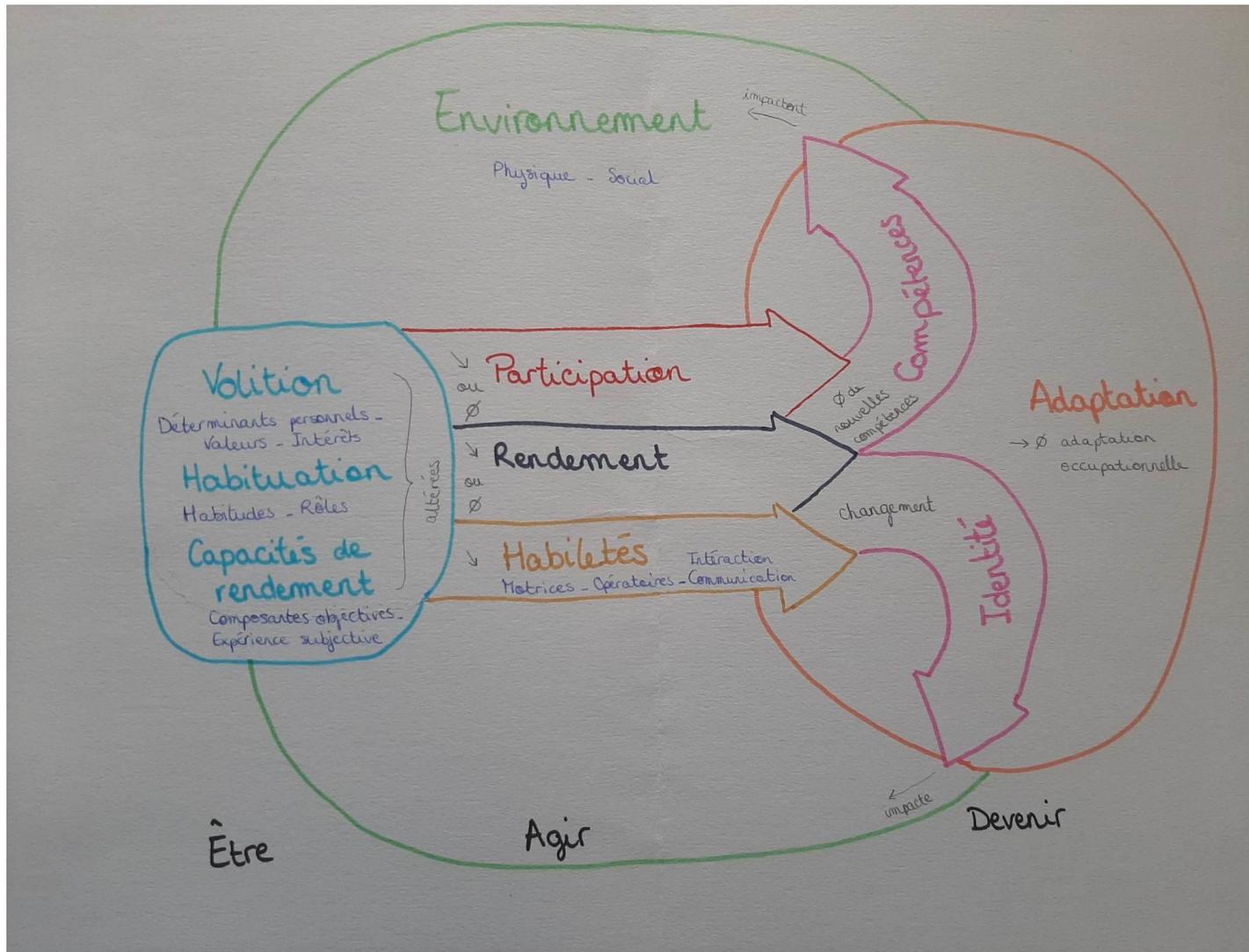
Annexe V : Mon cercle vicieux de la lombalgie commune chronique



Annexe VI : Carte mentale de ma problématisation



Annexe VII : Schéma de l'application du MOH



Annexe VIII : Stratégie de recherche documentaire

Terme	Définition	Synonyme français	Traduction en anglais
Lombalgie commune	Douleur intense au niveau des vertèbres lombaires qui ne présente aucun signe d'alerte répertorié par la HAS.	Douleurs lombaires, mal de dos, lumbago, lombalgie non spécifique.	Non specific low back pain
Lombalgie spécifique / symptomatique	Douleur au niveau des vertèbres lombaires qui est directement liée à une pathologie sous-jacente.	Douleurs lombaires, mal de dos, lumbago.	Specific low back pain
Lombalgie chronique	Douleur intense au niveau des vertèbres lombaires persistante au-delà de trois mois.	Douleurs lombaires continues, mal de dos.	Chronic low back pain
Douleur	Sentiment désagréable et ressenti sensoriel pénible et difficile à supporter, associé à des dommages physiques et/ou psychiques.	Gêne, mal, affliction, calvaire, souffrance.	Pain.
Douleur chronique	Douleur qui est persistante et récurrente, et qui dure au-delà de trois mois.	Mal persistant, souffrance, douleur continue.	Chronic pain.
Activité physique	Mouvement du corps permis par les muscles et nécessitant de l'énergie.	Activités quotidiennes.	Physical activities
Croyances	Être attaché à des idées, des valeurs et des pensées qui ne sont pas objectivées / prouvées.	Opinions, pensées, valeurs, idées.	Beliefs

Annexe IX : Questionnaire

Je m'appelle Chloé, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie. Je fais mon mémoire de fin d'études sur la prise en soin des personnes ayant une lombalgie commune chronique. Ce questionnaire est à destination des adultes ayant ou ayant eu une lombalgie commune chronique afin d'être au plus proche de la réalité dans mes analyses.

Ce questionnaire est anonyme. Les données seront utilisées uniquement dans le cadre de mes recherches et ne seront pas publiées à d'autres fins.

La durée pour remplir le questionnaire est estimée à environ 10 minutes.

Pour information, la **lombalgie commune chronique** (LCC) se définit par des douleurs lombaires qui peuvent être localisées ou diffuses et qui ne présentent **aucun lien avec une pathologie** (ex : hernie discale, spondylarthrite ankylosante, fracture traumatique). Ce sont des douleurs qui durent depuis **plus de 3 mois**.

- 1) Qui êtes-vous ?
- 2) Quel âge avez-vous ?
- 3) Quel est votre métier ?
- 4) Pourriez-vous décrire l'histoire de votre LCC ?
- 5) Vous souvenez-vous de votre première douleur lombaire ?
- 6) Pourriez-vous expliquer le contexte et votre ressenti à la venue de votre première douleur lombaire ?
- 7) En quoi votre douleur impacte votre quotidien ?
- 8) Avez-vous été en arrêt de travail suite à votre lombalgie ?
- 9) Combien d'arrêt de travail avez-vous eu jusqu'à maintenant ?
- 10) Quelle a été la durée moyenne de vos arrêts de travail ?
- 11) Quel(s) était(ent) le(s) motif(s) de votre(vos) arrêt(s) ?
- 12) En quoi votre LCC a-t-elle impacté le quotidien de vos proches ?
- 13) Quelle est votre participation dans les activités quotidiennes ?
- 14) Qu'entendez-vous par activité physique ?
- 15) Quelle(s) activité(s) physique(s) pratiquez-vous ?
- 16) Combien de fois par jour (en semaine) estimez-vous faire une activité physique ?
- 17) Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous réalisez l'ensemble des activités physiques ?

- 18) En quoi la réalisation de vos activités du quotidien est un besoin pour vous ?
- 19) Vous sentez-vous épanoui(e) dans vos activités actuellement ?
- 20) Lors de vos activités de vie quotidienne, à combien évaluez-vous vos douleurs ?
- 21) Pourriez-vous décrire ces douleurs ?
- 22) Lors de la pratique de vos activités de loisirs, à combien évaluez-vous vos douleurs ?
- 23) Pourriez-vous décrire ces douleurs ?
- 24) Pourriez-vous nommer une(des) activité(s) que vous aimez faire ?
- 25) Combien de temps pouvez-vous passer à faire cette(ces) activité(s) que vous aimez ?
- 26) Pourriez-vous me dire ce que vous évoque les « croyances » autour de la LCC ?
- 27) Avez-vous participé à un programme d'éducation à la santé ?
- 28) Etiez-vous :
- 29) En groupe, combien y avait-il de participants ?
- 30) Lors de ce programme, quels professionnels étaient présents ?
- 31) De quel type de programme s'agissait-il ?
- 32) Qu'avez-vous retenu des séances du programme d'éducation à la santé ?
- 33) Quelles ont été les grandes notions abordées durant ce programme ?
- 34) Quelles étaient vos activités avant le programme d'éducation à la santé ?
- 35) Quelles sont vos activités actuellement (après le programme d'éducation à la santé) ?
- 36) D'après vous quels sont les comportements à adopter dans le cadre de votre LCC ?
- 37) Comment ont évolué vos croyances vis-à-vis de la LCC après avoir suivi un programme d'éducation à la santé ?
- 38) Comment votre représentation de l'activité physique vis-à-vis de la LCC a changé après avoir suivi un programme d'éducation à la santé ?
- 39) En quoi pensez-vous que le programme d'éducation à la santé vous a été bénéfique ou non ?
- 40) D'après vous quels sont les comportements à adopter dans le cadre de votre LCC ?
- 41) Pensez-vous que vos représentations et vos idées sur votre LCC ont évolué entre le début et la fin de votre prise en soin ? Expliquer

Merci pour votre participation. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Vous allez contribuer à l'avancement de mon mémoire de fin d'étude.

Si vous êtes intéressé pour échanger autour de ce sujet, ou d'avoir un retour sur mon travail de recherche je vous laisse m'indiquer votre adresse mail :

Annexe X : Matrice conceptuelle

Hypothèse de recherche	Variable	Critère de recherche	Indicateurs	Modalités de réponse	Items
L'ergothérapeute par l'éducation à la santé permet la déconstruction des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique.	Variable indépendante : L'ergothérapeute par l'éducation à la santé	Modalités du programme d'éducation à la santé	Type de séance	Seul(e) En groupe	Q28
			Nombre de participants	Liste déroulante de 2 à + de 10 (2 = deux participants et + de 10 = plus de 10 participants)	Q29
			Type de professionnels	Médecin Kinésithérapeute Ergothérapeute Infirmière Diététicienne Psychologue Autre	Q30
			Contenu des séances	Citations des personnes interrogées Gestes d'économie rachidienne Activité physique Fonctionnement du dos d'un point de vue anatomique	Q32 Q33

				<p>Cercle vicieux de la douleur chronique</p> <p>Mises en situations d'activités de vie quotidienne (exemple : faire la vaisselle)</p> <p>Autre</p>	
			<p>Type de programme d'éducation à la santé</p>	<p>Ecole du dos</p> <p>Programme de Restauration fonctionnelle du Rachis (RFR)</p> <p>Mc Kenzie</p> <p>Programme d'éducation thérapeutique</p> <p>Formation aux gestes et postures</p> <p>Autre</p>	<p>Q31</p>
			<p>Bénéfice ou non du programme d'éducation à la santé</p>	<p>A faire / A éviter ou ne pas faire :</p> <p>Réduire les activités</p> <p>Maintenir les activités</p> <p>Augmenter les activités</p> <p>Renforcement musculaire</p> <p>Faire des gestes répétitifs</p> <p>Postures prolongées</p> <p>Faire des étirements</p>	<p>Q36, Q40</p>

				Porter des charges lourdes Citation des personnes interrogées	Q39	
	Variable dépendante : La déconstruction des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique	Absence des croyances	Représentation du terme croyance	Citations des personnes interrogées	Q26	
		Représentation de la douleur	Souvenirs autour de la première douleur	Oui/non	Q5	
				Citations des personnes interrogées	Q6	
			Impacts de la douleur au quotidien	Citations des personnes interrogées	Q7	
				Oui/non Liste déroulante de 1 à + de 10 (nombre d'arrêt de travail) Citations des personnes interrogées Citations des personnes interrogées	Q8 Q9 Q10 Q12	
	Conséquences des croyances de la personne sur sa lombalgie commune chronique	Evolution des activités	Citations des personnes interrogées	Q34		
			Citations des personnes interrogées	Q35		
	L'ergothérapeute par l'utilisation de l'activité physique permet à la personne de	Variable indépendante : l'ergothérapeute par l'utilisation de l'activité	Maintien de l'activité physique	Type d'activité physique	Citations des personnes interrogées Citations des personnes interrogées	Q14 Q15
				Fréquence de l'activité physique	Echelle linéaire de 0 à 10 (0= aucune activité physique par jour à 10 et + de 10 activités)	Q16

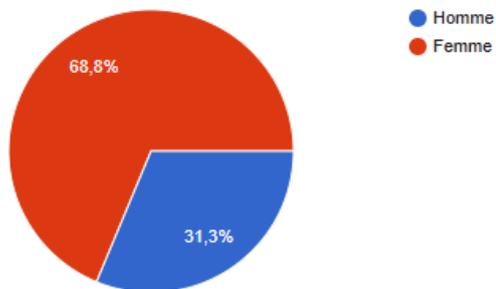
prendre conscience de ses fausses croyances et par conséquent favorise la participation occupationnelle de la personne.	physique		par jour	physiques par jour)	
	Variable dépendante 1 : la prise de conscience de la personne de ses fausses croyances sur sa lombalgie commune chronique	Prise de conscience des croyances	Evolution de la pratique d'activité physique entre le début et la fin du programme d'éducation à la santé	Citations des personnes interrogées Citations des personnes interrogées Citations des personnes interrogées	Q37 Q38 Q41
	Variable dépendante 2 : La participation occupationnelle de la personne avec une lombalgie commune chronique	Atteinte du flow lors de la pratique des activités physiques	Absence de douleur lors des activités physiques	Echelle de la douleur (de 0 = aucune douleur à 10 = douleur insoutenable)	Q20
				Citations des personnes interrogées	Q21
				Echelle de la douleur (de 0 = aucune douleur à 10 = douleur insoutenable)	Q22
				Citations des personnes interrogées	Q23
		Temps ressenti en activité	Je ne vois pas le temps passer Je trouve le temps long Je ne peux pas y passer trop de temps Autre	Q25	
	Participation occupationnelle optimale	Implication de la personne dans l'activité	Echelle linéaire de 0 à 10 (0=je ne participe pas du tout à 10=je participe à toutes les activités du quotidien)	Q13	
		Répond à un désir,	Oui / non / autre	Q17	

			un besoin de la personne	Citations des personnes interrogées	Q18
			Epanouissement personnel	Oui / non	Q19

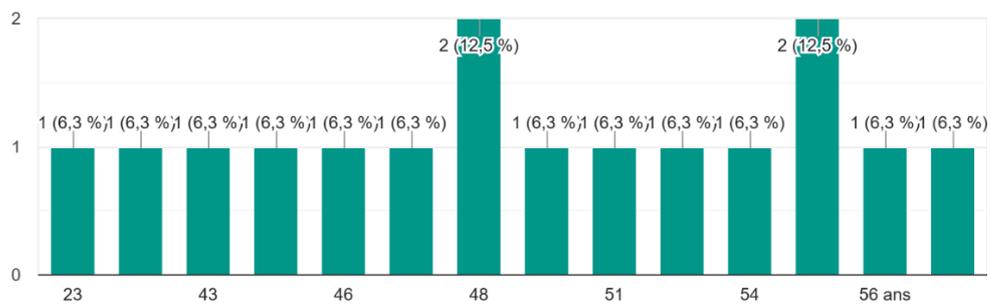
INFORMATIONS PERSONNELLES : Q1, Q2, Q3, Q4, Q11, Q24, Q27

Annexe XI : Résultats bruts du questionnaire

Q1 : Qui êtes-vous ?



Q2 : Quel âge avez-vous ?



Q3 : Quel est votre métier ?

- Employé de banque
- Manipulatrice en radiologie
- Analyste bancaire
- Responsable Rh
- Agent de production de matelas
- Enseignant
- Aide à domicile
- Photographe et guide de rando moto
- Infirmière libérale
- Bibliothécaire
- Infirmière

- Juriste
- Employé de banque
- Gestionnaire approvisionnement
- Maçon
- Animatrice en accueil de loisirs

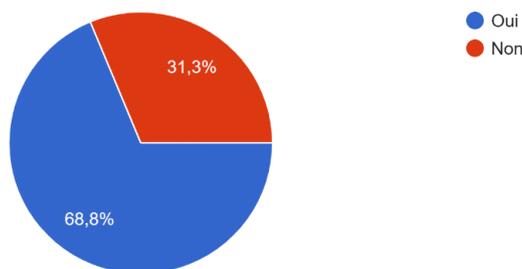
Q4 : Pourriez-vous décrire l'histoire de votre LCC ?

- Je fais des lombagos environ 2 fois par an depuis plus de 20 ans
- Commence par un lombago, puis plusieurs ...
- cela a commencé sans raison particulière, un matin je n'arrivais plus à me tenir droite ... obligée de me coller contre un mur pour me redresser
- Lombago il y a 3 ans puis douleurs de plus en plus rapprochées et maintenant quotidienne et de plus en plus fortes. Discopathie L5S1 dégénérative avancée et L-4L5 avec un modic 1. Rhumato + 3 infiltrations + kine plus pleins de chose ma chiropracteur ostéopathe médecine chinoise coupeur de feu..... Sous anti douleur au quotidien des méthodes douces comme la sophrologie et l'auto hypnose me permettent d'adoucir un peu le quotidien
- Douleur dans le bas du dis à gauche et irradiation dans les 2 jambes jusqu'au doigts de pied
- début il y a 20 d'épisodes lombalgiques, il y a 2 ans sciatique paralysante, depuis LCC.
- C'était un jour de repos. Je ne faisais aucun effort puisque je me coiffais et là une douleur insoutenable et brutale m a prise dans le dos et la jambe gauche. Je me suis affalée sur le bord de ma baignoire et là je ne pouvais ni me relever et marcher tellement la douleur était forte. Aussi ma hanche me paraissait comme bloquée. Ceci m est arrivé à 12h. J étais à l'étage. Je suis redescendue très très péniblement au rez de chaussée à l'aide de mon balai et celui de mes enfants. Il a fallu que je patiente jusqu'à 16h pour que mon compagnon vienne me chercher car ni les pompiers ni les urgences n'ont pu se déplacer. Mon compagnon travaillait hors du département. Du fait je suis arrivée à l'hôpital à 16h. On n'a pu me prendre en charge qu'à partir de 23h30. Ensuite les docteurs ont eu du mal à me calmer un peu la douleur. Ensuite j'ai été hospitalisée pendant une semaine dont quatre jours où je ne pouvais pas poser les pieds par terre sauf pour les besoins naturels et les examens des médecins. Tout

ça en cramponnant le pied à perfusion. Cela fait 17 mois. Et ça dure encore malheureusement. Et c'est la deuxième fois.

- Les douleurs sont apparues autour de mes 30 ans et se sont accentuées en fonction de la charge de mes activités.
- Douleurs lombaires chroniques depuis de nombreuses années sans réelles explications
- J'ai toujours eu des douleurs au dos, depuis l'adolescence et cela c'est accentué au fil du temps
- Canal lombaire étroit. Discopathie dégénérative L5-S5. Saille discale.
- La première fois fut après des travaux physiques. Ensuite ça revient régulièrement malgré la ceinture lombaire. L'ostéo me détend les psoas qui sont source de tensions et m'a donné des mouvements et étirements à faire pour le quotidien et éviter que cela ne revienne. Et ça marche quand on les fait...
- Depuis 4 ans les douleurs qui s'intensifient
- Douleur lombaire irrégulière dans le début de la maladie puis sur 1 an douleur constante et plus aiguë. Du au métier pratiquer.
- J'ai commencé à avoir des douleurs au niveau des lombaires en novembre 2019

Q5 : Vous souvenez-vous de votre première douleur lombaire ?



Q6 : Pourriez-vous expliquer le contexte et votre ressenti à la venue de votre première douleur lombaire ?

- coup de poignard dans le bas du dos. Cela m'arrive sans prévenir. Il n'y a pas de signes précurseurs
- Lumbago aigu
- Aucun contexte précis

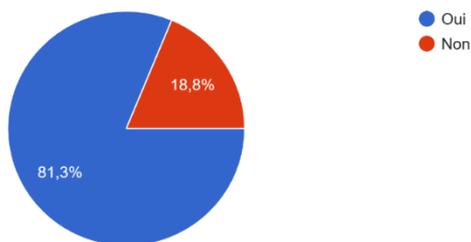
- Un lumbago fulgurant à mes 15 ans lorsque je travaillais à décharger des camions. Venue du médecin à la maison et injection par seringue.
- Lors d'un accident du travail, Fortes douleurs et blocage. J'ai de suite compris que cela n'était que le début des problèmes. Cela dure depuis 2007
- Au réveil, douleurs, décharges électriques janvier 2022
- Je ne me souviens pas exactement mais le moindre mouvement me faisait très mal. Impossible de se détendre, il fallait rester allongé. Il a fallu plusieurs jours pour en sortir.
- Je pensais à un simple mal de dos car la douleur est survenue d'un seul coup, j'ai consulté le médecin du moment que le paracétamol ne faisant pas d'effet.
- 1er douleur lombaire survenue à 14 ans sur des gestes répétitif.
- Pour le contexte, c'était dans le cadre d'un travail d'agent de service de nettoyage. Le ressenti de la douleur a été quand j'ai voulu me relever d'une position. Et que j'ai eu du mal à la faire, j'ai toute suite senti la douleur au niveau de mes lombaires.

Q7 : En quoi votre douleur impacte votre quotidien ?

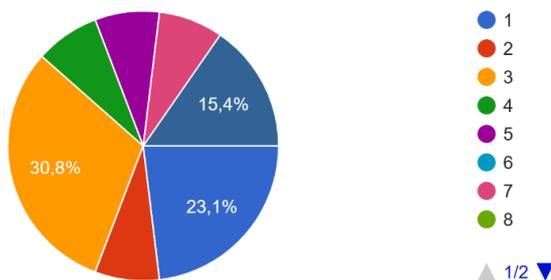
- douleur violente invalidante puisque je suis "bloqué", c'est à dire que dans le pire des cas je dois rester au lit (maxi 4 semaines). La plupart du temps cela dure une semaine
- Limiter dans passage aspirateur +serpillière, port de grosses courses, jardinage, beaucoup moins d'envie de bouger, de faire à manger(station debout difficile):douleurs redoutées
- je ne peux pas rester assise trop longtemps notamment au bureau où j'ai du adapter mon poste de travail et je fais en sorte de me lever régulièrement
- Oui
- M'empêche de marcher, changement d'organisation
- elle me limite dans mes activités y compris sociales
- Je n'ai toujours pas repris mon travail. Ça épiète sur toute ma vie au quotidien.
- Moral, report de taches, réorientation pro
- Difficulté à rester dans la même position (debout, couchée, assise), besoin de changer de position très vite
- Difficulté à effectuer les tâches quotidiennes et je ne supporte plus la voiture sur des longs trajets

- Difficultés à soulever les patients du lit vers les fauteuils
- Difficultés pour marcher ou se tenir debout longtemps
- L'impact c'est le besoin de se détendre régulièrement, d'être attentif pour éviter les positions qui demandent un trop grand effort sur la durée.
- La douleur m'empêche de faire certaine chose car la douleur est très intense en fin de journée.
- Impacté sur tout les gestes du quotidien. Du lever au coucher
- Cela a un impact sur mon travail, je peux toujours le pratiquer mais je peux avoir du mal à faire certaines choses qui peuvent pourtant être simple. Et dans ma vie personnelle où certaines personnes ne comprennent pas puisque cela ne se voit pas.

Q8 : Avez-vous été en arrêt de travail suite à votre lombalgie ?



Q9 : Combien d'arrêt de travail avez-vous eu jusqu'à maintenant ?



Q10 : Quelle a été la durée moyenne de vos arrêts de travail ?

- 7 jours
- 5 jours
- 1 mois et toujours en arrêt

- Pour la première crise en 2019 : 2 mois 1 /2-3 mois et là depuis le 10 octobre 2021 et ce n'est pas terminé.
- Je ne me rappelle pas précisément sauf 2 lumbago nécessitant des injections. Puis artisan, je m'écoutais encore moins ... Le principal arrêt était lors de mon hospitalisation.
- 3 à 4 mois
- 4
- 1 mois
- 1 mois
- 15 jours

Q11 : Quel(s) était(ent) le(s) motif(s) de votre(vos) arrêt(s) ?

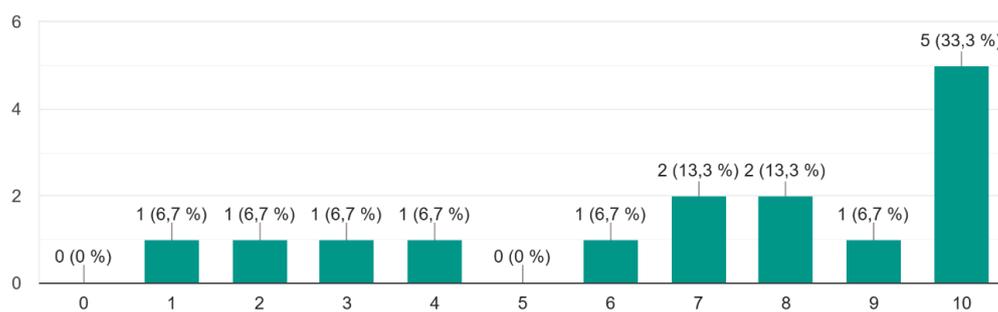
- Lumbago ou lombalgie
- Blocage du dos, mouvements très difficiles, travail du coup impossible
- Blocage infiltrations
- Mal de dos et tendinopathie bras droit jusqu'aux cervicales
- Incapacité à me déplacer
- Lombosciatique
- Lumbago puis hospitalisation pur l'Ecole du Dos
- Lombalgies chroniques, lumbago
- Certificat du médecin traitant, IRM, ENMG
- Lombalgie
- Douleur lombalgique
- Prise en charge dans un centre de rééducation et d'adaptation physique es sportive clinique ramsay a la rochelle
- Douleurs lombaires

Q12 : En quoi votre LCC a-t-elle impacté le quotidien de vos proches ?

- je ne peux rien faire. Il faut donc m'accompagner des les actes du quotidien. Exemple. je ne peux pas m'habiller, etc...

- Courses, aspirateur pris en charge par mon conjoint, stations debouts prolongées à éviter.. Psychologiquement pas facile à vivre d'avoir toujours mal, ou très souvent, donc pas facile pour le conjoint non plus (humeur changeante)
- pas d'impact pour eux
- Handicap dans les activités quotidiennes sport vacances activités vie intime
- Non
- Je ne peux plus faire autant de choses avec mes enfants. Je suis beaucoup plus fatiguée.
- J'essaye de ne pas les impacter, même s'ils sont compréhensifs. Par ailleurs, je vis seul, donc je fais tout chez moi.
- En rien, je ne le dis pas
- Je n'en parle pas
- Dépendance
- Aucune
- Moins d'activités, promenade ...
- Impacte physiologique suite à une dépression passive de ma part
- Ils font attention à ce que je porte pas de choses trop lourdes. Me viennent en aide quand ils voient que j'ai du mal

Q13 : Quelle est votre participation dans les activités quotidiennes ?



Q14 : Qu'entendez-vous par activité physique ?

- Je fais du jardinage, et je vais faire du sport dans une salle (Basic fit).
- Pratiquer une activité pendant laquelle on se dépense. Dépenses énergétiques, défolement, libération du stress et prise de plaisir

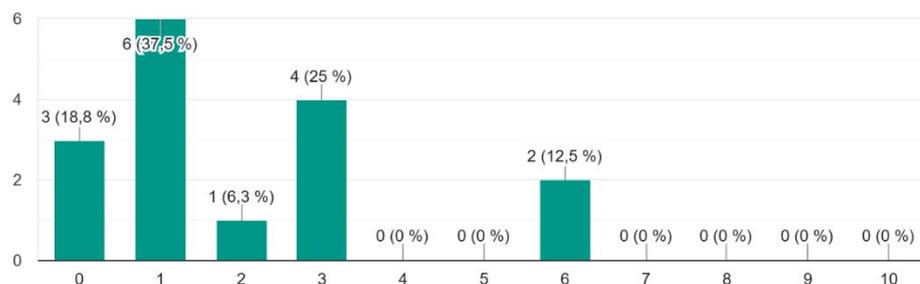
- Sports permettant de détendre le dos
- Sport
- Sport, marcher, vélo
- Réaliser des efforts physiques
- Sport.
- La transpiration
- Sport, marche, danse
- Il faut bouger
- La marche
- Marche – sport – ménage
- Sport, neat, marche, nb de pas ...
- Zumba
- Le travail
- L'activité physique regroupe les activités de la vie quotidienne, la pratique sportive et les loisirs.

Q15 : Quelle(s) activité(s) physique(s) pratiquez-vous ?

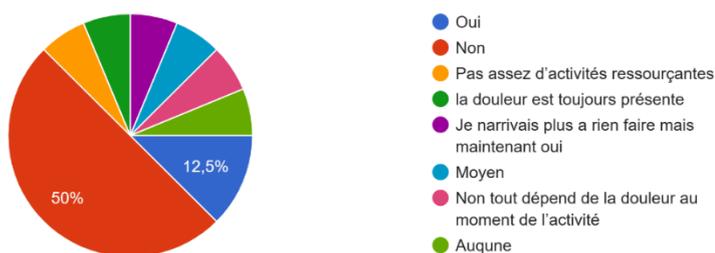
- Sport en salle (cardio) 1 à 2 fois par semaine
- Yoga, marche
- Vélo, natation et yoga
- Yoga et étirements
- Je ne fais plus rien
- Vélo et jardin
- Marche et qi gong médical. La cuisine. Le ménage de la maison. Les exercices de kiné au cabinet mais aussi à la maison. Un peu de jardinage. (Ramasser les herbes). Tout ça à mon rythme.
- Mon travail, et la continuité de la formation reçue à l'Ecole du Dos
- Marche, danse
- Marche
- La marche
- Rien
- Salle de sport pour musculation et cardio

- Yoga
- Aucune
- Les activités de la vie quotidienne (ménage, repassage, vaisselle, cuisine) La pratique sportive (piscine, marche, salle de sport)

Q16 : Combien de fois par jour (en semaine) estimez-vous faire une activité physique ?



Q17 : Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous réalisez l'ensemble des activités physiques ?

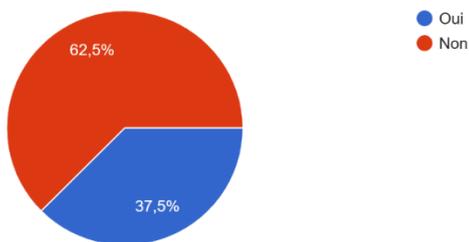


Q18 : En quoi la réalisation de vos activités du quotidien est un besoin pour vous ?

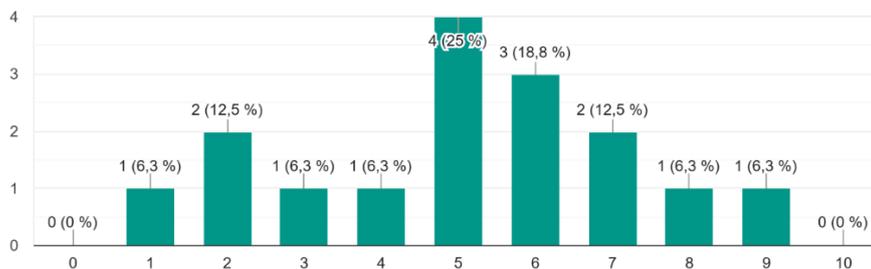
- Pour ressentir un mieux « être » et me déverrouiller (jardinage, sport)
- Besoin de ne pas se sentir diminuée et un fardeau pour les autres
- Rester la même personne
- C un besoin naturel
- Le bien au moral
- Je suis seul et ne dispose pas d'aides
- Ca me permet de bouger, de m'entretenir et ça m'aide à moins souffrir par le mouvement.
- Personne ne les fait pour moi
- Si je ne les fait pas, c'est pire

- Autonomie préservée et ne pas se sentir diminuée malgré les douleurs
- Rester active pour éviter de devenir grabataire
- Très important
- Rester actif
- Pour éviter de me sentir diminuer
- Aucun besoin
- Cela m'aide à vivre avec mes douleurs, et également à ne pas se laisser aller. Et de savoir que je suis capable de les réaliser malgré la douleurs.

Q19 : Vous sentez-vous épanoui(e) dans vos activités actuellement ?



Q20 : Lors de vos activités de vie quotidienne, à combien évaluez-vous vos douleurs ?

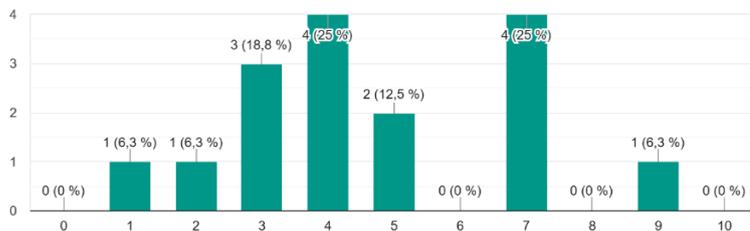


Q21 : Pourriez-vous décrire ces douleurs ?

- Douleur lancinante dans la bas du dos
- Surtout nocturnes
- Persistantes, sourdes ou aigües et sans pause
- Au fil des activités la douleur s'accroît brûlure tension musculaire tassement osseux jusqu'au repos obligatoire
- Pointe au niveau lombaire gauche et irradiation dans les jambes
- étau autour des orteils, paresthésie dans le bas des jambes

- Douleurs sciatiques et cruralgiques dans les deux jambes. Et bien sûr dans le dos.
- Une douleur fluctuante concentrée sur un point dans mon dos. Plus j'enchaîne les journées "actives", plus la douleur s'installe.
- Mal au dos, mal aux jambes
- Douleurs qui irradient dans le bassin et les jambes, parfois très handicapantes
- Insupportable
- Douleurs lombaires, douleurs au pied droit fourmillements
- Contraction et légers picotements
- Décharge électrique, sensation d'une barre en bas du dos
- Pincement, choc à Électrique
- Certaines fois, elles peuvent apparaître sur certaines activités et pas sur d'autres ou sur toutes les activités que je vais pouvoir réaliser, elles sont surtout situés dans le bas du dos.

Q22 : Lors de la pratique de vos activités de loisirs, à combien évaluez-vous vos douleurs ?



Q23 : Pourriez-vous décrire ces douleurs ?

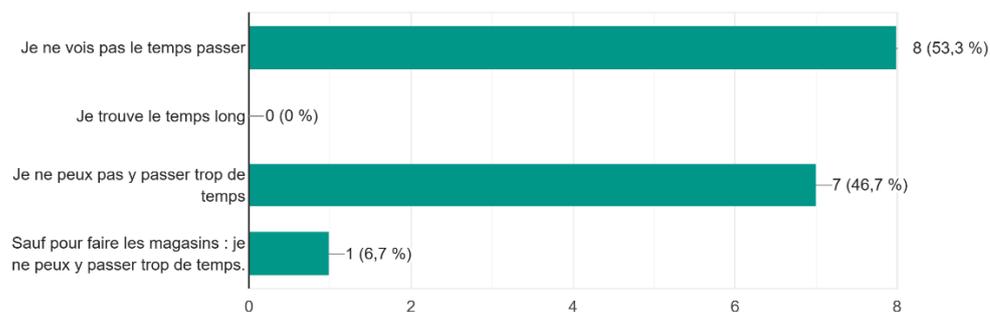
- Douleur lancinante dans la bas du dos
- Douleurs de tension
- Blocage tension. Brûlures tassement
- Idem
- Etau, lancements de décharges électriques
- Coups d'électricité spontanés dans les jambes. Et des démangeaisons dans les jambes. Des impatiences.
- Une douleur fluctuante concentrée sur un point dans mon dos. Plus j'enchaîne les journées "actives", plus la douleur s'installe.
- Pareil, mal au dos et aux jambes

- Moindre surtout si je marche
- Douleurs lombaires, douleurs au pied droit fourmillements
- Pareil
- Décharge électrique, douleur dans les jambes, impatience
- Pincement, choc électrique
- Elles sont surtout situés dans le bas du dos

Q24 : Pourriez-vous nommer une(des) activité(s) que vous aimez faire ?

- Marche
- Marche
- Jardinage
- Lire
- Jardinage, vélo, marche, cuisine
- Randonnée
- Jardin
- La marche. La cuisine. Faire les magasins avec mes enfants.
- Nager, rouler en 2 roues
- Danse
- La marche
- Etre au bureau assise à travailler
- Muscu
- Vélo, yoga, piscine
- Jouer avec ma fille
- En activité sportive (piscine, salle de sport). En activité de loisirs (foot, hand).

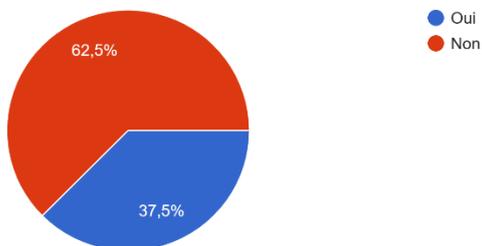
Q25 : Combien de temps pouvez-vous passer à faire cette(ces) activité(s) que vous aimez ?



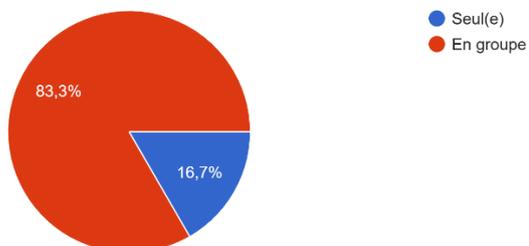
Q26 : Pourriez-vous me dire ce que vous évoque les « croyances » autour de la LCC ?

- C'est le mal du siècle
- Définitives
- Ça ne m'évoque rien
- Non
- Rien
- Non, je ne sais pas définir « croyances »
- Je ne sais pas
- Tout le monde sait mais personne ne sait vraiment ...
- En 4 ans de douleur aucune solution trouvée pour me soulager ne serait-ce qu'une journée
- Etant donné que les gens ne voient pas et ne ressentent pas la douleur et ils peuvent penser que nous avons juste un petit mal de dos qui va passer et que cela ira mieux après.

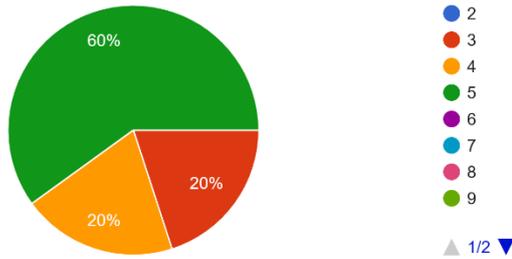
Q27 : Avez-vous participé à un programme d'éducation à la santé ?



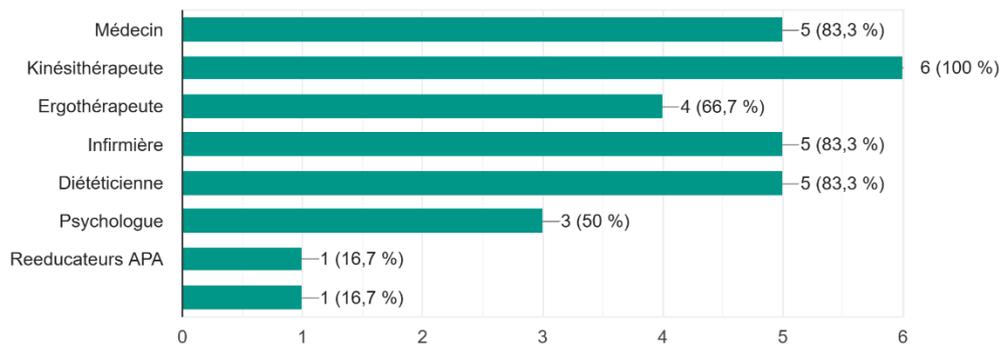
Q28 : Etiez-vous :



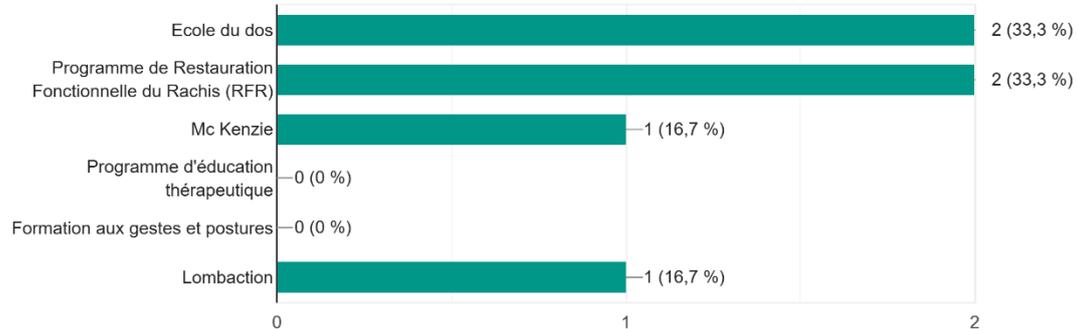
Q29 : En groupe, combien y avait-il de participants ?



Q30 : Lors de ce programme, quels professionnels étaient présents ?



Q31 : De quel type de programme s'agissait-il ?

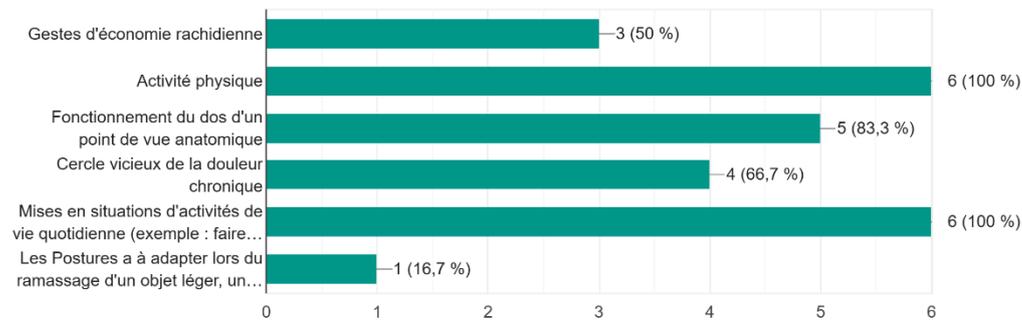


Q32 : Qu'avez-vous retenu des séances du programme d'éducation à la santé ?

- Il faut une activité physique régulière et douce
- Bouger, bouger et bouger pour lubrifier l'ensemble des articulations, cartilages ... et ne pas se rigidifier
- Bienfaits total au moral et ma redonné la motivation et confiance
- Beaucoup de propositions afin de mieux se gérer
- Musclé la ceinture lombaire et abdominale pour tenir la colonne vertébrale
- Qu'il faut continuer de faire bouger notre corps, pour apprendre à vivre avec notre douleurs, de réfléchir en mode ECO (environnement, corps, Organisation). Que le fait

de faire de l'activité physique ne va pas forcément nous faire avoir plus mal au dos qu'avant.

Q33 : Quelles ont été les grandes notions abordées durant ce programme ?



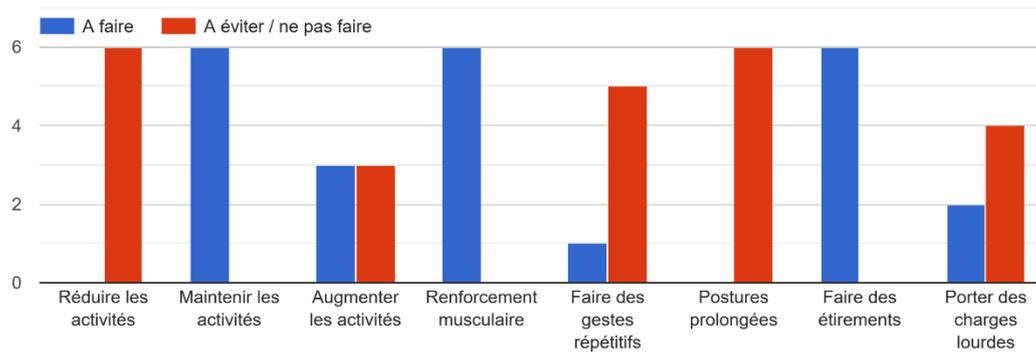
Q34 : Quelles étaient vos activités avant le programme d'éducation à la santé ?

- Les mêmes que maintenant
- Yoga, marche
- Pas grand-chose, canapé, chips ...
- Activités professionnelles
- Piscine

Q35 : Quelles sont vos activités actuellement (après le programme d'éducation à la santé) ?

- Jardinage et sport
- Yoga, marche plus longue et plus rapide, escalade (fin il y a 4 jours)
- Faire du sport, marcher, aller à la piscine
- Cardio + reconditionnement physique
- Piscine, salle de sport, marche

Q36 : D'après vous quels sont les comportements à adopter dans le cadre de votre LCC ?



Q37 : Comment ont évolué vos croyances vis-à-vis de la LCC après avoir suivi un programme d'éducation à la santé ?

- Mc Kenzie m'a appris que certaines positions, que je croyais défendues, étaient conseillées
- Il ne faut pas chercher à limiter ses mouvements ou activités mais renforcer ses muscles pour soutenir son dos
- Je sais pas
- Croyances ???
- C'est une maladie qui ne guérit pas mais on peut apprendre à vivre avec et adapter son rythme de vie suivant ces douleurs
- Grâce à la réadaptation on apprend à vivre avec nos douleurs et on réapprend à bouger notre corps sans crainte. On apprend que l'on peut quand même réaliser des activités physiques malgré nos douleurs et que ce n'est pas forcément cela qui nous fera le plus de mal.

Q38 : Comment votre représentation de l'activité physique vis-à-vis de la LCC a changé après avoir suivi un programme d'éducation à la santé ?

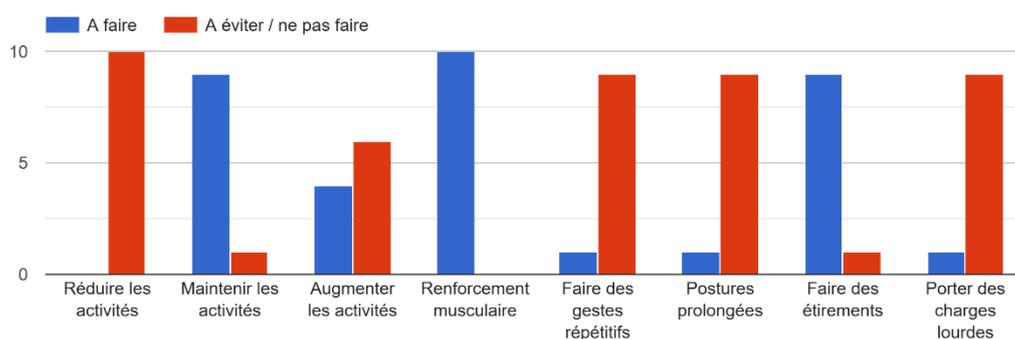
- Il faut tenir compte des signes d'alerte envoyés par le corps.
- L'activité physique permet de reprendre confiance en son corps, en ses possibilités physiques, en ce qu'il peut accomplir
- Ça a changé, je me sens plus à l'aise pour reprendre mes activités, je ne porte plus attention au regard des autres
- Positivement
- Ne pas trop en faire et surtout écouter son dos, il faut aller progressivement.

- On fait de l'activité physique tous les jours, puisque cela comporte les activités de la vie quotidienne, la pratique sportive et les loisirs. Le fait de réaliser cela change la façon de voir les choses sur les moments où on a potentiellement plus mal ou non. Il y a différents types de douleurs, et cela permet à chacun de voir de quoi il est capable au niveau de l'activité physique après le programme.

Q39 : En quoi pensez-vous que le programme d'éducation à la santé vous a été bénéfique ou non ?

- Bénéfique car il permet de mieux comprendre la pathologie
- A voir sur le long terme
- Regain de confiance
- Le programme nous remet en condition de faire, donc en confiance.
- Très bénéfique on apprend à connaître la maladie sous toute les forme et on trouve des solution pour pouvoir réduire les douleurs.
- Je pense qu'il m'a été bénéfique puisqu'il m'a montré que j'étais capable de faire de l'activité physique malgré les douleurs, de gagner en souplesse, en muscles et que j'étais capable de reprendre de l'activité sportive par la suite sans crainte d'avoir mal.

Q40 : D'après vous quels sont les comportements à adopter dans le cadre de votre LCC ?



Q41 : Pensez-vous que vos représentations et vos idées sur votre LCC ont évolué entre le début et la fin de votre prise en soin ? Expliquer

- Non, car pas de réel changement et aucune explication, si ce n'est éviter le stress ... alors que le stress fait partie du quotidien

- Oui
- Oui, meilleure perception de la situation et de mes possibilités
- Un peu.
- Non
- Oui je fais plus attention à mes gestes et à mon hygiène de vie
- Oui, l'ostéo m'a expliqué.
- 1^{ère} semaine faite : déconnexion du train de vie, se concentrer sur soi même.

L'impact des croyances d'une personne ayant une lombalgie commune chronique sur sa participation occupationnelle.

Introduction : La lombalgie commune chronique impacte considérablement le quotidien de nombreuses personnes. En quoi les croyances sur la lombalgie commune chronique peuvent-elles influencer la participation occupationnelle de la personne ? Nous avons examiné les hypothèses selon lesquelles l'ergothérapie peut aider à déconstruire ces croyances et favoriser la participation occupationnelle grâce à l'éducation à la santé et l'activité physique.

Méthode : Seize personnes actives souffrant de lombalgie commune chronique, dont six ayant bénéficié d'un programme d'éducation à la santé ont répondu à un questionnaire.

Résultats : L'éducation à la santé pour déconstruire les croyances des personnes est supposée efficace, cependant, les résultats ne permettent pas de l'affirmer. L'idée que l'activité physique permet de prendre conscience des croyances actuellement inconscientes, n'est pas validée. Cependant, on suppose qu'elle favorise la participation occupationnelle.

Conclusion : Il serait intéressant de construire un programme d'éducation à la santé dans lequel seraient abordées clairement les croyances sur la lombalgie commune chronique.

Mots clés : lombalgie commune chronique, activité physique, croyances, éducation à la santé, participation occupationnelle.

The influence of beliefs of individuals with chronic non specific low back pain on their occupational participation.

Introduction : Chronic non specific low back pain significantly undermines the daily lives of many individuals. How can beliefs about chronic non specific low back pain affect a person's occupational participation ? We investigated the hypothesis that occupational therapy can help to deconstruct these beliefs and promote physical activity.

Method : Sixteen active individuals with chronic non specific low back pain, including six who participated in a health education program, completed a questionnaire.

Results : Health education to deconstruct people's beliefs is assumed to be effective, but the results do not confirm this hypothesis. The idea that physical activity can raise awareness of currently unconscious beliefs is not validated. However, physical activity is thought to promote occupational participation.

Conclusion : It would be interesting to consider creating a health education program that addresses beliefs about chronic non specific low back pain more clearly.

Keywords : chronic non specific low back pain, physical activity, beliefs, health education, occupational participation.