

Institut de Formation La Musse



**La plus-value de la Mesure Canadienne du
Rendement Occupationnel dans
l'accompagnement ergothérapique des
personnes atteintes de lombalgie chronique**

Mémoire d'initiation à la recherche

LAGADEC Aurélie
Promotion 2020-2023

NICOLAS Elvina
Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales 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 des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. 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 :

« 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 »¹.

Article 2 :

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 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ..Aurélie LAGADEC.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Evreux.....

Le 1 février 2023..... signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/tes/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier l'ensemble des personnes m'ayant accompagnée tout au long de l'élaboration de ce travail.

J'adresse mes remerciements à ma maîtresse de mémoire, Mme NICOLAS Elvina, pour sa disponibilité, ses précieux conseils notamment dans les moments de doutes et ses encouragements.

Je remercie également de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse, pour leur encadrement, leur soutien et leurs apports de connaissances lors de ces trois années de formation.

Je souhaite également remercier l'ensemble des professionnels ayant participé à l'étude ainsi que les professionnels m'ayant accueillie en stage pour leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont accordé.

Un remerciement tout particulier à mes camarades de promotion les plus fidèles, pour leur soutien et leurs conseils tout au long de ce travail.

Pour finir, je tiens à remercier ma famille qui m'a soutenue et encouragée tout au long de ces trois années d'études.

Sommaire

I.	Introduction.....	1
II.	Cadre contextuel.....	2
A.	Situation d'appel.....	2
III.	Cadre conceptuel.....	3
A.	Les lombalgies.....	3
1.	Définition de la lombalgie.....	3
2.	Etiologie de la lombalgie.....	4
3.	Epidémiologie.....	4
B.	La douleur chronique dans le contexte de la lombalgie chronique.....	5
1.	Définition.....	5
2.	Etiologie médicale.....	6
3.	Le cercle vicieux des répercussions de la douleur chronique.....	6
C.	Les rôles sociaux et lombalgie chronique.....	11
D.	Ergothérapie et lombalgie chronique.....	12
1.	Définition.....	12
2.	Les modèles conceptuels.....	13
3.	L'engagement occupationnel.....	18
4.	Accompagnement actuel des lombalgies chroniques en ergothérapie.....	21
IV.	Problématisation et hypothèses de recherche.....	22
A.	Elaboration de la question de recherche.....	22
B.	Hypothèses de recherche.....	23
V.	Cadre expérimental.....	24
A.	Choix de la méthodologie de recherche employée.....	24
B.	Population-cible.....	24
C.	Choix de l'outil méthodologique.....	25
1.	Elaboration du guide d'entretien.....	25
2.	Recrutement des participants.....	26
D.	Résultats et analyse des données.....	26

1.	Présentation de la population.....	27
2.	Accompagnement en ergothérapie des personnes atteintes de lombalgie chronique	28
3.	Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux et sa considération dans l'accompagnement en ergothérapie	34
4.	L'utilisation et la pertinence de la MCRO dans l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux.....	36
VI.	Discussion.....	39
A.	Retour sur les hypothèses.....	39
B.	Biais de l'étude	42
C.	Limites de l'étude	42
D.	Perspectives envisagées.....	43
E.	Apports personnels et professionnels de l'étude	43
VII.	Conclusion	44
VIII.	Bibliographie	
IX.	Annexes	

Liste des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ENOTHE: European Network of Occupation Therapy

HAS : Haute Autorité de Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MCpO : Modèle Canadien de la performance Occupationnelle

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

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

I. Introduction

En ergothérapie, il est fréquent d'être confronté à des personnes souffrantes de douleurs chroniques. De par sa chronicité, quel ergothérapeute n'a jamais été confronté au cours de son parcours professionnel à une personne atteinte de lombalgie chronique ?

Au sein des structures de soins de suite et de réadaptation ainsi qu'au sein des services de réadaptation professionnelle, il n'est pas rare de croiser le chemin de personnes atteintes de lombalgies qui n'ont qu'une idée en tête, que nous atténuons leur douleur afin qu'elles reprennent leur vie en main. En effet, la lombalgie chronique « *impacte la vie quotidienne par des restrictions dans les activités* » (Améli, 2020), altérant alors la qualité de vie de la personne, ses relations à autrui, son sentiment d'efficacité personnelle et entraînant une désinsertion socio-professionnelle. Or, selon Wilcock « *l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé* » (Wilcock, 1998, 2006, p.84). D'un point de vue économique, l'Assurance Maladie estime qu'« *une lombalgie sur cinq découlait sur un arrêt de travail* » et que « *cette affection était la première cause de désinsertion professionnelle* » (Améli, 2015). De ce fait, une prise en soin adaptée de cette population constitue un enjeu de santé publique.

Si l'ergothérapeute accompagne les personnes atteintes de lombalgie chronique pour favoriser leur autonomie et leur indépendance dans les activités de la vie quotidienne, que peut-il leur apporter dans leur reconstruction identitaire ? Quels outils a-t-il à sa disposition pour accroître le sentiment d'efficacité personnelle de cette population ?

Ce mémoire d'initiation à la recherche aura pour objectif d'exposer l'ensemble de la réflexion et de répondre à la question de recherche posée. Pour ce faire, dans un premier temps la situation qui est à l'origine de ce questionnement sera développée. Dans un second temps, les concepts relatifs à la réflexion seront exposés en s'appuyant sur de la littérature scientifique. Puis, selon l'approche hypothético-déductive, la question de recherche et les hypothèses qui en découlent seront posées. Ensuite, la partie dédiée au cadre expérimental mettra en exergue la méthodologie de recherche employée ainsi que l'analyse issue des données recueillies. Pour conclure, la confrontation des hypothèses aux résultats de la recherche, les biais et les limites de l'étude seront traités dans la discussion. Les apports personnels et les projections professionnelles seront également développés dans cette partie.

II. Cadre contextuel

A. Situation d'appel

Tout d'abord, le choix de ma thématique en lien avec les lombalgies chroniques repose sur mes expériences vécues en stage auprès de cette population. En effet, lors de mon premier stage de deuxième année d'ergothérapie, en Centre de Médecine Physique et Réadaptation, j'ai pu participer à la prise en soin de personnes présentant des problématiques locomotrices dont des personnes souffrantes de lombalgie chronique dans le cadre du programme de Renforcement aux Efforts Lombaires. J'ai été amenée à prendre en soins du début à la fin environ six personnes atteintes de lombalgie chronique, ayant subi ou non une intervention chirurgicale. Au début de mon stage, je ne comprenais pas réellement le rôle de l'ergothérapeute dans le cadre du programme car celui-ci ne semblait pas répondre à l'approche occupationnelle enseignée et recherchée. En effet, à l'exception de la dernière semaine du programme où nous proposons des activités en lien avec les occupations et les difficultés occupationnelles du patient, les autres semaines du programme étaient constituées uniquement d'activités analytiques. Je me suis donc interrogée, dans un premier temps, sur la place de l'ergothérapeute au sein de ces programmes, et dans un second temps, sur comment l'ergothérapeute pouvait-il s'appuyer sur les sciences de l'occupation pour orienter sa prise en soin avec cette population ?

De ce fait, j'ai poursuivi ma réflexion sur la pratique de l'ergothérapie et les interrogations qui en découlent. Je me suis alors de nouveau appuyée sur mon premier stage de deuxième année d'ergothérapie, durant lequel j'ai pu expérimenter l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) avec des personnes atteintes de lombalgies. Cet outil venait d'être mis en place dans ce centre. Ainsi, à chaque admission de patient, je réalisais cette évaluation afin d'identifier les problématiques occupationnelles des individus venant au centre dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Cet outil nous permettait d'établir le profil occupationnel de l'individu, de comprendre la relation qu'il entretenait avec la douleur ainsi que les répercussions occupationnelles générées par cette douleur. Néanmoins, je me suis aperçue que les données recueillies par la MCRO étaient peu exploitées dans le cadre du programme de réentraînement aux efforts lombaires. Ainsi de ce constat émis sur le terrain, je me suis demandée comment l'ergothérapeute pouvait-il davantage exploiter les résultats de la MCRO pour déterminer le plan d'intervention afin d'être plus en accord avec le profil occupationnel défini préalablement et appliquer les sciences de l'occupation ?

De plus, j'ai été confrontée à de nombreuses personnes qui, du fait de la douleur, abandonnaient ou interrompaient leurs activités. Dans le cadre des activités de soins personnels, ces personnes réussissaient plus ou moins facilement à trouver et à mettre en place des compensations pour atteindre leurs objectifs. Cependant, ceci n'était pas le cas dans les autres domaines de l'occupation notamment dans les activités productives et de loisirs. En effet, pour beaucoup de patients que j'ai pu accompagner, les termes qui revenaient le plus souvent étaient ceux « d'incapacité », « je ne peux pas/plus le faire », « c'est trop douloureux ». De ce fait, ils avaient tendance à ne plus réaliser l'activité eux-mêmes, à déléguer leurs tâches, à renouveler leur arrêt de travail, à réaliser leurs occupations sans aucun plaisir, et parfois avec souffrance. De plus, certains exprimaient ne plus réussir à s'identifier en tant que père, mère, amis ou partenaire de vie.

Après avoir fait du lien avec mes différentes expériences en stage et mes questionnements survenus au cours de la situation d'appel, j'ai déterminé ma question de départ de la façon suivante :

Dans le cadre de l'accompagnement de personnes atteintes de lombalgie chronique, de quelle(s) manière(s) l'ergothérapeute peut-il agir comme levier sur la gestion de la douleur afin d'améliorer le sentiment de performance dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?

III. Cadre conceptuel

A. Les lombalgies

1. Définition de la lombalgie

La Haute Autorité de Santé (HAS) désigne la lombalgie comme étant « *une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier intérieur* » (HAS, 2019). Dans le cadre de cette affection, l'individu peut ressentir un « blocage » lors de la réalisation de certains mouvements avec une douleur pouvant aller d'une gêne modérée à une douleur intense (Améli, 2022). La notion temporelle dans l'évolution de la lombalgie, permet de classer celle-ci et de définir le type de prise en soin recommandé. Ainsi, nous parlons de lombalgie aiguë lorsque l'évolution de celle-ci dure en moyenne 4 semaines. Ce type de lombalgie guérit spontanément dans 90% des cas. Ensuite, nous pouvons retrouver la lombalgie subaiguë, ayant une durée d'évolution inférieure à 3 mois mais qui présente des risques élevés de passage à la chronicité (Améli, 2022). Il est alors important de rechercher les « *indicateurs psychosociaux de risque accru de passage à la chronicité* » (HAS, 2019) pour intervenir en amont de l'évolution

vers la lombalgie chronique. Ces indicateurs nommés « drapeaux jaunes » (Annexe I) ont été créés en 2013 par la Société Française de Médecine du Travail. Ces derniers s'ordonnent en quatre points : « *les problèmes émotionnels* », « *les attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos* », « *l'adoption de comportements douloureux inappropriés* » ainsi que « *les problèmes liés au travail* » (HAS, 2019). Enfin, lorsque la lombalgie poursuit son évolution au-delà de 3 mois, nous parlons de lombalgie chronique. L'assurance Maladie estime que 7% des lombalgies évoluent en lombalgie chronique (Améli, 2022). D'après l'HAS, « *la lombalgie chronique est définie par une douleur au niveau de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse* » (HAS, 2016). De plus, les lombalgies chroniques ont été distinguées de la façon suivante par l'HAS : « *La lombalgie non dégénérative antérieurement dénommée lombalgie spécifique ou lombalgie secondaire [...], La lombalgie dégénérative [...], La lombalgie sans relation retenue avec des lésions anatomiques en lien avec des facteurs de risques [...]* » (HAS, 2016).

2. Etiologie de la lombalgie

La lombalgie commune, c'est-à-dire la lombalgie qui n'est pas imputable à une cause traumatique, tumorale ou encore infectieuse, n'est pas attribuable à un facteur spécifique. En effet, la lombalgie est généralement d'origine multifactorielle. Dans le cadre de l'élaboration d'une revue systématique, Fayad, Lefevre-Colau et al ont répertorié, selon le niveau de preuve scientifique, les facteurs de risque de développer une lombalgie. Ainsi, ils ont classé les facteurs de risque en trois sous catégories : les facteurs de risque de récurrence, ceux de passage à la chronicité et enfin les facteurs de risque de non-retour au travail. Ces auteurs ont notamment retenu pour les facteurs de risque de passage à la chronicité des facteurs d'ordre individuel et ceux d'ordre socio-professionnels (Fayad et al, cités dans Coudeyre & Ratinaud, 2011) (Annexe II).

3. Epidémiologie

Le rapport de 2019 de la Haute Autorité de Santé souligne que les lombalgies sont des affections très fréquentes puisque « *84 % des personnes ont eu, ont ou auront une lombalgie au cours de leur vie* » (HAS, 2019). De plus, ce rapport stipule qu'au cours de leur existence huit personnes sur dix seront affectées par la lombalgie, dont 6 à 8 % des personnes qui voient leur affection devenir chronique (HAS, 2019). Si nous portons notre attention sur l'impact de la lombalgie auprès des travailleurs,

l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) précise que deux salariés sur trois seront atteints par cette affection au cours de leur vie, que les lombalgies représentent 20 % des accidents du travail et 7 % des maladies professionnelles. Toujours selon l'INRS, « *les lombalgies chroniques représentent la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans* » (INRS, 2016). De ce fait, une prise en soin adaptée de cette population constitue un enjeu de santé publique.

Ainsi, au regard des données épidémiologiques et des facteurs multiples de passage à la chronicité, ce travail d'initiation à la recherche traitera de l'accompagnement en ergothérapie des personnes atteintes de lombalgie chronique. En effet, les lombalgies chroniques du fait de leur durée engendrent des répercussions plus importantes dans les différentes sphères d'évolution de l'individu. De plus, contrairement aux lombalgies aiguës, elles ne guérissent pas spontanément et ont besoin d'un accompagnement pluridisciplinaire.

B. La douleur chronique dans le contexte de la lombalgie chronique

1. Définition

La douleur chronique peut être définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, [...], évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non-maligne* » (HAS, 2007). Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, la douleur a pour objectif de mettre l'organisme en alerte afin que celui-ci puisse lutter et se protéger face à des stimuli de natures différentes (pression, température, piqûre...). Pour ce faire, les nocicepteurs (récepteurs de la douleur) envoient au cerveau des informations via la moelle épinière pour déclencher une information identifiée comme douloureuse et à risque pour l'organisme. Néanmoins dans le cadre d'une douleur évoluant depuis plus de trois mois, la douleur « *perd alors sa signification de signal d'alarme : la douleur n'est plus un symptôme mais devient une maladie* ». La vision qu'à la personne de sa douleur évolue et peut être alors synonyme de situation de handicap. Si les douleurs chroniques concernent environ 30% des adultes en France, les mécanismes responsables de la douleur sont variables d'un individu à l'autre (INSERM, 2021).

2. Etiologie médicale

Les mécanismes de la douleur ont longtemps été étudiés. Costigan et al cités dans l'article « Composante neuropathique de la lombalgie » d'une revue médicale suisse consacrée à la douleur, ont différencié quatre types de douleur :

- La douleur nociceptive qui correspond à l'absence de lésion neurologique ou inflammatoire et dont les symptômes se caractérisent par une douleur qui est localisée dans la surface du stimulus comme lors d'une mobilisation de la structure anatomique concernée ;
- La douleur inflammatoire qui est identifiable par la présence d'une rougeur, d'une chaleur et/ou d'un gonflement au niveau de la zone inflammée ;
- La douleur neuropathique qui fait suite à une lésion du système somatosensoriel qui peut « être secondaire à un problème local lors de compression nerveuse par une hernie discale » (Silva et al, 2017). Ce type de douleur peut être associé à des allodynies, à des sensations de décharges électriques, à des dysesthésies... ;
- La douleur dysfonctionnelle qui correspond à une douleur dont l'origine pathologique n'a pas été détectée (Costigan et al, cités dans Silva et al, 2017).

Dans le cadre de la lombalgie chronique, deux types de douleurs sont fréquemment retrouvés ; la douleur nociceptive et la douleur neuropathique. En effet, « 16 à 55 % des patients souffrant de lombalgies chroniques présentent une composante neuropathique » (Silva, Gutzman & Suter, 2017). L'identification du type de douleur permet de cibler et spécifier davantage la prise en soin.

3. Le cercle vicieux des répercussions de la douleur chronique

La lombalgie chronique impacte l'individu de manière holistique. Les altérations engendrées par la lombalgie chronique peuvent reposer en grande partie sur la douleur ressentie et les croyances sociétales. En effet, d'après le chapitre « La douleur et ses conséquences, risque d'emballement » issu de l'ouvrage Les défis de la douleur chronique, les conséquences engendrées par la douleur sont multiples et concernent l'individu dans son entièreté. La douleur semble affecter autant le système nociceptif que les composantes émotionnelles, cognitives et comportementales dont la capacité à réaliser ses occupations de manières satisfaisantes (Berquin et Grisart, 2016, p71-90). La douleur peut créer une interférence à la réalisation de son occupation. De ce fait, « les activités en cours s'arrêteront lorsque surviendra la douleur » (Eccleston &

Crombez, 1999 cités dans Berquin & Grisart, 2016). En effet, toujours selon ses mêmes auteurs, « *chronic pain is a classic form of 'off-task' interference and a barrier to the pursuit of personal goals and aspirations* »¹ (Eccleston & Crombez, 1999 cités dans Viane et al, 2004). Ainsi, l'ensemble des domaines d'activités et de la vie peut être impacté puisque « *la douleur désorganise tout* » (Dahl & Lundgren cités dans Berquin et Grisart, 2016).

a) *Les répercussions physiques*

Dans le cadre de la douleur chronique, de nombreuses personnes affectées par la lombalgie chronique associent, de manière spontanée, la douleur au mouvement. Cependant, cette croyance ne fait qu'accroître la peur déjà existante, créant un cercle vicieux qui se traduit par une diminution de la mobilité, une hausse des plaintes à la fois physiques et psychiques et par conséquent un désengagement dans les activités de la vie quotidienne (Rozenberg et al, 2012) (Annexe III). Cette peur du mouvement également appelée kinésiophobie entraîne, selon Ashby et al, « *a common restriction for people with chronic low back pain, which potentially reduces their engagement in all activities* »² (Ashby et al, 2010 cités dans Ashby et al, 2012).

Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des individus pensant que la poursuite de leurs occupations serait à l'origine de la situation douloureuse. De ce fait, ils évitent ou réduisent consciemment leur participation à ces activités. Or, ces attitudes entraînent progressivement une perte de mobilité du tronc, une raideur voire un déconditionnement impactant leur sentiment de performance et leur estime de soi. En effet, d'après l'article « Le sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la douleur chronique », l'individu souffrant de douleur chronique éprouve régulièrement des difficultés à s'investir dans ses occupations, « *les personnes souffrant douleurs chroniques développent une vision pessimiste de leurs habiletés à exercer un contrôle sur la douleur engendrant une incapacité fonctionnelle* » (Turck & Rudy, 1992, cités dans Dumont & Acquaviva, 2007). De ce fait, il est courant de constater que les personnes atteintes de lombalgie chronique souffrent également d'un déconditionnement physique. Le syndrome de déconditionnement, introduit pour la première fois par Mayer et Gatchel, se caractérise par une atrophie musculaire

¹ « *la douleur chronique est une forme classique d'interférence « hors tâche » et un obstacle à la poursuite d'objectifs et d'aspirations personnels* » [Traduction libre]

² « *une restriction courante pour les personnes souffrant de lombalgies chroniques, réduisant potentiellement leur engagement dans toutes les activités* » [Traduction libre]

associée à une perte de force, une raideur, une diminution de la capacité d'adaptation à l'effort majorant l'incapacité fonctionnelle (Saubade et al, 2016).

De plus, les personnes, du fait de la douleur et de la peur de la ressentir de nouveau, cherchent à éviter voire à supprimer de leur quotidien les activités qui sont susceptibles de la déclencher. Ainsi, « *Individuals who avoid activity choose to reduce their engagement in daily tasks or decrease physical activity levels in an attempt to minimise pain escalation* »³ (Birkholtz et al, 2004, Philips, 1988 cités dans Andrews et al, 2018) et cela parfois au détriment de leur satisfaction.

Ce sentiment d'incapacité, et donc de faible performance, associé aux peurs ou croyances liées à la douleur viennent renforcer le désengagement occupationnel des personnes vivant avec cette pathologie. En effet, de nouveau selon l'article « La douleur et ses conséquences, risque d'emballement », « *les croyances des patients, notamment la conviction que l'activité risque d'aggraver des lésions réelles ou hypothétiques sont des prédicteurs puissants de leur performance et de leur engagement dans différentes tâches [...], s'accompagnant souvent d'un retrait progressif des activités* » (Leeuw et al, 2007 cités dans Berquin et Grisart, 2016). Ainsi, la peur d'une aggravation conduit les personnes à éviter certains mouvements ou à anticiper certaines douleurs, modifiant de manière négative leur vision de leurs capacités.

b) Les répercussions psychologiques

Au-delà d'impacter la réalisation de ses occupations, la douleur affecte aussi la sphère émotionnelle de l'individu. En effet, lorsque la douleur ressentie par la personne entraîne « *moins de mouvements, moins de contacts, moins de distractions, moins d'occupations, le champ se libère pour que la douleur envahisse aussi le mental* » (Pincus & Morley, 2001 cités dans Berquin et Grisart, 2016). Dans de nombreux articles portant sur les répercussions de la douleur chronique, de nombreux troubles d'ordre psychique sont retrouvés. Il est notamment mentionné dans l'article « Le triptyque de la douleur, de la cognition et de l'émotion », que 15 à 30% des personnes atteintes de douleurs chroniques ressentent une détresse psychologique. Chez d'autres, nous pouvons retrouver des troubles de l'humeur généralement associés à de l'irritabilité, un repli sur soi, de l'anxiété mais aussi des états dépressifs, et des pertes d'intérêts pour des occupations significatives (Pickering & Margot-Duclot, 2006).

³ « *les personnes qui évitent l'activité choisissent de réduire leur engagement dans les tâches quotidiennes ou de diminuer les niveaux d'activité physique dans le but de minimiser l'escalade de la douleur* » [Traduction libre]

L'ensemble de ces répercussions psychologiques peut alors impacter péjorativement l'estime de soi et le sentiment de performance puisque la douleur chronique peut « *lead to the person affected experiencing increased feelings of helplessness and loss of meaning in life* »⁴ (Sternbach, 1974, cité dans Van Huet & Williams, 2007). En effet, d'autres études, notamment la revue scientifique « La psychologie de la peur et de la douleur » montrent que les fausses croyances et la peur liée à la douleur peuvent être à l'origine d'une hypervigilance ou d'un catastrophisme qui mène à des conduites d'évitements et à une détresse d'ordre psychologique. Selon les résultats de l'étude menée par Froud et al, l'hypervigilance « *led to anticipation of pain that compromised the ability to plan ahead, leading to a convoluted mental decisionmaking processes* »⁵ (Froud et al, 2014). De ce fait, ces conduites d'évitement et l'état psychologique de l'individu génèrent « *une moindre possibilité de s'engager dans des activités valorisées comme le travail, les activités de loisirs [...], car ils (les patients) rencontrent des difficultés à dégager leur attention de la douleur au détriment de leurs tâches en cours* » (Vlaeyen, J. W. S., & Crombez, G, 2009).

c) Les répercussions cognitives

Une étude de McCracken et Iverson stipule que plus de 54 % des personnes constituant l'échantillon atteint de douleur chronique se plaignaient d'au moins un symptôme cognitif. Les plaintes les plus fréquentes concernaient les troubles mnésiques et des problèmes d'attention pour l'accomplissement d'activités de la vie quotidienne pouvant malheureusement parfois mener à des accidents mineurs. Ces répercussions cognitives peuvent s'expliquer, d'une part, d'un point de vue anatomique puisque les zones cérébrales impliquées dans le contrôle attentionnel et celui de l'expérience douloureuse sont similaires (cortex cingulaire antérieur) (Beaupré & McKerral, 2012). D'autre part, « *as long as patients are motivated to escape and avoid pain, they may remain preoccupied and sensitized for pain-related information and hence pay more attention to pain* »⁶ (Aldrich et al, 2000; Rothermund et al, 2002, cités dans Viane et al, 2004).

⁴ « *amener la personne affectée à ressentir un sentiment accru d'impuissance et de perte de sens à la vie* » [Traduction libre]

⁵ « *conduit à une anticipation de la douleur qui a compromis la capacité de planifier à l'avance, conduisant à un processus de prise de décision mental alambiqué* » [Traduction libre]

⁶ « *tant que les patients sont motivés à fuir et à éviter la douleur, ils peuvent rester préoccupés et sensibilisés aux informations liées à la douleur et donc accorder plus d'attention à la douleur* » [Traduction libre]

d) Les répercussions sociales

Selon l'article « Trajectoires de personnes souffrant de lombalgies chroniques : ruptures et reconstructions après un programme de rééducation », la douleur causée par la lombalgie est décrite comme une « *étape majeure du fait qu'elle affecte indiscutablement la trajectoire de santé et marque une rupture par rapport à la vie normale* » (Mbarga et al, 2020). En effet, si au début les personnes luttent pour s'adapter aux restrictions occupationnelles imposées par la douleur, beaucoup ressentent progressivement l'idée de ne plus pouvoir réaliser leurs occupations de manière satisfaisante et n'y participent plus. Les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes souffrantes de lombalgie chronique pour réaliser des activités signifiantes poussent certaines à réfléchir sur le sens de leur vie, leur identité personnelle et sociale (Mbarga et al, 2020). Effectivement, « *chronic low back pain threatens self-identity, as it can change coping patterns and the individual's way of thinking, with people often reporting feelings of helplessness and a loss of self-esteem and experience of a hidden disability* »⁷ (Strong et al, 1994; 1994; Fitzgerald et Patterson, 1995; Holloway et al, 2007 cités dans Ashby, 2010).

D'après l'article « La stigmatisation de la douleur chronique : un survol théorique et empirique », la douleur perçue par l'individu est modulée par son environnement socio-professionnel. Certains facteurs tels que le soutien des proches, la qualité des relations, le regard et le jugement portés par autrui peuvent engendrer des effets délétères sur l'individu qui perd alors en assurance et se sent incompetent dans l'exercice de ses rôles. Néanmoins, il ressort de plusieurs articles que la dimension sociale et l'impact de celle-ci dans le processus de la douleur sont peu questionnés dans les écrits. De plus, selon cet article, la douleur chronique est généralement une condition peu compréhensible par les autres car l'origine est souvent multifactorielle et les conséquences de nature invisible. De ce fait, les individus souffrants de douleurs chroniques se sentent souvent incompris et se mettent en retrait dans leur sphère sociale (Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020). Ainsi, il n'est pas rare que les personnes atteintes de cette affection « *évoquent avoir le sentiment d'être blâmés, discrédités et incompris par autrui que ce soit par leurs partenaires, amoureux, leurs amis, leur famille, leurs employeurs, leurs collègues et/ou professionnels de la santé* » (De Ruddere L et al, 2016, Holloway et al, 2007, cités dans Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020). Il ressort également que la douleur chronique, en agissant sur l'estime de soi

⁷ « *la lombalgie chronique menace l'identité de soi, car elle peut modifier les schémas d'adaptation et la façon de penser de l'individu* » [Traduction libre]

de l'individu, peut en parallèle ébranler le sentiment de performance occupationnelle ainsi que ses rôles sociaux (Newton et al, 2013, cité dans Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020). En effet, l'article scientifique « Social factors, disability, and depressive symptoms in adults with chronic pain », a mis en évidence qu'au-delà d'impacter les rôles socio-professionnels, la douleur chronique affecte aussi l'individu dans l'exercice de son rôle familial. La satisfaction ressentie, par un individu atteint de douleur chronique, dans l'exercice de son rôle familial constitue un « *relevant factor that can influence adjustment to chronic pain* »⁸ (Solé et al, 2020) pouvant interférer avec l'intensité de la douleur perçue et les symptômes dits émotionnels.

Ainsi, malgré le peu d'études concernant la capacité à accomplir ses rôles sociaux, il s'avère que certains écrits scientifiques mettent en évidence l'impact et le rôle joué par l'environnement social dans les lombalgies chroniques.

C. Les rôles sociaux et lombalgie chronique

La lombalgie chronique affecte donc la dimension sociale de l'individu et plus précisément ses rôles sociaux. Il est donc important de définir le concept de rôle social d'autant plus que celui-ci n'a cessé d'évoluer.

Tous les auteurs s'accordent pour dire que le rôle social est composé d'éléments statiques relatifs à une fonction socialement reconnue (rôle de père, mère, salarié...) et d'éléments dynamiques en lien avec les composantes de l'individu qui lui permettent d'agir comme il l'entend dans la mesure où la conduite est socialement acceptable. Ainsi, l'exercice d'un rôle social résulte d'une interaction entre l'environnement, la personne et l'action qu'elle va produire autrement dit son occupation (Fougeyrollas, P., & Roy, 1996).

Selon Bailly et al « *la lombalgie aboutissait chez certains patients à une perte significative de leur identité sociale, corrélée au sentiment d'impossibilité d'assurer leur rôle social dans leur environnement familial et professionnel* » (Bailly et al 2015). En effet, la perception de performance dans l'exercice de son rôle professionnel est fortement impactée « *en raison des difficultés à maintenir une productivité constante* » (Bailly et al 2015). De plus, selon cette étude, les personnes souffrantes de lombalgie chronique se sentent incompetentes dans l'exercice de leurs rôles sociaux car elles se sentent parfois dépendantes de leur entourage familial et professionnel. Ce faible sentiment d'efficacité personnelle pousse les personnes atteintes de lombalgie

⁸ « *facteur pertinent pouvant influencer l'adaptation à la douleur chronique* » [Traduction libre]

chronique à s'isoler socialement par peur de « *feared spoiling the experience for loved-ones⁹* » (Froud et al, 2014). Effectivement, « *Les croyances de l'individu en son efficacité personnelle influence ses comportements, la qualité d'énergie qu'il investit dans l'effort, ses niveaux de persévérance devant les difficultés et les échecs, sa résilience face à l'adversité* » (Dumont & Acquaviva, 2007). En outre, les individus souffrants de cette pathologie ne se percevraient plus comme des individus performants mais « *comme un fardeau pour les proches* » (Bailly et al, 2015). Certains participants de cette étude insistent également sur le fait qu'ils ne se sentent plus en mesure de s'occuper de leurs enfants, de leur vie familiale et de couple.

Ainsi, les rôles sociaux majoritairement impactés dans le cadre des lombalgies chroniques sont les rôles familiaux (mari, femme, père ou mère de famille) amicaux ainsi que les rôles professionnels. Par conséquent, la douleur impacte la capacité à s'engager dans des activités et à assurer pleinement ses rôles. De plus, elle engendre des difficultés à ressentir un niveau de performance satisfaisant qui fait que l'ergothérapie peut être un levier pour des personnes souffrantes de lombalgie chronique.

D. Ergothérapie et lombalgie chronique

1. Définition

Si nous nous référons à la définition de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapeute est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* » (ANFE, 2018). Ainsi, l'un des objectifs de l'ergothérapie est de permettre aux personnes en situation de handicap de pouvoir maintenir ou réinvestir les occupations. Pour cela, l'ergothérapeute en collaboration avec la personne cherche des solutions adaptées afin que l'individu concerné puisse poursuivre ses activités, réinvestir ses rôles et ainsi mener une vie satisfaisante.

Un handicap ou une situation de handicap correspond à « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou*

⁹ « *gâcher l'expérience de leur entourage* » [Traduction libre]

plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Légifrance, 2022). Or, la lombalgie chronique bien que bénigne entraîne des situations de handicap majeures avec des retentissements tant au niveau personnel, professionnel que social. De ce fait, par l'intermédiaire des sciences de l'occupation, l'ergothérapeute semble être un professionnel clé dans l'accompagnement des personnes qui souffrent de lombalgie chronique.

Pour affirmer sa pratique professionnelle, l'arrêté du 5 juillet 2010, relatif à l'obtention du Diplôme d'état d'ergothérapeute, stipule dans l'article 6 que l'ergothérapeute doit être en mesure de « *choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, [...] en fonction des modèles d'intervention* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports, 2010, p.177). Ainsi, l'ergothérapeute Diplômé d'Etat fait valoir sa pratique en s'appuyant sur les modèles conceptuels. Il est donc tout à fait opportun de définir ce concept qui a fait son apparition dans l'arrêté en 2010.

2. Les modèles conceptuels

a) Définition

En ergothérapie, un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (Morel-Bracq, 2017, p.2). Un modèle conceptuel est donc une approche qui permet de structurer notre démarche professionnelle, en ayant une vision holistique de la personne. Ainsi, si nous explicitons les termes de la définition donnée par Marie Chantal Morel-Bracq, la théorie correspond à l'ensemble des savoirs qui s'applique à un domaine. Les idées philosophiques peuvent concerner les réflexions sur l'homme, les représentations culturelles et sociales... L'épistémologie, quant à elle, correspond « *à une discipline qui étudie la façon dont on connaît* » (Fourez et Larochelle, 2002, p.9). Enfin, la notion de pratique permet de confronter et de faire du lien entre le cadre de référence et la réalité du terrain. Un modèle conceptuel naît donc à partir de théories et d'hypothèses.

Dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, nous porterons un intérêt tout particulier au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) ainsi qu'à la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnelle (MCRO), un outil issu directement de ce modèle conceptuel. En effet, dans le cadre d'une étude

rétrospective menée par Kirsh et Cockburn sur le potentiel de l'utilisation de la MCRO, il est ressorti que cet outil permettrait aux patients d'identifier et de donner la priorité aux occupations qui leur sont significatives (Kirsh & Cockburn, 2009). Cet outil permet donc d'établir le profil occupationnel de l'individu qui est défini comme étant « *a summary of a client's (person's, group's, or population's) occupational history and experiences, patterns of daily living, interests, values, needs, and relevant contexts*¹⁰ » (AOTA, 2020).

Il est important de préciser qu'en 2022 le MCREO a pris le nom du Modèle Canadien de la performance Occupationnelle (MCpO). Cependant, aucun article n'est encore paru sur la révision de la terminologie employée au moment de la rédaction de ce travail. De ce fait, la rédaction de ce mémoire se poursuivra avec le terme de MCREO.

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

Tout d'abord, le MCREO est un modèle qui appartient, dans la classification établie par Kortman en 1994, aux modèles conceptuels dits généraux (Morel-Bracq, 2017, p.3). Ce dernier a été élaboré par Polatajko et al en 2007 s'appuyant en partie sur les travaux de Mary Reilly qui place la personne au centre du modèle. Ce modèle a été plusieurs fois révisé depuis 1997. En effet, en 2007, le concept de participation y est ajouté. Ce modèle prend alors le nom de Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P). En 2013, le concept d'engagement est substitué au concept de participation pour devenir le MCREO car « *l'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; [...] de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager - selon leur potentiel - dans les activités de la vie quotidienne.* » (Townsend et Polatajko, 2013).

Une des hypothèses fondatrices de ce modèle est que l'être humain est un être occupationnel ayant besoin d'occupations pour préserver sa santé et son bien-être (Morel Bracq, 2017, p. 86). Ce modèle se décompose en trois parties (Annexe IV) : la personne au centre, l'environnement et les occupations qui permettent les interactions entre la personne et son environnement. La composition de ce modèle s'explique en partie car « *Il met en évidence les liens qui existent entre la personne, son*

¹⁰ « *un résumé de l'histoire et des expériences occupationnelles d'un client (personne, groupe ou population), de ses habitudes de vie quotidienne, de ses intérêts, de ses valeurs, de ses besoins et des contextes pertinents* » [Traduction libre]

environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'il donne à sa vie et sa santé » (Law et al, 2005, cités dans Morel Bracq, 2017, p.86).

b-1 La personne

La personne est définie selon trois grandes dimensions de performance : physique, psychique et affective avec au cœur la spiritualité qui fait écho aux croyances de l'individu. L'une des hypothèses de ce modèle est que *« when there is a well-balanced, fully integrated combination of these elements within their environment, an individual is able to engage in occupations as a healthy, competent person, whether or not they have an illness or disability »*¹¹(Boniface et Seymour, 2012).

b-2 L'environnement

L'environnement fait écho à l'environnement dans lequel la personne évolue, élabore et réalise ses occupations. Cet environnement est spécifique à l'individu car il s'inscrit dans un contexte physique, institutionnel, culturel et social (Morel Bracq, 2017, p.87).

b-3 L'occupation

Dans le MCREO, l'occupation est classée en fonction de trois catégories : les soins personnels (hygiène, mobilité et vie en communauté), la productivité (travail rémunéré ou non, gestion du foyer, jeu ou travail scolaire), et les loisirs (loisirs sédentaires, loisirs actifs et vie sociale). Ici, l'occupation est l'élément qui permet à l'individu, défini par les dimensions citées précédemment, de s'engager, de se projeter et d'interagir dans son environnement en vue de produire une performance satisfaisante.

Néanmoins, il est important de définir le terme d'occupation car si dans le langage courant il fait référence à ce à quoi nous consacrons notre temps, d'un point de vue ergothérapeutique, l'occupation implique la notion de sens pour l'individu. Cela à toute son importance car il module le degré d'engagement de l'individu et par conséquent la perception de performance de ce dernier. Ainsi, l'occupation peut être considérée comme une *« expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues »* (Pierce, 2016, cité dans Morel-Bracq, 2018, p.5-6).

¹¹*« lorsqu'il existe une combinaison bien équilibrée et pleinement intégrée de ces éléments dans son environnement, un individu est capable d'exercer des occupations en tant que personne en bonne santé et compétente, qu'il soit ou non atteint d'une maladie ou d'un handicap »* [Traduction libre]

Pour appliquer ce modèle en pratique, un outil d'évaluation a été créé dans les années 90 afin d'aider les ergothérapeutes à établir des plans d'interventions centrés sur la personne qui ressent une insatisfaction vis-à-vis de sa performance dans la réalisation d'occupations significatives (Caire & Morel Bracq, 2018, p.85).

c) *L'outil : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel*

La MCRO est une évaluation subjective qui prend la forme d'un entretien semi-structuré. Celle-ci a été créée afin d'identifier les occupations que la personne juge problématiques, c'est-à-dire, les occupations significatives dont l'élaboration et/ou la réalisation sont entravées. En effet, cette mesure a pour objectif « *de déterminer les occupations problématiques, d'établir l'ordre de priorités de la personne face à ses problèmes, puis elle évalue la perception de la personne, de sa capacité à gérer l'occupation* » (Law et Batiste, 2015, cités dans Marchalot, 2016). Ce recensement permet également à travers le discours in situ de la personne de comprendre ses représentations sociales et les répercussions de la pathologie dans la vie quotidienne. Ainsi, cette mesure est née pour pallier certaines limites identifiées dans d'autres évaluations. En effet, « *the major limitation was that they did not consider the importance of role expectations and environmental factors* »¹² (Pollock et al, cités dans Law et al 1990). Or, « *The COPM considers the importance, to the client, of the occupational performance areas as well as the client's satisfaction with present performance. The measure takes into account client roles and role expectations and, in focusing on the client's own environment* »¹³(Law et al, 1990).

c-1 Passation et cotation de la MCRO

La passation de la MCRO consiste en un entretien semi-structuré de 40 minutes environ suivant cinq étapes :

Étape 1 : Identification par la personne de ses problèmes de rendement occupationnel dans les trois domaines occupationnels.

A travers cette étape, le thérapeute cherche à comprendre le contexte occupationnel de l'individu en vue d'établir son profil occupationnel.

¹² « *La principale limite était qu'ils ne tenaient pas compte de l'importance des attentes de rôle et des facteurs environnementaux* » [Traduction libre]

¹³ « *La MCRO tient compte de l'importance, pour le client, des domaines de performance occupationnelle ainsi que de la satisfaction du client à l'égard de la performance actuelle. La mesure tient compte des rôles et des attentes des clients et, en se concentrant sur le propre environnement du client.* » [Traduction libre]

Etape 2 : Cotation de l'importance des occupations problématiques identifiées lors de la première étape.

Lors de cette étape, l'ergothérapeute cherche à déterminer dans quelle mesure il est important ou non pour la personne d'être en capacité d'exécuter son occupation. La cotation s'effectue selon une échelle de 1 à 10. La cotation 1 signifie que la problématique de rendement occupationnelle identifiée n'est pas du tout importante pour la personne. A l'inverse, la cotation 10 symbolise une problématique occupationnelle dont la résolution est extrêmement signifiante et donc importante pour la personne. A l'issue de cette étape, cinq problématiques occupationnelles sont identifiées comme étant prioritaires.

Etape 3 : Cotation du rendement et de la satisfaction des cinq occupations problématiques.

Il est important, afin de cibler ce qui est recherché à travers ces deux cotations, de définir la notion de rendement occupationnel car ce terme est apparu lors de la traduction francophone de la MCRO. En effet, l'Association Canadienne des Ergothérapeutes, ne mentionnait pas la notion de rendement mais de performance. Ainsi, le rendement occupationnel représente « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations signifiantes qui lui procurent de la satisfaction* ». (Townsend, Polatajko, 2013, p.446). La performance, elle, « *est le choix, l'organisation et la réalisation d'occupation, d'activité ou de tâches en interaction avec l'environnement* » (Meyer, 2018, p.20). De ces deux définitions, il ressort qu'à travers cette étape, l'ergothérapeute cherche à recueillir la perception qu'à la personne de ses performances, de sa capacité à élaborer et mener à terme une occupation signifiante pour elle. A l'issue de cette étape, une date de réévaluation est déterminée et les objectifs thérapeutiques en ergothérapie sont définis en accord avec la personne.

Etape 4 : Elaboration et mise en place du plan d'intervention en ergothérapie afin de répondre aux problématiques occupationnelles de la personne.

Etape 5 : Réévaluation du contexte et du profil occupationnel de la personne.

Lors de cette étape, l'ergothérapeute demande à nouveau à la personne d'évaluer son rendement et sa satisfaction à l'égard de sa performance pour les cinq occupations identifiées à l'issue de la première étape. Selon l'article « The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy », La

réévaluation permet au « *client and therapist to have a concrete image of changes which have occurred during the therapy process* »¹⁴. (Law et al, 1990)

Ainsi, comme le souligne l'article « Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel » d'Isabelle Marchalot, le MCREO « *insiste sur la relation entre l'Occupation et l'Environnement : c'est l'Engagement dans l'Occupation (activité signifiante ou significative), dans l'environnement approprié, qui produit naturellement la Participation et peut même induire une Performance* » (Marchalot, 2016). Si les termes d'occupation et d'environnement apparaissent directement dans la représentation de ce modèle, le concept d'engagement est sous-jacent. Il est donc pertinent de s'intéresser au concept d'engagement occupationnel. De plus, définir ce concept est essentiel car l'engagement des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs occupations et de leurs rôles sociaux est fluctuant et peut mener à un désengagement.

3. L'engagement occupationnel

a) Définition

La compréhension et par conséquent la définition du concept d'engagement occupationnel a longtemps été complexe. En effet, il existe plusieurs définitions de ce concept. Meyer définit l'engagement occupationnel comme étant « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013, citée dans Tuffigo & André, 2022). Caire et Rouault donne une seconde définition de ce concept. L'engagement occupationnel est alors perçu comme « *l'action de participer à une occupation de façon active aussi bien psychologiquement que physiquement* » (Caire & Rouault, 2017). Ainsi, l'engagement de la personne « *va fluctuer dans le temps et va dépendre aussi bien de la performance que du vécu de la personne* » (Bertrand et al, 2018).

De ces deux définitions, il ressort que l'engagement occupationnel est un concept aux caractéristiques multidimensionnelles influencé par le contexte social, environnemental, mais aussi par des facteurs internes de l'individu notamment sa motivation et le sens qu'il donne à l'activité. De ce fait et en s'appuyant sur le modèle

¹⁴ « *permet au client et au thérapeute d'avoir une image concrète des changements survenus au cours du processus thérapeutique* » [Traduction libre]

de Morris et Cox (Morris & Cox, 2017, cités dans Bertrand et al, 2018), l'engagement occupationnel est un processus évolutif (Annexe V).

b) Les différentes composantes de l'engagement occupationnel

Dans le chapitre « Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental » rédigé par Bertrand et al, il est spécifié qu'une « *immersion complète dans le processus et le déroulement des activités [...] est ce que nous appelons communément l'engagement. [...] cela dépend de : la nature de chaque activité ; l'humeur, [...] le contexte dans lequel se déroule l'activité.* » (Bertrand et al, 2018). De plus, toujours selon ces mêmes auteurs, l'engagement occupationnel varie selon le sens de l'occupation pour la personne, la perception de son efficacité et du contexte dans lequel s'inscrit l'occupation. En effet, l'engagement occupationnel « *implique des aspects de signifiante, d'intérêt, de motivation ainsi que de la perception d'efficacité personnelle* ». (Bertrand et al, 2018) Ainsi, l'engagement va dépendre de facteurs externes et internes à l'individu qui seront décrits selon les trois composantes du MCREO : environnement, occupation et personne.

b-1 L'environnement

L'engagement fluctue selon les composantes environnementales, c'est-à-dire les contextes physiques, institutionnels, culturels et sociaux dans lesquels l'occupation est réalisée, si nous nous référons aux éléments du MCREO. L'environnement peut alors être un élément facilitateur ou inhibiteur à la réalisation de l'occupation et donc à l'engagement de la personne (Bertrand et al, 2018).

b-2 L'occupation signifiante

La signifiante de l'occupation est subjective et propre à chaque individu. Une occupation est dite signifiante dès lors qu'elle est porteuse de sens pour la personne. En ergothérapie, les occupations signifiantes sont recherchées afin d'orienter et de réaliser un accompagnement centré sur la personne car « *pour que les activités de la personne répondent à son besoin d'agir et participent à sa santé, [...], encore faut-il qu'elles soient signifiantes pour elle* » (Ferland, 2015) Ainsi, la signification d'une occupation semble être un élément moteur central pour l'engagement occupationnel.

b-3 Les facteurs propres à l'individu

Parmi les facteurs qui influencent l'engagement occupationnel de la personne, nous retrouvons comme précisé précédemment la motivation ainsi que la perception d'efficacité personnelle. Tout d'abord la motivation peut être définie comme « *un élan*

qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins » (Meyer, 2013, citée dans Tuffigo & André, 2022). En effet, « la motivation est considérée [...] comme une caractéristique fondamentale, instinctive, consciente ou inconsciente, parfois innée de la personne qui la pousse à l'action » (ENOTHE,ndl). La motivation est donc un facteur de l'engagement occupationnel.

De plus, à travers la théorie de l'autodétermination, Deci et Ryan stipulent que la motivation repose sur les besoins d'autonomie et de compétence (Louche et al, 2006). *« La perception de compétence est impliquée à la fois dans les processus cognitifs, motivationnels et affectifs. Une perception positive soutient la personne dans sa démarche alors qu'une perception négative, à l'inverse, limite l'accès à ses ressources » (Bouffard & Vezeau, 2010, cités dans Tuffigo & André, 2022). Ainsi, le sentiment de compétence/performance également appelé sentiment d'efficacité personnelle par Bandura est un déterminant majeur de la motivation. Le sentiment d'efficacité personnelle est, selon Bandura, « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Bandura, 2019). Il est important de préciser que le sentiment d'efficacité repose sur « les expériences actives » et sur « l'apprentissage social » (Bandura, 2019) autrement dit l'observation d'autrui pour évaluer ses propres capacités. Ce sentiment découle également de la « persuasion sociale » (Bandura, 2019) qui correspond aux poids que peuvent jouer les encouragements/ découragements d'un pair. Enfin, le sentiment d'efficacité personnelle dépend de « l'état physiologique et émotionnel » (Bandura, 2019) de l'individu qui affecte positivement ou négativement la perception de sa performance occupationnelle (Lecompte, 2004). Ainsi, les croyances de l'individu en ses capacités influent sur son engagement occupationnel. Aux vues des définitions, le terme de sentiment d'efficacité personnelle renvoie donc au terme de rendement occupationnel et de satisfaction au sein de la MCRO. L'utilisation du MCRO permettrait donc de déterminer et d'agir sur le sentiment d'efficacité personnelle ressenti par la personne vis-à-vis de ses problématiques occupationnelles.*

Ainsi, après avoir constaté l'ensemble des éléments qui pouvaient interférer avec le processus d'engagement occupationnel, il a été décidé que ce travail traitera uniquement du sentiment de performance car des études ont démontré que *« la perception d'efficacité personnelle exerce un certain contrôle sur l'intensité de la douleur et sur le fonctionnement physique engendrant une diminution de l'intensité douloureuse, un affaiblissement des troubles de l'humeur, une amélioration du bien-*

être psychologique ainsi qu'une augmentation des activités physiques » (Buckelew et coll, 1994, cités dans Dumont & Acquaviva, 2007). Aux vues des littératures scientifiques, le terme de sentiment d'efficacité personnelle semble plus approprié pour la poursuite de ce travail d'initiation à la recherche. Dans le cadre de l'accompagnement des personnes présentant des lombalgies chroniques, l'ergothérapeute a tout intérêt à porter une attention sur le sentiment d'efficacité personnelle perçu par ces dernières car « *un haut sentiment d'efficacité personnelle permet de pallier la douleur* » tandis qu'à l'inverse « *un faible sentiment d'auto-efficacité est délétère dans la diminution et la gestion de la douleur chronique, mais également pour la qualité de vie des douloureux chroniques* » (Dumont & Acquaviva, 2007). Nous pouvons alors nous questionner sur l'accompagnement actuel des lombalgies chroniques par les ergothérapeutes.

4. Accompagnement actuel des lombalgies chroniques en ergothérapie

Au regard des conséquences engendrées par la lombalgie chronique et de l'impact de cette affection sur le profil occupationnel ainsi que les composantes de l'individu, l'ergothérapeute semble avoir toute sa place dans la prise en soin pluridisciplinaire des personnes atteintes de lombalgie chronique. D'autant plus, que selon l'ordre des ergothérapeutes au Québec, les objectifs de l'ergothérapeute sont d'aider les personnes ayant des maux de dos à réinvestir leurs activités et plus précisément à :

- « *Comprendre leur problème de santé et les répercussions sur la vie quotidienne*
- *Développer des moyens pour gérer eux-mêmes la douleur ou la contrôler ;*
- *Planifier et doser leurs activités pour demeurer actif malgré la douleur ;*
- *Développer la force musculaire, l'endurance et toute autre capacité requise pour accomplir leurs activités de la vie quotidienne, leurs loisirs et leurs tâches de travail*
- *Reprendre leur travail de façon sécuritaire et durable ainsi que prévenir la réapparition du problème. »* (Ordre des ergothérapeutes au Québec, 2012)

De plus, dans l'ouvrage La douleur en mouvement, Marie-Josée Gobeil, ergothérapeute et coordinatrice clinique de l'institut de réadaptation en déficience physique, précise dans le chapitre « Rôle de l'ergothérapeute » que l'une des missions de l'ergothérapeute est de permettre aux personnes atteintes de douleurs chroniques de développer leurs capacités pour retrouver plus d'autonomie et de ressentir un sentiment d'efficacité personnelle positif. L'ergothérapeute, dans le cadre des lombalgies chroniques et plus précisément pour faire face à la douleur pourra articuler

sa prise en soin autour des cinq axes suivants : « *L'enseignement, l'entraînement et la supervision de la modification de comportements, le développement des capacités physiques, le soutien psychologique dans l'activité, la recherche d'un équilibre fonctionnel et occupationnel.* » (Marie-Josée Gobeil, 2018, p.53-58).

Ainsi, l'ergothérapeute établit, en accord avec la personne, un plan d'intervention personnalisé en s'appuyant sur un modèle conceptuel qui guidera sa pratique. Les moyens utilisés pour atteindre les objectifs définis sont majoritairement des mises en situations écologiques et l'utilisation d'activités signifiantes pour l'individu car malgré la douleur engendrée par les lombalgies chroniques et les restrictions occupationnelles qui en découlent « *les êtres humains sont des êtres occupationnels et tous ont le droit d'effectuer et de s'engager dans des occupations signifiantes et importantes pour eux* » (Townsend et Polatojko, 2013). Le but étant que la personne retrouve son équilibre occupationnel, qui correspond à la « *perception of having the right amount and variation of occupations*¹⁵ » (Wagman et al, 2012, cités dans Dür et al, 2015) et qu'elle réinvestisse ses différents rôles afin d'atteindre un sentiment d'efficacité personnelle et une qualité de vie satisfaisante.

Au-delà d'un accompagnement personnalisé et individualisé, il est possible d'inclure les personnes souffrantes de lombalgie chronique au sein de programmes pluridisciplinaires prédéfinis dans lesquels l'ergothérapeute intervient. Nous pouvons ainsi retrouver des programmes issus et basés sur l'école du dos ainsi que des programmes de Restauration Fonctionnelle du Rachis couramment appelés « programmes RFR » (Chaib et al, 2018, Donskoff, 2011, Poiraudeau et al, 2004, 2007).

IV. Problématisation et hypothèses de recherche

A. Elaboration de la question de recherche

Ainsi, au travers de la population et des concepts étudiés, la littérature scientifique a mis en évidence que la douleur avait de multiples répercussions occupationnelles et sociales. Les personnes souffrantes de lombalgie chronique se sentent happées dans le cercle vicieux que constitue la douleur chronique. Le désengagement occupationnel peut s'expliquer par des incapacités fonctionnelles, un déconditionnement physique, des croyances ou encore par l'apparition « *d'une anticipation de l'intensité douloureuse* » (Schmidt, 1985, cité dans Dumont & Acquaviva, 2007). De surcroît, le

¹⁵ « *perception subjective d'avoir la bonne quantité et la bonne variation d'occupations* » [Traduction libre]

sentiment d'efficacité personnelle est menacé. En effet, « *l'anticipation anxieuse, indépendamment de l'intensité réelle de la douleur, hypothèque la réussite de la performance des lombalgiques, ce qui renforce leur sentiment d'incapacité et d'impuissance face à la douleur* » (Dumont & Acquaviva, 2007). De ce constat, il est impératif de reprendre notre question de départ en vue de formuler la question de recherche. Pour rappel la question de départ était : dans le cadre de l'accompagnement de personnes atteintes de lombalgie chronique, de quelle(s) manière(s) l'ergothérapeute peut-il agir comme levier sur la gestion de la douleur afin d'améliorer le sentiment de performance dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?

La question de départ s'intéressait au levier que pouvait constituer l'ergothérapeute sur la gestion de la douleur en vue d'améliorer le sentiment de performance. Or, les articles scientifiques nous amènent davantage à nous questionner sur comment l'ergothérapeute peut-il agir sur le sentiment d'efficacité personnelle en vue d'améliorer l'engagement occupationnel ?

De plus, malgré les apports de la revue de littérature scientifique, la question de l'utilisation en pratique du MCREO persiste. Comment ce dernier peut-il permettre à l'ergothérapeute de mieux cerner le profil occupationnel de l'individu confronté à une problématique lombaire ? En dehors de l'outil d'évaluation que constitue la MCRO, comment pourrait-elle davantage être exploitée en vue de définir des moyens de prise en soin et accroître le sentiment d'efficacité personnelle ?

A ces questionnements, il est également important de notifier que les lombalgies chroniques et le faible sentiment d'efficacité personnelle perçu poussent les individus à se désengager de leur rôles sociaux-professionnels. Ainsi, l'ensemble de cette réflexion permet de poser la question de recherche suivante :

En quoi l'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permet-elle d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique afin qu'elles réinvestissent leurs rôles sociaux ?

B. Hypothèses de recherche

En s'appuyant sur l'approche hypothético-déductive, deux hypothèses de recherche ont été établies :

- 1- L'exploitation des résultats de la MCRO permet à l'ergothérapeute de cibler les activités significatives de la personne atteinte de lombalgie chronique afin d'accroître son sentiment d'efficacité personnelle positif dans l'exercice de ses rôles sociaux.

- 2- Le feedback procuré par la réévaluation de la MCRO favorise l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle chez les personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux.

L'approche hypothético-déductive permet l'élaboration d'une question de recherche et des hypothèses de recherche à la suite de la construction d'une revue de littérature. Cette approche permet la validation ou l'invalidation des hypothèses grâce à la réalisation d'une enquête de terrain qui découle d'un dispositif méthodologique défini et standardisé.

V. Cadre expérimental

A. Choix de la méthodologie de recherche employée

Afin de répondre à la question de recherche, valider ou invalider les hypothèses de recherches formulées, une démarche de recherche qualitative est entreprise. La méthode qualitative est une stratégie de recherche utilisant diverses techniques de recueil et d'analyses qualitatives dans le but d'explicitier et de comprendre un phénomène social. En effet, la méthode de recherche qualitative « *couvre une série de techniques de collecte et d'analyse de données* » visant « *à comprendre les expériences personnelles* » (Mucchialli, 2011, cité dans Kohn & Christiaens, 2014) dans le but d'explicitier certains phénomènes sociaux. Le choix de cette méthodologie repose sur la volonté d'appliquer une démarche compréhensive, c'est-à-dire la volonté de s'intéresser au sens que donnent les acteurs à leur action.

B. Population-cible

En accord avec la démarche de recherche qualitative, la population-cible de cette étude sera constituée d'ergothérapeutes Diplômés d'Etat exerçant dans des structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ce choix s'explique par le fait que les personnes atteintes de lombalgie chronique sont admises régulièrement dans ce type de structure où la prise en soin ergothérapique y est très fréquente.

Pour mener à bien cette étude et éviter les biais, plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion sont formalisés. Ainsi, cette étude s'adressera à des ergothérapeutes Diplômés d'Etat formés à l'utilisation de la MCRO par l'ANFE ou sensibilisés à son utilisation au cours de leur cursus professionnel ou de formation et qui utilise la MCRO dans le cadre de leur pratique professionnelle avec des personnes atteintes de lombalgie chronique. De ce fait, sera exclu tout ergothérapeute non formé ou non sensibilisé au MCRO et à son outil d'évaluation, ainsi que n'utilisant pas la MCRO

dans le cadre de leur pratique professionnelle auprès de personnes atteintes de lombalgie chronique.

C. Choix de l'outil méthodologique

Afin d'appliquer une démarche compréhensive, la passation d'entretiens semi-directifs a été réalisée conformément à la loi Jardé du 02 mars 2012 (Annexe VI) qui autorise la passation d'entretiens auprès de professionnels, dont les ergothérapeutes. Si cet outil méthodologique ne permet pas d'interroger un grand nombre de professionnels en raison des contraintes temporelles et organisationnelles, ce choix repose sur les avantages qu'offre cet outil. En effet, l'entretien semi-directif « *permet de poser des questions de manière à établir des liens entre les différents sujets et à approfondir davantage certains éléments énoncés par le participant* » (Tétreault cité dans Tétreault & Guillez, 2014).

1. **Elaboration du guide d'entretien**

Un guide d'entretien a été réalisé afin de structurer les échanges et de réduire les biais entre chaque personne interviewée. De ce fait, trois objectifs d'étude ont été formulés :

- Déterminer l'utilisation et la pertinence de la MCRO auprès de patients atteints de lombalgie chronique d'après les enquêtés
- Déterminer les composantes du sentiment d'efficacité personnelle et leur considération dans l'accompagnement en ergothérapie ;
- Déterminer la plus-value de la MCRO dans l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique.

Ces objectifs ont été abordés au travers de questions ouvertes créées de sorte à pouvoir valider ou invalider les hypothèses de recherche sans pour autant indiquer les réponses du participant. En effet, selon McNamara, les questions ouvertes offrent la possibilité à la personne interrogée d'utiliser ses propres mots et de choisir les thématiques qu'elle souhaite aborder (McNamara, 2009, cité dans Tétreault & Guillez, 2014). Le guide d'entretien a ainsi été créé selon une ligne directrice et réajusté à la suite de la passation d'un entretien test (Annexe VII et VIII). Ainsi, celui-ci se compose tout d'abord d'un temps d'introduction pour contextualiser la recherche et s'assurer que la personne est toujours consentante à participer à l'étude. Pour cela, un formulaire de consentement (Annexe IX) doit être lu et dûment signé par le participant. Ensuite, une autorisation est demandée au participant afin d'enregistrer l'échange dans le but de faciliter la retranscription et l'analyse des données (Annexe IX). Enfin, le guide d'entretien se compose de quatre parties. La première traite des données

socio-démographique des participants. La seconde aborde la prise en soin actuelle des personnes atteintes de lombalgie chronique. La troisième est dédiée à déterminer les composantes du sentiment d'efficacité personnelle et leur considération dans l'accompagnement en ergothérapie. La dernière partie s'intéresse à la plus-value de la MCRO dans l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique.

2. Recrutement des participants

Afin de recruter des participants à l'étude, 43 établissements de soins de suites et de réadaptation dont des Centres de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR) et de Centre de Rééducation Fonctionnel ont été contactés par mail et/ou par téléphone depuis le 1^{er} mars 2023 selon une technique d'échantillonnage par participation volontaire. De nombreux contacts ne correspondaient pas aux critères d'inclusion à l'étude, car ils n'étaient pas formés à la MCRO. Après une relance dans chaque structure, seulement trois entretiens avec des ergothérapeutes ont pu être réalisés. Deux d'entre eux ont été effectués par téléphone et le troisième par visioconférence. De plus, une demande d'entretien a également été diffusée dans des groupes dédiés à l'ergothérapie par le biais des réseaux sociaux. Après plusieurs relances, cette technique s'est révélée peu efficace. Elle a permis d'obtenir des contacts, mais cela n'a pas abouti à la réalisation d'entretien, car une nouvelle fois, les critères d'inclusion ne concordaient pas. Enfin, souhaitant obtenir au minimum de quatre entretiens pour gagner en objectivité, quatre centres de soins de suite et de réadaptation de l'association LADAPT ont été contactés. Grâce à ces derniers contacts, la réalisation d'un entretien avec une ergothérapeute par visioconférence a pu avoir lieu.

D. Résultats et analyse des données

Afin de procéder à l'analyse des résultats obtenus, l'ensemble des entretiens effectués a été retranscrit (Annexe X). L'analyse de ces entretiens se fera par une analyse thématique transversale. Cette méthode d'analyse consiste à organiser les données (fragments de discours) selon une grille de thèmes permettant le passage d'une « *approche centrée sur la cohérence propre à chaque individu* (chaque entretien) à une *approche transversale centrée sur la cohérence thématique de l'ensemble des données thématiques* » (Alami et al, 2013, pp. 107-120). A la suite des retranscriptions, des lectures ont été réalisées afin de mettre en exergue des thématiques récurrentes. De manière à conserver l'anonymat des ergothérapeutes interrogés entre le 1 mars et le 31 avril 2023, un code a été établi de la façon suivante : « EX », la lettre E désigne l'ergothérapeute et le X correspond au numéro de

l'entretien. De ce fait, le premier ergothérapeute interviewé est codé « E1 ». Il en est de même pour les autres entretiens.

1. Présentation de la population

Quatre ergothérapeutes (E1/E2/E3/E4) ont accepté de participer à cette enquête. E1 est une ergothérapeute qui exerce en IMPR. Elle a été diplômée en 2020 et exerce dans cette structure depuis deux ans et demi dans des services de neurologie, de traumatologie et d'orthopédie. E1 accompagne des personnes atteintes de lombalgie chronique de manière fréquente en Hospitalisation à temps partiel (HTP). Elle utilise plusieurs modèles conceptuels, dont le MCREO. E1 a été formée à l'utilisation de ce modèle et de son outil d'évaluation durant ses années de formation et sur son lieu d'exercice.

E2 est une ergothérapeute qui exerce dans le service locomoteur d'un CMPR depuis 2012. Elle a été diplômée en 2005 et a de l'expérience en gérontologie, en pédiatrie et en service de rééducation adulte. Elle travaille auprès des personnes atteintes de douleur chronique depuis plus de 10 ans. E2 utilise le MCREO au sein de sa pratique professionnelle depuis 2020, année de formation. Elle est également formée en rééducation sensitive de la douleur chronique.

E3 est un ergothérapeute qui exerce dans le service locomoteur d'un CMPR depuis l'obtention de son diplôme en 2019 à Liège. E3 pratique depuis 3 ans et demi auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique hospitalisées à temps partiel. Il utilise le MCREO dans sa pratique professionnelle depuis 2020, année de formation. E3 avait également été sensibilisé à ce modèle et à l'outil d'évaluation durant ses trois années de formation en ergothérapie.

E4 est cadre, ergothérapeute de formation, d'un plateau technique de rééducation dans un centre de rééducation fonctionnelle spécialisé dans l'appareil locomoteur et dans la réinsertion professionnelle depuis 2015. Elle est diplômée en ergothérapie depuis 1988. E4 a été une première fois sensibilisée à l'utilisation de la MCRO en psychiatrie. Puis, elle l'a de nouveau été lorsqu'elle a exercé auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique afin de les accompagner dans la construction de leur projet de rééducation.

Ces quatre professionnels ont tous un profil assez différent. E1 et E3 sont des jeunes diplômés qui ont intégré dans leur pratique professionnelle l'utilisation des modèles conceptuels directement dès leur première année d'exercice. E2 et E4 ont été diplômées avant la réforme. E2 a intégré dans sa pratique depuis trois ans l'utilisation de la MCRO. E4 n'a pas instauré quotidiennement dans sa pratique l'utilisation de la

MCRO, mais stipule s'en être inspiré durant l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique tout au long de sa carrière. Deux ergothérapeutes (E2/E3) ont été formés au MCREO et à l'utilisation de la MCRO par l'ANFE. Dans les deux cas, la formation était collective et impliquait tous les ergothérapeutes de la structure. Dans le cadre de E1, elle a été sensibilisée durant ses années de formation et formée par les ergothérapeutes de la structure dans laquelle elle exerce. E4 y a été sensibilisée lorsqu'elle était déjà en poste. Tous les ergothérapeutes ont une expérience auprès de personnes atteintes de lombalgie chronique depuis minimum trois ans. De ce fait, afin de répondre aux objectifs de ma recherche, il convient tout d'abord de les questionner sur la pratique de l'ergothérapie auprès de personnes atteintes de lombalgie chronique afin de cibler les contextes d'accompagnement, les moyens et les outils utilisés ainsi que les objectifs auprès de cette population.

2. Accompagnement en ergothérapie des personnes atteintes de lombalgie chronique

Dans cette partie, l'objectif est de comprendre les accompagnements réalisés auprès de cette population, d'identifier les outils d'évaluation, les moyens utilisés en ergothérapie ainsi que d'en connaître les raisons. Enfin, le but est de relever si dans la pratique actuelle, la perte significative de l'identité sociale et le sentiment d'inefficacité à assurer ses rôles sociaux, sont des plaintes majeures des personnes atteintes de lombalgie chronique. Les résultats sont présentés ci-dessous :

Tableau 1 : Classification thématiques des verbatim des ergothérapeutes concernant l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique

Question 2: Pouvez-vous me parler de l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique dans la structure où vous exercez ?					
Thèmes		E1	E2	E3	E4
Prisen en charge de groupe et individuelle	Programme issus du RFR		"nous on utilise un programme [...]il est hérité du RFR"	" s'ils sont (les patients) éligibles à notre protocole". "Il traite majoritairement de l'aspect musculaire"	
	Programme ETP		"on a mis en place il y a quelques temps un atelier d'ETP autour du quotidien"	"systématiquement le jeudi de la 4ème semaine du proramme sur 1heure, on les convoque tous ensemble du coup et on fait l'atelier"	
	Programme issus de l'école du dos	"on a deux manières de faire, donc soit individuelle soit en groupe", "on va avoir des groupe entre 6 et 8 personnes", "on fait l'école du dos"			"Cette démarche de construire le projet [...] c'était fait en individuel." "Le reste de la prise en charge a été pris, a été fait en groupe." "Des groupes de 3/4 patients." "C'étaient les séances d'information, hein sur le dos, voilà, tous les principes des de d'économie rachidienne."

Durée	4 semaines	"un groupe c'est sur 4 semaines à raison de 5 demi-journées par semaine. En ergo, on est souvent plutôt autour de 3 parce qu'ils ont plusieurs choses"			"on est sur le programme de 4 semaines."
	5 semaines		"sur 5 semaines", "on a les gens sur 25 séances"	"on les voit tous les jours, donc sur 5 semaines à des fréquences de 30 minutes les 2 premières semaines puis après ce sont des prises en charge d'une	
	durée non définie	"en individuel ce n'est pas forcément sur 4 semaines"			
Pluri-disciplin a--rité	Ergothérapie	X	X	X	X
	Kinésithérapie	X	X	X	X
	Enseignant APA	X	X	X	X
	Infirmière		X		
	Médecin	X	X	X	X
	Psychologue			X	X
	Chargé de réinsertion			X	
	Assistante sociale				X
	Diététicienne			X	
Ergonome	X		X		

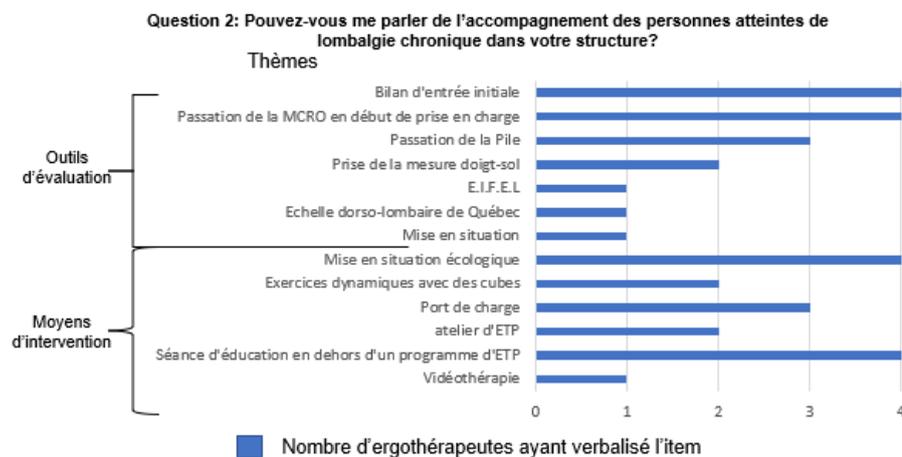
L'ensemble des participants stipule la présence de séances de groupe incluses dans des programmes. Ces séances se déroulent soit dans le cadre de programme de restauration fonctionnelle du rachis soit dans le cadre de programme inspiré de l'école du dos. Deux des participants (E2/E3) mentionnent en parallèle du programme RFR, la présence d'un atelier d'éducation thérapeutique du patient. Seul E1 précise l'existence d'accompagnement totalement individualisé.

Concernant la durée de prise en soin, celle-ci varie de 4 semaines à 5 semaines. Il apparaît néanmoins que les suivis individuels sont d'une durée plus variable en fonction des personnes et de leurs difficultés occupationnelles.

La thématique de la pluridisciplinarité est apparue comme une notion majeure dans l'accompagnement des personnes souffrantes de lombalgie chronique. Tous les participants, sans exception ont mentionné quatre professionnels qui semblent incontournables : le médecin MPR, le masseur-kinésithérapeute, l'enseignant en activité physique adaptée ainsi que l'ergothérapeute. Deux ergothérapeutes (E1/E2) ont également cité l'intervention de l'ergonome (E1/E2), du psychologue (E3, E4). L'implication d'une assistante sociale, d'une chargée de réinsertion et d'une diététicienne a également été mentionnée une fois.

Les résultats et l'analyse thématique de la deuxième question ont été divisés afin d'étudier transversalement chaque élément de réponse. Tout d'abord, cette question a permis d'identifier plusieurs thématiques : les outils d'évaluation utilisés, les différents moyens d'interventions privilégiés auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique, les objectifs généraux de prise en soin ainsi que les plaintes occupationnelles les plus fréquentes au sein de la population d'étude.

Tableau 2 : Classification thématiques des verbatim des ergothérapeutes concernant l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique



Les quatre ergothérapeutes interrogés débutent leur accompagnement par un bilan d'entrée initiale dans lequel la passation de la MCRO est un moment clé ; « on fait un bilan d'entrée, on fait passer la **MCRO à chaque fois** » (E1), « **systematiquement à chaque début de programme pendant l'entretien d'entrée** » (E2), « **initialement en début de séjour** » (E3), « **entretien de départ** », « **incontestablement en début de séjour** » (E4). Ensuite, trois ergothérapeutes (E1/E2/E3) mentionnent l'utilisation de la PILE. E2 et E3 l'utilisent comme outil d'évaluation « **dès que l'on débute le port de charge, on fait passer la PILE** » (E2), « **on commence toujours par faire passer la PILE** » (E3) tandis que E1 précise l'utiliser dans un cadre éducatif « **nous le test de PILE il nous sert surtout à faire de l'éducatif** » (E1). Deux ergothérapeutes (E2/E3) expliquent évaluer et réévaluer les progressions du patient en s'appuyant sur la prise de la mesure doigt-sol représentative du gain ou non de souplesse. L'utilisation de cette mesure peut interroger, est-elle propre à la pratique ergothérapique, est-ce pour cela que les deux autres ergothérapeutes ne la mentionnent pas ?

Enfin, seul E4 stipule l'utilisation d'échelle auto-évaluative « **ils utilisent donc des questionnaires EIFEL et l'échelle dorso-lombaire de Québec** » et seul E1 précise utiliser les mises en situation comme outil d'évaluation « **Les autres bilans que nous utilisons c'est surtout des mises en situation** ». Dans le cas de E4, nous pouvons nous interroger si l'utilisation de ces outils d'évaluation est liée à l'année d'obtention

du diplôme ou non d'autant plus qu'E1, la plus récemment diplômée, met davantage en avant une pratique occupation centrée par le biais de mises en situation écologique. Ensuite, le discours des ergothérapeutes a permis d'identifier différents moyens d'intervention, ceux qui peuvent directement agir sur le sentiment d'efficacité personnelle et ceux qui peuvent agir indirectement. Parmi ceux pouvant agir directement sur le sentiment d'efficacité personnelle, nous retrouvons :

- Les mises en situation écologique : cet outil semble être l'outil majeur utilisé par les ergothérapeutes interrogés auprès de cette population. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à l'issue de la MCRO, ils ciblent les occupations significatives dans lesquelles les personnes ressentent un sentiment d'efficacité personnelle insatisfaisant. De ce fait, pour accroître ce sentiment et identifier des stratégies de compensation ou d'action, les mises en situation écologique sont au cœur de leur démarche.
- La vidéo thérapie qui permet à la personne de se rendre compte de ses capacités réelles, de son efficacité, mais aussi de ses difficultés ; « *on filme et après on montre à l'écran et l'idée c'est que les personnes s'auto-analysent* », « *au final je suis capable de ça, je fais comme ci, je fais comme ça et je ne pensais pas en être capable* » (E1).

D'autres moyens d'interventions nommés par les ergothérapeutes font écho à des moyens agissant indirectement sur le sentiment d'efficacité personnelle :

- Les séances d'éducation issues ou non d'un programme d'ETP qui placent le patient acteur de son parcours de soin. Ces séances amènent l'individu à réfléchir et à trouver des stratégies qui lui sont propres. Le partage d'expérience et les conseils émis par l'ensemble des membres des groupes d'éducation sont propices au développement des composantes du sentiment d'efficacité personnelle puisqu'ils font appel à l'apprentissage et à la persuasion sociale, composantes du sentiment d'efficacité selon Bandura. « *partage expérientiel autour de tout le vécu de la lombalgie, mais aussi des stratégies* » (E1), « *c'est l'éducation qui favorise l'engagement* » (E2) « *éducation thérapeutique autour des fausses croyances, des peurs, de l'évitement* »(E3), « *séances [...]faîtes de façon tout à fait collective* »(E4).
- Les ateliers types port de charge ou exercice dynamique où le patient se reconconditionne. Ils entraînent des répercussions évidentes sur la perception de son efficacité et l'amélioration de celle-ci au cours du séjour.

Concernant les objectifs de prise en soin de cette population, les quatre ergothérapeutes s'accordent communément sur trois objectifs :

- Eduquer le patient sur sa pathologie.
- Réinvestir ses activités quotidiennes : les ergothérapeutes mentionnent tous cet objectif. Néanmoins, trois ergothérapeutes mettent en lumière le fait également de réinvestir ses rôles sociaux au travers du réinvestissement de ses occupations. « **réinvestir des activités de vie quotidienne et du coup ses rôles notamment de parent et au travail** » (E1), « **reprendre confiance à réaliser des activités et à assurer leurs rôles finalement** » (E3), « **c'est les accompagner pour retrouver sa place dans la famille, et au travail** » (E4). De plus, une ergothérapeute insiste davantage sur le réinvestissement du rôle professionnel en lien avec la politique de la structure dans laquelle elle exerce qui accompagne les personnes atteintes de lombalgie chronique vers la réinsertion professionnelle essentiellement ; « se fixer des objectifs de **reprise d'activité** ».
- Identifier des stratégies de compensation dans le quotidien. En effet, la sphère de la réadaptation est apparente dans l'ensemble de leur discours. « **soit l'identification de stratégies qui va être adaptée à la personne** » (E1), « **que ça soit un tips, ce qui sort de la panade quand ils ont mal** » (E2), « **l'aider à compenser la difficulté** » (E3), « **Dans un but de de réhabilitation plus que de rééducation, je trouve pour compenser les difficultés dans le milieu professionnel** » (E4).

Trois ergothérapeutes sur quatre ont des objectifs à visée fonctionnelle qui contribuent à l'atteinte des objectifs d'ordre occupationnel et à l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle satisfaisant. Dans ces objectifs, nous retrouvons notamment l'augmentation de la mobilité, de la souplesse ainsi que le développement de la force musculaire. Enfin, de manière plus ponctuelle, les objectifs mentionnés sont d'accroître la qualité de vie, la confiance en soi et en ses capacités ainsi que de lutter contre la kinésiophobie.

Tableau 3 : Classification thématiques des verbatim des ergothérapeutes concernant les occupations généralement impactées par la lombalgie chronique

Question 3: Pouvez-vous me parler de l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique en ergothérapie ?				
Thèmes	Occupations généralement impactées par la lombalgie chronique et ciblées lors de la prise en charge			
	Soins personnels	Productivité	Loisirs	Rôles sociaux et relations
E1	"on a tous ce qui est atteindre les pieds en règle générale donc habillage, mettre les chaussettes, les chaussures, couper ses ongles de pied des choses comme ça. Tout ce qui va être resté longtemps assis, resté longtemps debout"	"resté longtemps assis, resté longtemps debout que ce soit pour faire la vaisselle", "Gestion des tâches ménagères aussi quand c'est pas c'est encore pire.", "Euh, port de charge que ce soient les enfants, les packs de lait, fin voilà tout ce qui est porter.", "faire à manger pour la famille", "s'occuper des enfants", "au niveau des tâches professionnelles"	"resté longtemps assis, resté longtemps debout [...] pour regarder un film au cinéma, pour regarder la télé fin voilà", "Même rentrer dans une voiture basse", "jouer au foot avec ses enfants ou ses amis"	"resté longtemps assis, resté longtemps debout [...] même pour partager un apéro entre amis", ""s'occuper des enfants", "au niveau des tâches professionnelles", "c'est vraiment dépendant de l'environnement dans lequel la personne évolue, surtout l'environnement humain"

E2	"ils ont tous des soucis au niveau autonomie mais enfin souvent au niveau autonomie des soins corporels."	"soit effectivement plus le versant pro", "il y a des gens qui ont du mal à par exemple attraper leurs gamins au vol quand ils leur sautent dans les bras"	"Puis après, oui, bah après ça varie entre ben des loisirs qui sont impactés", "la personne elle va souvent se balader bah sur Nantes donc ba elle a une heure de route et que là actuellement bah le fait de faire la route en fait, bah n'y va plus parce que si elle fait la route, elle arrive elle est fracassée donc elle ne peut plus faire les boutiques, donc du coup elle peut pas faire le retour et le lendemain elle est pliée en deux. Donc ce n'est pas juste j'ai mal en voiture.", "ceux qui ne dorment pas bien"	"globalement effectivement, ils ont tous un impact sur leurs rôles sociaux parce qu'ils ont tous, ils ont tous fait des choix. Donc il y en a qui ont choisi de prioriser leur vie de famille au détriment de leur vie professionnelle ou leurs loisirs ? D'autres on choisit de prioriser le travail au détriment de loisirs ou de la vie familiale."
E3	"mettre le pantalon, les chaussettes le matin"	"Cela étant, je dirais, le fait de pouvoir accomplir leur activité professionnelle et il y en a quasiment aucun qui est en mesure de pouvoir le produire,[...]quelle que soit l'activité professionnelle pratiquée. Que tu sois sur du boulot sédentaire, actif ou autre en fait, je reviens un peu au fait que le dos, il est tellement utile partout qu'en fait, il va être impactant sur tout et notamment l'activité professionnelle, ça revient systématiquement et les gens le vivent souvent mal car ils se sentent dépendant." "Voilà, ça, après, tu as voilà, les tâches ménagères sont qui reviennent assez souvent, hommes, femmes en plus. Le bricolage, le jardinage, les tâches ménagères"	"Il y a aussi les loisirs"	"Mais du coup, ça impacte tout que soit pour assumer un rôle social, porter ton enfant, porter tes sacs de courses, porter ta pаниère à linge, donc ton rôle de père, de mère mais aussi le rôle de gestionnaire de famille, ou encore que ce soit pour assumer ton rôle professionnel, que ce soit pratiquer une activité sportive", "Du coup tous les rôles sociaux qui en découlent. Le rôle de père, de mère, forcément aussi ce qui est sur la gestion familiale, le fait de pouvoir assumer le rôle auprès des enfants, [...]nous parlent du cadre un peu plus intime entre l'homme et la femme, les relations intimes." "ça (les tâches ménagères, bricolage...) fait partie un peu des rôles aussi sociaux pour mener à bien le cocon familial, l'entretien de ta maison."
E4	"la station debout, assise, les escaliers, marcher, atteindre des éléments en hauteur, porter"	"compenser les difficultés dans le milieu professionnel", "gros travail avec toutes les personnes qui sont encore en emploi ou qui sont en formation ou en reconversion. Et d'ailleurs chez les lombalgiques ce sont des prises en charge systématiques"		"retrouver une activité, qu'elle soit sociale, professionnelle, familiale", "se projeter dans l'avenir" "se reconstruire"

De plus, il a été possible d'identifier dans chaque discours les problématiques occupationnelles auxquelles les personnes atteintes de lombalgie chronique sont généralement confrontées. Ces dernières ont été classées par thématiques occupationnelles. Ainsi, il est possible de mettre en évidence, dans le discours des ergothérapeutes, l'influence de la catégorisation faite par la MCRO et de mettre en exergue l'impact de lombalgie chronique sur l'exercice des rôles sociaux. Tout d'abord, la première thématique concerne les activités de soins personnelles. Tous les ergothérapeutes constatent une atteinte majeure de cette sphère occupationnelle. Certains émettent des propos plus ciblés sur la mobilité fonctionnelle. Au niveau de la productivité, l'ensemble des ergothérapeutes abordent la sphère professionnelle. Seuls deux ergothérapeutes mentionnent dans cette thématique, la gestion du foyer et la vie familiale ainsi que les activités qui en découlent. Enfin, trois ergothérapeutes abordent la notion de loisirs et de vie sociale. Il a été décidé de différencier l'aspect social des autres catégories occupationnelles afin de mettre en exergue l'impact de la lombalgie chronique sur l'exercice des rôles sociaux et vérifier la pertinence du questionnement. En étudiant les propos de chaque participant, il en ressort inévitablement que les personnes atteintes de lombalgie font face à des restrictions occupationnelles mettant en jeu leurs rôles sociaux.

Il est important de noter qu'au travers de cette question, tous les ergothérapeutes développent spontanément le contexte d'utilisation de la MCRO et justifient la pertinence de cet outil auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique. Leurs réponses apparaîtront et seront analysées dans la partie dédiée à l'utilisation de la MCRO.

3. Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux et sa considération dans l'accompagnement en ergothérapie

Dans cette partie, l'objectif est de comprendre la vision que les ergothérapeutes ont du concept de sentiment d'efficacité personnelle, son altération dans l'exercice des rôles sociaux dans le cadre de la lombalgie chronique ainsi que sa prise en compte dans l'accompagnement en ergothérapie des personnes atteintes de lombalgie chronique.

Tout d'abord, les participants ont été questionnés sur le concept de sentiment d'efficacité personnelle. Les participants ont utilisé des termes qui leur sont propres pour définir ce concept. Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait que le sentiment d'efficacité personnelle renvoie à la notion de « capacité de réalisation ». En effet, E1, insiste sur le fait d'être « **productif dans les activités** », E2 sur le fait « **d'être efficace dans le quotidien** ». E4 parle d'être « **capable de faire** quelque chose, une activité ». E3 est d'autant plus précis et parle « **de réaliser des choses, des occupations, des rôles** ».

De plus, les expressions employées par les quatre ergothérapeutes font écho à la notion de « productivité ». « *C'est se sentir **productif dans les activités*** » (E1), « *le sentiment d'être [...] d'être **efficace dans le quotidien*** » (E2), « *que l'on se sente **efficace, performant** [...] lorsque l'on réalise une tâche* » (E3), « *Je donne un exemple, je suis **efficace si j'arrive à faire ça rapidement*** », « *une notion de simplicité, d'**efficacité*** » (E4). Néanmoins, trois ergothérapeutes emploient le terme d'efficacité pour déterminer le sentiment d'efficacité personnelle. De ce fait, il est possible de s'interroger sur la difficulté de définir le terme d'efficacité. Cela peut s'expliquer par le fait que la notion d'efficacité est très proche du terme de performance, mais dont la signification est différente. Ainsi, trouver un terme approprié pour définir l'efficacité s'avère complexe. Ce concept a également été associé à la notion d'auto-perception par trois ergothérapeutes sur quatre. Ce « sentiment » est, selon les participants, propre à chaque individu lorsqu'il est en activité. « *C'est **se sentir*** », « *c'est de l'**auto-perception*** » (E1), « *c'est le **sentiment d'être*** » (E2), « *c'est le **sentiment éprouvé*** » (E3).

par la personne » (E3). De nouveau, trois ergothérapeutes (E2, E3, E4) sur quatre insistent sur la notion de bien-être. En effet, E3 et E4 parlent de satisfaction, de plaisir à plusieurs reprises « **s'est être satisfait de la manière de réaliser des choses [...]** que l'on se sente efficace, mmh performant et **satisfait de cette efficacité** lorsque l'on réalise une tâche » (E3), « avec en plus une notion de **satisfaction**, de **plaisir**. Et peut-être aussi avec une dimension de **moindre contrainte**. Un **équilibre entre le plaisir et la contrainte** », « une notion de **plaisir** [...] et euh une notion de **simplicité**, d'efficacité, **peu de contraintes** » (E4). E2 parle de bien-être au travers de l'expression « **le sentiment d'être [...]** **bien dans ses baskets** ». Lors de ces entretiens, E1 et E3, ont inclus dans la définition de ce concept la notion d'identité. « **C'est se sentir productif dans les activités qui sont, qui ont du sens pour la personne** » (E1), « **c'est être satisfait de la manière de réaliser des choses, des occupations, des rôles qui sont importants pour toi, qui ont du sens** » (E3). Enfin, seule E1 évoque le fait que le sentiment d'efficacité personnelle d'un individu est influencé par le milieu dans lequel il évolue : « **ça dépend de l'environnement dans lequel la personne évolue, surtout l'environnement humain** ».

A la cinquième question, *selon votre expérience, à quelle fréquence les personnes atteintes de lombalgie chronique sont-elles confrontées à un faible sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?* les réponses divergent, mais des thématiques se détachent. Tout d'abord, les quatre ergothérapeutes valident que la lombalgie chronique engendre des répercussions sur le sentiment d'efficacité personnelle des personnes qui en sont atteintes dans l'exercice de leurs rôles sociaux. Néanmoins, la fréquence de ce phénomène semble variable et est dépendant de plusieurs facteurs. En effet, deux ergothérapeutes sur quatre parlent d'une fréquence avoisinant la totalité des personnes atteintes de lombalgie chronique ; « **J'aurais presque tendance à te dire tous** », « **je te dirais que forcément elles sont confrontées à un faible sentiment d'efficacité dans leurs rôles sociaux** », (E3), « **Tous les patients, sur l'ensemble de tous les patients, [...] Je trouve beaucoup** » (E4).

Les deux autres ergothérapeutes modulent davantage leurs réponses et font du lien avec deux thématiques, l'environnement et/ou le profil psychologique de l'individu. E1 stipule que « **ça dépend totalement de chaque personne** », « **c'est vraiment dépendant de l'environnement dans lequel la personne évolue, surtout l'environnement humain** ». Ces derniers propos rejoignent ceux de E3 qui précise que le faible sentiment d'efficacité personnelle peut être plus ou moins présent en fonction de l'environnement dans lequel évolue la personne « **après soit plus dans la**

sphère familiale et d'autre plus au niveau pro ». Pour E2, la fréquence est également dépendante de chaque individu, plus précisément, dépendant du profil psychologique ; « *Oui, ça arrive sur des personnes, [...], il y a peut-être plusieurs profils* », « *pour qui la problématique initiale était pas forcément musculaire* », « *pas forcément intérêt à toujours inconsciemment, à aller mieux, [...], la douleur n'est pas purement organique [...], il y a des facteurs psychologiques* ». Concernant la notion de profil psychologique associé à un faible sentiment d'efficacité personnelles chez la population étudiée, E4 rejoint les propos de E2, en y ajoutant le concept de temporalité « *je pense que c'est directement lié à la durée de souffrance [...], la longueur du parcours et la chronicité en fait de la lombalgie, je trouve qu'elle implique directement la difficulté à se reprojeter dans quelque chose de positif, d'agréable et de voilà, je trouve qu'il y a plus à reconstruire chez ces gens-là* » (E4).

A la dernière question de cette thématique, *pouvez-vous me parler de la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux au cours de l'accompagnement d'une personne atteinte de lombalgie chronique ?* deux grands thèmes apparaissent. Le premier concerne les modalités pour évaluer le sentiment d'efficacité personnelle et le second les moyens utilisés pour favoriser l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle positif. Dès cette question, les ergothérapeutes abordent le sujet de la MCRO et des possibilités qu'offrent cette mesure. De ce fait, il est primordial de s'intéresser en tout premier lieu aux modalités d'utilisation de cette dernière avant de traiter le contenu de la question précédemment énoncée.

4. L'utilisation et la pertinence de la MCRO dans l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux

Dans cette partie, l'objectif est de déterminer la plus-value de la MCRO dans l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique. Comme précisé précédemment lorsque la thématique de la prise en soin en ergothérapie des personnes atteintes de lombalgie chronique a été abordée, les quatre ergothérapeutes ont mentionné la passation de la MCRO et ont justifié leur choix en précisant les différents objectifs visés à travers l'utilisation de cet outil (Annexe XI). A travers l'utilisation de la MCRO, les ergothérapeutes souhaitent avant tout identifier les problématiques occupationnelles des personnes atteintes de lombalgie chronique et identifier des mises en situation signifiantes. Seul E1 et E3 précisent qu'au travers de l'identification des

problématiques occupationnelles, ils repèrent également les problématiques en lien avec l'exercice de ses rôles sociaux. Encore une fois, les quatre ergothérapeutes justifient l'utilisation de cet outil auprès de cette population grâce au feedback qu'il permet lors de la réévaluation. Ceux à quoi, trois ergothérapeutes y associent la notion d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle. De plus, trois ergothérapeutes mentionnent l'intérêt de cet outil pour redéfinir des objectifs thérapeutiques au fil de l'évolution de l'individu. Ainsi, au travers de cet axe, il est mis en avant que la MCRO semble propice au développement du sentiment d'efficacité personnelle de l'individu sans quoi la définition de nouveaux objectifs ne pourrait avoir lieu.

La question ; *pouvez-vous me parler de la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux au cours de l'accompagnement d'une personne atteinte de lombalgie chronique ?* est à mettre en relation avec la dernière question de l'entretien qui cherche à déterminer *en quoi et comment la MCRO peut-elle favoriser, accroître le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique ?* Les résultats croisés de ces deux questions ont été recensés sous la forme de tableaux établis autour de 6 thématiques : d'un côté les modalités d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle et les moyens d'intervention, d'un autre côté l'auto-critique, le ciblage des occupations signifiantes, la mise en place de stratégie ainsi que le feedback qui sont permis par la MCRO (Annexe XII).

Ainsi, selon les quatre ergothérapeutes, le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux est évalué par la passation de la MCRO ; *"quand on fait passer la MCRO, on fait déjà un état des lieux et on **recueille la perception** qu'à la personne **de son efficacité** [...] comment il est évalué et mis en avant c'est par la MCRO" (E1), "je trouve que la MCRO nous permet vachement **d'identifier l'accomplissement des rôles sociaux** à travers les activités "(E3) "je trouve que MCRO permet [...] de mieux comprendre dans quelle phase aussi il se situe, par rapport à **son et à ses incapacités et aussi sa capacité psychologique** de se projeter dans l'avenir." (E4). Seul E1 précise que ce sentiment peut être évalué par des échelles d'auto-évaluation en amont et à l'issue d'une mise en situation ; *"on utilise pas mal les **échelles** de douleurs, les échelles de difficultés, échelle de fatigue, euh l'ENF et Borg, [...]et souvent on leur demande [...] quels impacts ou quelles difficultés pensez-vous ressentir en faisant cette activité-là » (E1).* Ceci peut s'expliquer par le fait qu'E1 est la plus jeune diplômée en ergothérapie et que l'approche occupation centrée s'est fortement développée dans la structure où elle exerce qui tend à recréer*

un environnement écologique. De plus, une ergothérapeute parle de l'intérêt de la réévaluation de la MCRO afin d'évaluer, mais aussi d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux ; « *en **évaluation pure et dur**, effectivement, à part la **MCRO** et la réévaluation* » (E2).

Concernant le processus d'intervention, les quatre ergothérapeutes expliquent utilisés deux moyens différents pour favoriser l'émergence et l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux. Le premier concerne les mises en situation afin que le patient devienne acteur et prenne conscience de ses habiletés et de son efficacité au cours de la réalisation d'une tâche qui est signifiante : « *comment on peut agir dessus c'est par les **mises en situation*** » (E1), « *pour l'accroître, on fait, on demande beaucoup aux gens de **tester** chez eux, donc pour le coup c'est vraiment de **la mise en situation écologique*** » (E2), « *les **mettre en situation** sur des activités qui ont du sens et donc où elles vont s'investir davantage pour améliorer leur efficacité* » (E3), « *beaucoup de **mise en situation professionnelle** et centré sur les objectifs des patients à l'issus de la MCRO, voilà évaluer, permettre aux patients de se rendre compte aussi de ses capacités mais aussi de ses incapacités* » (E4). Ainsi, trois ergothérapeutes sur les quatre interrogés mentionnent que la MCRO, en identifiant les occupations signifiantes de la personne, leur permet de réaliser des mises en situation écologique, vecteur d'amélioration significative dans leur quotidien. E2 et E3 précisent l'occasion de les mettre en situation sur des problématiques mettant en jeu les rôles sociaux des individus. La seconde technique repose sur les feedbacks réalisés en aval d'une mise en situation et procurés lors de la réévaluation de la MCRO. « *comment on peut agir dessus c'est **par les évaluations et le retour** que l'on fait aux personnes après celles-ci* » (E1), « *on **leur montre** aussi par le biais d'activité le fait qu'ils ont repris la main, qu'ils sont capables de réaliser les activités, d'assurer leur rôle au quotidien* », « *la **réévaluation**, c'est toujours un temps fort et ça les rassure de **voir leur évolution** en termes d'auto-perception.* » (E2), « *du coup à ce moment-là les personnes, en s'auto-évaluant prennent conscience de leur **évolution** et reprennent confiance en leur capacité à réaliser des activités et à assurer leurs rôles finalement* » (E3), « *"On **reprenait** ça chaque fois en chaque début de semaine. Le point sur voilà, est-ce qu'il a eu la capacité de faire, quelle sensation il en a. Et souvent, les gens avaient plaisir à nous raconter* » (E4). Ainsi, les quatre ergothérapeutes accordent une attention toute particulière à l'apport de la réévaluation de la MCRO. En effet, selon leurs dires, elle

offre un feedback permettant de mettre en lumière l'évolution de leur perception en termes de rendement et de satisfaction et par conséquent en termes d'efficacité personnelle. Le feedback procuré par l'outil et mis en avant par le thérapeute, rassure et fortifie l'image qu'à l'individu de ses capacités. E4 parle d'ambition, d'individus qui, grâce à la réévaluation de la MCRO, se fixent de nouveaux objectifs, de nouveaux défis. Ces derniers propos prouvent que cet outil permet à l'individu de s'auto-évaluer mais également de se percevoir plus efficace au cours de l'accompagnement. En revanche, E1 fait du lien entre le feedback de la MCRO et celui procuré par la vidéo thérapie qui permet de faire prendre conscience à la personne de ses capacités et de la finalité de ses actions : « *La vidéo thérapie c'est par rapport à ça. **C'est s'auto-voir, s'auto-analyser, c'est dire ah ouai donc au final je suis capable de ça, je fais comme ci, je fais comme ça et je ne pensais pas en être capable*** ».

De plus, selon les dires des ergothérapeutes, la MCRO permet d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle grâce à l'aspect auto-évaluation de cet outil propice à l'apparition d'une auto-critique des personnes atteintes de lombalgie chronique. Ainsi, ces dernières s'engagent davantage dans ce processus de changement en vue d'accroître ou d'envisager la reprise de participation dans leurs occupations. De plus, deux ergothérapeutes font du lien entre la passation de la MCRO, les mises en situation et la mise en place de stratégie au quotidien par les personnes atteintes de lombalgie chronique.

Cette analyse transversale a permis de mettre en évidence que la MCRO est un outil qui semble favorable à l'évaluation et à l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle au vu des possibilités d'interventions qui en découlent. En effet, l'ensemble des ergothérapeutes s'appuie sur les occupations significatives mises en évidence par la MCRO pour créer leur mise en situation et favoriser l'émergence d'un sentiment d'efficacité positif ou renforcer ce dernier. Cet outil, grâce à la réévaluation, semble permettre à la personne atteinte de lombalgie chronique, en se sentant valorisé et encouragé par le feedback du thérapeute, de se réengager dans ses activités, de se réaffirmer et par conséquent de réinvestir ses rôles sociaux.

VI. Discussion

A. Retour sur les hypothèses

Cette partie a pour objectif de confronter les éléments issus des quatre entretiens, ayant été analysés précédemment, et la partie théorique du cadre

conceptuel. A l'issue de cette confrontation, les deux hypothèses émises pourront être soit validées soit invalidées.

Tout d'abord, la première hypothèse était formulée de la façon suivante : **l'exploitation des résultats de la MCRO permet à l'ergothérapeute de cibler les activités significatives de la personne atteinte de lombalgie chronique afin d'accroître son sentiment d'efficacité personnelle positif dans l'exercice de ses rôles sociaux.**

Les quatre ergothérapeutes interrogés s'accordent pour dire que la passation de la MCRO auprès de personnes atteintes de lombalgie chronique permet d'évaluer, par le biais des cotations du rendement et de la satisfaction, le sentiment d'efficacité personnelle des individus dans l'exercice d'occupations significatives. De surcroît, selon les dires de plusieurs ergothérapeutes, la MCRO offre la possibilité de définir le sentiment d'efficacité personnelle de cette population dans l'exercice de leurs rôles sociaux car ces derniers s'expriment au travers des occupations réalisées. Ainsi, la MCRO permet aux ergothérapeutes de cibler les activités et les rôles sociaux significatifs de la personne atteinte de lombalgie chronique. En revanche, ce ne sont pas les activités significatives qui favorisent l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle positif dans l'exercice des rôles sociaux, mais davantage les mises en situation écologique qui découlent de la passation de la MCRO. En effet, de cette étude, il ressort que la MCRO est un outil qui semble favorable à l'évaluation et à l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle au vu des possibilités d'interventions qui en découlent. L'ensemble des ergothérapeutes s'appuie sur les occupations significatives mises en évidence par la MCRO pour créer leur mise en situation et ainsi favoriser l'émergence d'un sentiment d'efficacité positif ou renforcer ce dernier dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique. Ces constatations concordent avec les propos de Bandura. En effet, selon cet auteur, le sentiment d'efficacité personnelle repose sur les « expériences actives » (Bandura, 2019). De ce fait, c'est par les mises en situation écologique que la personne construit ce sentiment et le fait évoluer de manière positive ou négative en fonction de l'expérience qu'il a vécu et de la façon dont il l'a perçue.

Ainsi, l'hypothèse, « l'exploitation des résultats de la MCRO permet à l'ergothérapeute de cibler les activités significatives de la personne atteinte de lombalgie chronique afin de favoriser l'émergence chez elle d'un sentiment d'efficacité personnelle positif dans l'exercice de ses rôles sociaux », est invalidée en raison d'un manque de précision dans les termes employés.

La seconde hypothèse était la suivante : **le feedback procuré par la réévaluation de la MCRO favorise l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle chez les personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux.**

Chaque ergothérapeute interrogé accorde une importance majeure à la phase de réévaluation de la MCRO. En effet, ce temps, permet à l'ergothérapeute de laisser le patient s'exprimer sur la perception de son évolution au cours du séjour. Ainsi, la liberté des cotations et le feedback procuré par le thérapeute responsabilisent le patient, le rend acteur de son parcours de soin afin qu'il accroisse sa qualité de vie. Effectivement, lors de la réévaluation de la MCRO, l'ergothérapeute aide et offre la possibilité au patient de prendre du recul sur sa situation, sur la perception de son rendement et de sa satisfaction lors de la réalisation d'occupations significatives. De plus, ce temps de réévaluation permet au thérapeute de valoriser les progressions du patient et de mettre en lumière la hausse de l'efficacité au cours de la prise en soin. De plus, selon les dires des ergothérapeutes la MCRO semble propice au développement du sentiment d'efficacité personnelle de l'individu sans quoi la définition de nouveaux objectifs ne pourrait avoir lieu. La valorisation par le feedback du thérapeute à l'issue de la passation de la MCRO, permet à la personne atteinte de lombalgie chronique de se réengager dans ses activités au fil des semaines de rééducation, de se réaffirmer et par conséquent de réinvestir ses rôles sociaux. Les constats émis coïncident avec les propos de Law et al en 1990 et ceux de Bandura en 2019. Law et al insistait sur le fait la réévaluation de la MCRO permettait au patient de prendre conscience de son évolution et des progrès survenus tout au long de son parcours de soin (Law et al, 1990). Bandura, en définissant le sentiment d'efficacité personnelle et les différentes composantes qui le constituent, abordait les concepts d'« expérience actives » et de « persuasion sociale » (Bandura, 2019).

Ainsi, la réévaluation de la MCRO semble jouer un rôle clé sur la perception d'efficacité personnelle d'une personne atteinte de lombalgie chronique. Le feedback réalisé par le thérapeute permet de revenir sur les expériences actives et l'apprentissage sociale que l'individu a pu vivre au cours de la rééducation que ce soit lors de séances individuelles ou de groupe. La perception du thérapeute concernant l'évolution du patient est également perçue par ce dernier et contribue à accroître le sentiment d'efficacité personnelle de l'individu. De ce fait, dans le cadre de cette étude, la seconde hypothèse est validée.

B. Biais de l'étude

Au cours de la réalisation de cette étude, plusieurs biais ont pu être identifiés. Tout d'abord, dans l'ensemble des entretiens, le biais de « désirabilité sociale » ressort. En effet, les ergothérapeutes répondent aux questions de l'entretien de sorte que leurs réponses soient socialement acceptables d'autant plus que chaque réponse a été enregistrée. De ce fait, les réponses données perdent en spontanéité. De plus, le discours de certains ergothérapeutes est influencé par la volonté d'émettre des informations confirmant les idées préconçues par la thématique du mémoire d'initiation à la recherche au détriment d'idées, d'hypothèses qui sont propres à leur pratique professionnelle. Ce biais correspond au « biais de confirmation ». Enfin, le dernier biais de cette étude est celui « émotionnel ou affectif ». En effet, deux des quatre entretiens ont été réalisés avec des ergothérapeutes exerçant dans des structures où un stage professionnel a été réalisé. De ce fait, ces deux ergothérapeutes étaient plus spontanés dans leur discours et développaient davantage leurs réponses.

C. Limites de l'étude

La limite majeure de cette étude concerne le nombre d'ergothérapeutes recrutés. En effet, seulement quatre entretiens ont pu être réalisés malgré de nombreuses relances. De ce fait, un nombre d'entretiens plus important permettrait d'apporter plus de données ainsi que d'objectivité à cette étude. Cette limite est à mettre en lien avec une seconde qui repose sur le fait que très peu d'ergothérapeutes utilisent le MCREO et son outil d'évaluation dans leur pratique professionnelle. Une autre limite identifiée est celle liée à l'expérience d'utilisation de la MCRO. En effet, trois ergothérapeutes constituant l'échantillon, utilisent depuis deux ans la MCRO au sein de leur pratique professionnelle. Or, recueillir les propos d'ergothérapeutes ayant plus d'années d'expérience dans l'utilisation de cet outil permettrait d'avoir un recul plus significatif. Enfin, la dernière limite repose sur le moyen utilisé pour effectuer l'entretien. En effet, deux entretiens ont été effectués par le biais d'un appel téléphonique et les deux autres par visioconférence sur Zoom et sur Google Meet. De ce fait, pour deux d'entre eux, seule la communication verbale a pu être prise en compte. Cependant, la réalisation des entretiens par téléphone est plus rapide à organiser, plus rapide de passation et permet également aux personnes interrogées d'être plus à l'aise car elles ne se sentent pas observées ni jugées lorsque les réponses sont données.

D. Perspectives envisagées

Pour aller plus loin dans ce travail de recherche, il serait pertinent d'élargir le questionnement à un plus grand nombre d'ergothérapeutes français. De plus, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés ont mis en lumière l'importance de l'accompagnement pluridisciplinaire de cette population. De ce fait, il serait tout à fait intéressant de questionner les autres professionnels (psychologue, chargé de réinsertion, kinésithérapeute...) pour recueillir leur avis concernant l'accompagnement de cette population vers un sentiment d'efficacité personnelle positif dans l'exercice de ses rôles sociaux. En rendant le patient acteur de son parcours de soin, il serait tout à fait opportun de l'interroger sur sa perception de l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle positif dans l'exercice de ses rôles sociaux au cours de l'accompagnement en ergothérapie. Enfin, il me semble intéressant, de développer une recherche sur le terrain par l'intermédiaire d'un protocole de recherche pour tenter d'identifier des moyens et des outils, autre que la MCRO, que disposent l'ergothérapeute afin d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux.

E. Apports personnels et professionnels de l'étude

L'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche, m'a permis d'acquérir des compétences en méthodologie de recherche. Ce travail a contribué à souligner l'importance de se questionner tout au long de sa pratique professionnelle afin d'améliorer la qualité de ses accompagnements quelles que soient la pathologie et les problématiques occupationnelles rencontrées par les personnes. Ainsi, une appétence toute particulière pour la recherche s'est développée. De plus, l'élaboration de ce mémoire m'a permis de prendre conscience de l'importance de travailler en collaboration, pour accroître la pertinence de l'accompagnement des patients afin d'améliorer leur qualité de vie. Au-delà de la personne accompagnée, le travail pluridisciplinaire est riche et contribue à l'évolution de sa propre pratique professionnelle. Ce travail a confirmé mon attrait pour l'accompagnement des personnes douloureuses chroniques dans l'ensemble de leurs domaines occupationnels et la volonté d'affirmer mon identité professionnelle en centrant ma pratique sur des outils et des moyens d'intervention dits occupation-centrée. Aux vues des résultats, je souhaiterai accorder une attention toute particulière aux feedbacks lors de mes futures prises en soin afin d'améliorer la qualité de vie des personnes ainsi que la pertinence de mes suivis en ergothérapie.

VII. Conclusion

La thématique de ce mémoire d'initiation à la recherche a pris naissance au cours d'expérience en stage et fait écho à une appétence particulière pour l'accompagnement des personnes atteintes de douleurs chroniques telles que la lombalgie chronique. Un faible sentiment d'efficacité personnelle entrave l'engagement occupationnel, et peut entraîner une perte identitaire notamment au travers de l'exercice des rôles sociaux. L'ergothérapeute, dans cette quête d'accompagner la personne à retrouver un équilibre occupationnel et une qualité de vie satisfaisante, mobilise ses compétences et les outils qu'il a à sa disposition pour répondre, pallier ou diminuer les situations de handicaps générées par la lombalgie chronique. Ainsi, la MCRO, de par son approche holistique, semble être un outil propice au développement du sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs sociaux.

Si l'élaboration du cadre conceptuel issu de la littérature scientifique a permis de formuler la question de recherche suivante : En quoi l'utilisation de la MCRO par l'ergothérapeute permettrait-il d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique afin qu'elles réinvestissent leurs rôles sociaux ? ainsi qu'émettre deux hypothèses de recherche, l'étude menée par le biais d'entretien semi-dirigé n'a pu en valider qu'une seule sur les deux. Le feedback procuré par la MCRO permet au thérapeute d'influer sur les différentes composantes du sentiment d'efficacité et ainsi favoriser l'émergence d'un sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux et l'affirmation de soi des personnes atteintes de lombalgie chronique. En revanche, ce n'est pas en ciblant les activités significatives mais plutôt en ciblant les mises en situation écologique des personnes que l'ergothérapeute peut favoriser l'émergence de ce sentiment dans l'exercice des rôles sociaux à l'issue de la passation de la MCRO.

A l'issue de ce travail, deux axes de réflexions émergent. Le premier concerne l'intervention plus précoce de l'ergothérapeute pour éviter l'apparition de la chronicité afin d'accroître plus aisément le sentiment d'efficacité. En effet, il semble exister un lien entre la chronicité et la difficulté d'apparition d'un sentiment d'efficacité personnelle positif. Ne serait-il pas alors intéressant d'envisager des interventions préventives et plus précoces ? Le second, concerne l'utilisation de la vidéo thérapie mentionnée plusieurs fois dans ce mémoire. Quelle pourrait être la plus-value du feedback vidéo chez les personnes atteintes de lombalgie chronique ainsi que dans l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle ?

VIII. Bibliographie

➤ Ouvrage

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck-Solal.

➤ Chapitres d'ouvrage

Bandura, A., & Lecomte, J. (2019). Perspectives théoriques. Dans Bandura & Lecomte Auto-efficacité : Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie (3e éd). (p. 20-37). De Boeck supérieur.

Berquin, A., & Grisart, J. (2016b). La douleur et ses conséquences, risque d'emballement. In Les défis de la douleur chronique (p. 71-90). Mardaga ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-defis-de-la-douleur-chronique--9782804703233-p-71.htm>

Bertrand, R et al (2018). Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. Dans Caire, J.-M et Schabaille, A (dir.), Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. (p.47-57). ANFE

Boniface, G. (2013). Defining occupational therapy theory. In G. Boniface & A. Seymour (Éds.), Using Occupational Therapy Theory in Practice (p. 21-37). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118709634.ch3>

Caire, J.-M & Rouault, L (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel. Dans Morel-Bracq, M.-C. (Éd) Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux (2e éd). (p.85-96). De Boeck supérieur.

Caire, J.-M & Morel-Bracq, M.-C (2018). La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) facilite-t-elle l'engagement occupationnel des personnes bénéficiant d'interventions en ergothérapie en France ? Dans Caire, J.-M et Schabaille, A (Éd.), Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur

l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. (p.83-97).

ANFE

Ferland Francine (2015). L'activité au cœur du développement de la personne. Dans MOREL-BRACQ M.-C, et al (Éd.). L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? (p.35-40). De Boeck-Solal.

Fourez G.& Larochelle M. (2002). Avant-propos. L'épistémologie, qu'est-ce ? Dans Fourez.G & Larochelle. M (Éd.). Apprivoiser l'épistémologie (p.9-22). De Boeck Supérieur.

Gobeil, M.-J. (2018). Rôle de l'ergothérapeute. In P. Beaulieu (Éd.), La douleur en mouvement (p. 53 58). Presses de l'Université de Montréal.

Meyer, S (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. Dans Caire, J.-M et Schabaille, A (Éd.), Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. (p.17-25). ANFE

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Introduction. Dans Morel-Bracq, M.-C. (Éd) Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux (2e éd). (p.1-13). Deboeck supérieur.

Morel-Bracq, M.-C (2018). La science de l'occupation, un défi pour la santé. Dans Caire, J.-M et Schabaille, A (Éd.), Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. (p.3-15).

ANFE

Townsend E., Polatajko H. Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation. CAOT Publication ACE. 2nd edition. 2013. (p. 22-36, 31-32 et 446)

➤ Articles

- Alami, S., Desjeux, D. & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). L'analyse et la restitution des résultats. Dans : Sophie Alami éd., *Les méthodes qualitatives* (pp. 107-120). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Andrews, N. E., Strong, J., Meredith, P. J., et Branjerdporn, G. S. (2018). Approach to activity engagement and differences in activity participation in chronic pain: A five-day observational study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(6), 575-585.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12516>
- Ashby, S., Richards, K., et James, C. (2010). The effect of fear of movement on the lives of people with chronic low back pain. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(5), 232-243. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.5.47842>
- Ashby, S., Fitzgerald, M., et Raine, S. (2012). The Impact of Chronic Low Back Pain on Leisure Participation: Implications for Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(11), 503-508.
<https://doi.org/10.4276/030802212X13522194759897>
- Bailly, F., Foltz, V., Rozenberg, S., Fautrel, B., & Gossec, L. (2015). Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : Une étude qualitative. *Revue du Rhumatisme*, 82(6), 396-401.
<https://doi.org/10.1016/j.rhum.2015.08.005>
- Beaupré, M., & McKerral, M. (2012). Impact de la douleur chronique sur la cognition et facteurs psychologiques concomitants. *Revue de neuropsychologie*, 4(1), 53-59. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rne.041.0053>
- Chaib, S, Gueroui, A et Gueroui,S. (2018) L'école du dos pour le traitement des lombalgies. *Revue Scientifique et technologique, Synthèse* 36 :32-38.
- Coudeyre, E., & Ratinaud, M.-C. (2011). Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité ? *Revue du Rhumatisme*, 78, S52-S55.
[https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(11\)70010-2](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(11)70010-2)

- Donskoff, C. (2011). Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme*, 78, S79-S82. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(11\)70016-3](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(11)70016-3)
- Dumont, A., & Acquaviva, C. (2007). Le sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la douleur chronique : Approche sociocognitive. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 17(3), 130-134. [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(07\)73243-3](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(07)73243-3)
- Dür, M., Unger, J., Stoffer, M., Drăgoi, R., Kautzky-Willer, A., Fialka-Moser, V., Smolen, J., & Stamm, T. (2015). Definitions of occupational balance and their coverage by instruments. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 4-15. <https://doi.org/10.1177/0308022614561235>
- Fougeyrollas, P., & Roy, K. (2005). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 45(3), 31-54. <https://doi.org/10.7202/706736ar>
- Froud, R., Patterson, S., Eldridge, S., Seale, C., Pincus, T., Rajendran, D., Fossum, C., & Underwood, M. (2014). A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-50>
- Kirsh, B., & Cockburn, L. (2009). The Canadian Occupational Performance Measure : A tool for recovery-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 171-176. <https://doi.org/10.2975/32.3.2009.171.176>
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for

Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87.

<https://doi.org/10.1177/000841749005700207>

Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle : Savoirs, Hors-série (5), 59-90. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>

Lévesque-Lacasse, A., & Cormier, S. (2020). La stigmatisation de la douleur chronique : Un survol théorique et empirique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 21(3), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2020.04.013>

Louche, C., Bartolotti, C., & Papet, J. (2006). Motivation intrinsèque et présentation de soi à différentes instances dans une organisation : *Bulletin de psychologie*, Numéro 484(4), 351-357. <https://doi.org/10.3917/buppsy.484.0351>

Marchalot, I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. *Ergothérapies*, 62(1), 19.

Mbarga, J., Foley, R.-A., Pichonnaz, C., et Ancey, C. (2020). Trajectoires de personnes souffrant de lombalgie chronique : Ruptures et reconstructions après un programme de rééducation. *Santé Publique*, 32(1), 19-28. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.201.0019>

Pickering, G., & Margot-Duclot, A. (2006). Le triptyque de la douleur, de la cognition et de l'émotion. *Douleur et Analgésie*, 19, 81-86. <https://doi.org/10.1007/s11724-006-0018-z>

Poiraudeau, S., Rannou, F., Lefevre Colau, M. M., Boutron, I., & Revel, M. (2004). Réadaptation du lombalgique à l'effort. *La Presse Médicale*, 33(6), 413-418. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)98609-5](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)98609-5)

Poiraudeau, S., Rannou, F., et Revel, M. (2007). Intérêts du réentraînement à l'effort dans la lombalgie : Le concept de restauration fonctionnelle. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(6), 419-424. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.04.010>

- Rozenberg, S., Foltz, V., et Fautrel, B. (2012). Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme*, 79, A27-A31. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(12\)70058-3](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(12)70058-3)
- Saubade, M. Karatzios, C., Besson, C., Gremion, G., Benaim, C., et Norberg, IM. (2016). Activité physique et lombalgie chronique. *Revue Swiss Sport & Exercise Medecine*, 64(2), 31-28.
- Silva, S., Gutzmann, M. D., et Suter, M. R. (2017). Composante neuropathique de la lombalgie. *Revue Médicale Suisse*, 13(568), 1278-1282. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.568.1278>
- Solé, E., Racine, M., Tomé-Pires, C., Galán, S., Jensen, M. P., et Miró, J. (2020). Social Factors, Disability, and Depressive Symptoms in Adults With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 36(5), 371-378. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000815>
- Tuffigo, C., & André, M. (2022). Activité productive des personnes en situation d'obésité : L'impact de la discrimination sur leur engagement. *Ergothérapies*, 84, 15.
- Van Huet, H., & Williams, D. (2007). Self-beliefs about pain and occupational performance: A comparison of two measures used in a pain management program. *OTJR Occupation, Participation and Health*, 27(1), 4-12.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Devulder, J., et De Corte, W. (2004). Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain*, 112(3), 282-288. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.008>
- 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>

➤ Autres références

American Occupational Therapy Association. AOTA Occupational Profile Template. Consulté 27 novembre 2022, à l'adresse [AOTA-Occupational-Profile-Template.pdf](#)

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Dans BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2010/7 du 15 août 2010. (p.177-186). Consulté 1 octobre 2022, à l'adresse https://www.ifpek.org/wp-content/uploads/2020/04/annexesergo_a05072010.pdf

Chapitre IV : Personnes handicapées. (Articles L114 à L114-5) —Légifrance. (s. d.). Consulté 26 décembre 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157554/2022-12-26

Définition, causes et symptômes de la lombalgie. (s. d.). Consulté 21 septembre 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie>

Douleur · Inserm, La science pour la santé. (s. d.). Inserm. Consulté 1 octobre 2022, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>

Enjeu de santé publique. (s. d.). Consulté 10 septembre 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>

Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 10 septembre 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire

Jouanneau, C. (2019, mai 13). Rapport HAS 2019 sur la Lombalgie—Quelles recommandations ? Blueback. <https://www.blueback.fr/has-2019-lombalgie-recommandations/>

La profession. (s. d.). ANFE. Consulté 6 janvier 2020, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

L'ergothérapie, les maux de dos et le travail. (s. d.). Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Consulté 14 mars 2022, à l'adresse <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/10-lergothérapie-les-maux-de-dos-et-le-travail.html>

Les étapes Intervention en ergothérapie Désir, motivation, volition? (s. d.). Consulté 27

novembre 2022, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/desir-motivation-volition-a776.html>

Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 10

septembre 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie

Lombalgie. Statistique—Risques—INRS. (s. d.). Consulté 10 septembre 2022, à l'adresse

<https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>

Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. (s. d.). Haute Autorité de

Santé. Consulté 21 septembre 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

IX. Annexes

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : Indicateurs psychosociaux de passage à la chronicité.....	1
ANNEXE II : Les facteurs de risque de passage à la chronicité	1
ANNEXE III : Représentation schématique de la chronicisation de la lombalgie	2
ANNEXE IV : Représentation schématique du MCREO.....	2
ANNEXE V : Représentation schématique du modèle de l'engagement occupationnel	3
ANNEXE VI : Loi Jardé	3
ANNEXE VII : Guide d'entretien avant la passation de l'entretien test	4
ANNEXE VIII : Guide d'entretien après la passation de l'entretien test	6
ANNEXE IX : Formulaire de consentement	8
ANNEXE X : Retranscription de l'entretien avec E1	9
ANNEXE XI : Tableau de l'analyse thématique des objectifs visés à travers l'utilisation de la MCRO	17
ANNEXE XII : Tableaux de l'analyse thématique afin de déterminer l'impact de la MCRO sur le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux ..	18

ANNEXE I : INDICATEURS PSYCHOSOCIAUX DE PASSAGE

A LA CHRONICITE

-  « Drapeaux jaunes » : 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)

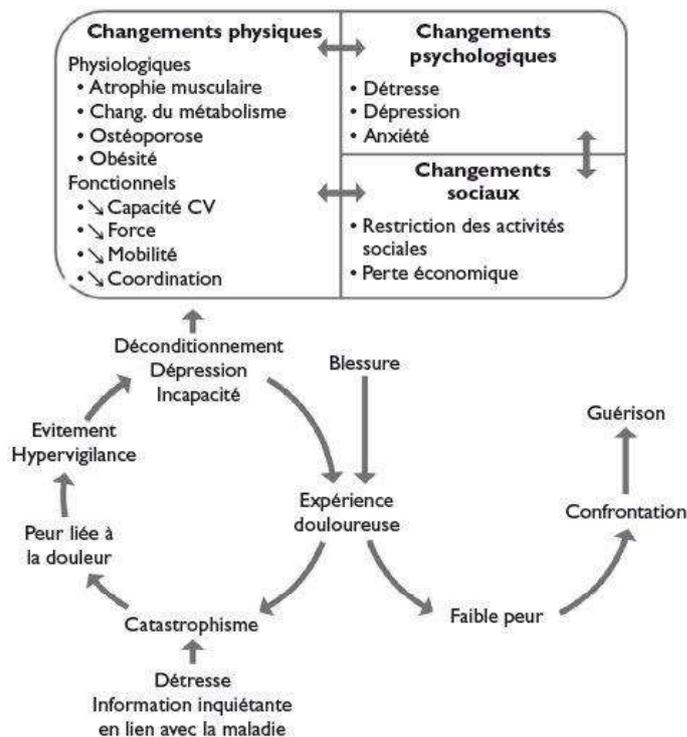
Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité, Société Française de Médecine du Travail, HAS, 2013

ANNEXE II : LES FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE A LA CHRONICITE

Facteurs de risque individuel	Facteurs de risque socio-professionnel
<p><u>Facteurs médicaux et démographiques</u> : Age, antécédents, état de santé, durée et intensité de l'épisode lombalgique, sévérité de l'incapacité fonctionnelle.</p> <p><u>Facteurs psychologiques</u> : État psychologique global, dépression, résilience, représentation de la lombalgie, catastrophisme.</p>	<p><u>Facteurs socio-culturels</u> : Satisfaction relative au statut social.</p> <p><u>Facteurs professionnels</u> : Satisfaction au travail, aménagement du poste, niveau de qualification, indemnité, charge de travail et mentale (stress), durée des ports de charges, répétitivité des tâches, postures.</p>

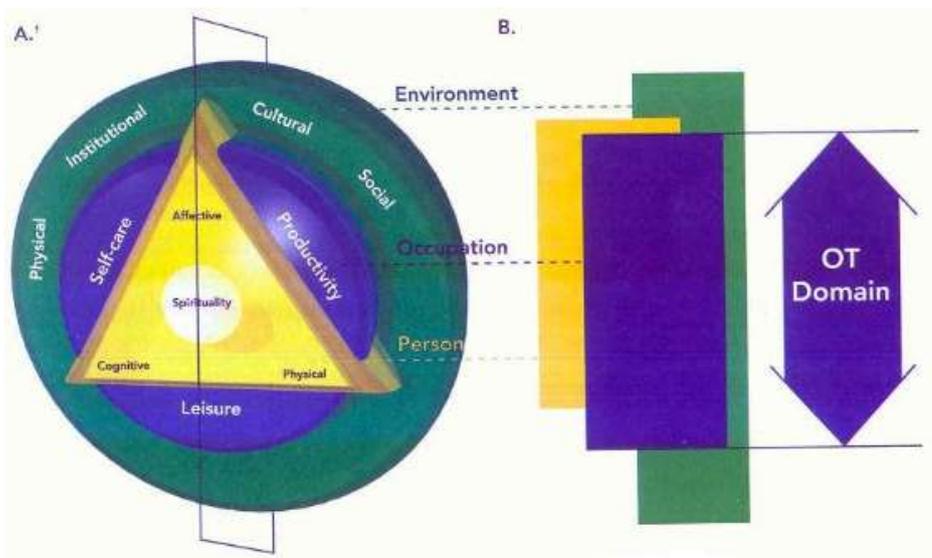
Les facteurs de risque de passage à la chronicité selon Fayad et al, cités dans Coudeyre & Ratinaud, 2011

ANNEXE III : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA CHRONICISATION DE LA LOMBALGIE



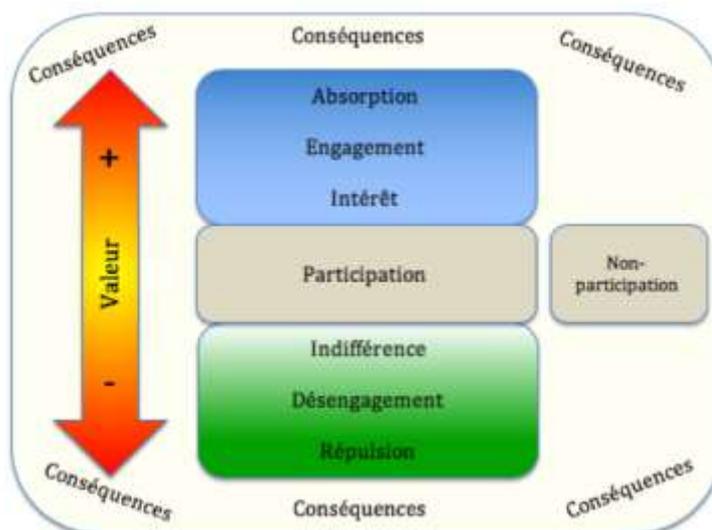
Chronicisation de la lombalgie illustrée par le modèle de la peur liée à la douleur, Yves Henchoz, 2016

ANNEXE IV : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DU MCREO



Représentation schématique du modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel par Polatajko et al, 2013

ANNEXE V : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DU MODELE DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL



Représentation schématique du modèle de l'Engagement Occupationnel selon Morris et Cox, 2017

ANNEXE VI : LOI JARDE



Institut de formation en ergothérapie La Musse
CS 20119,
27160 Saint-Sébastien-de-Morsent
tél. : 02 32 07 29 35
ife@ifrs-lamusse.net



le 07/11/2018

Complément au Guide méthodologique pour la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche

Conformément à l'application de la loi JARDE du 2 mars 2012, un étudiant de l'IFELM qui inscrit son travail d'initiation à la recherche dans la catégorie 3, a la possibilité de réaliser :

- Des questionnaires et entretiens auprès de professionnels
- Des questionnaires et entretiens auprès d'ergothérapeutes
- Des questionnaires et entretiens auprès de bénévoles d'associations
- Des recueils et exploitations de données issues de dossiers médicaux
- Des entretiens auprès d'adultes sans vulnérabilité spécifique et recrutés dans la population générale
- Des questionnaires et entretiens auprès de patients ou résidents s'il s'agit d'interroger les pratiques professionnels et/ou l'organisation des soins

Pour chacune de ces situations, le consentement écrit des participants est obligatoire et doit être recueilli par l'étudiant.

L'étudiant s'engage à préserver l'anonymat de la personne.

Les étudiants ne sont donc pas autorisés à réaliser des questionnaires et entretiens auprès des patients ou résidents lorsque la recherche est en lien avec le traitement et les soins de la personne. En effet, l'étudiant ne doit en aucun cas modifier la prise en charge de la personne.

Informations relatives à la Loi Jardé, guide méthodologique de l'IFELM, 2022

ANNEXE VII : GUIDE D'ENTRETIEN AVANT LA PASSATION DE L'ENTRETIEN TEST

Bonjour, je m'appelle Aurélie LAGADEC et je suis étudiante en troisième année de formation en ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse. Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat, je réalise actuellement un mémoire d'initiation à la recherche. Celui-ci traite du sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux. Durant cet échange, nous allons aborder quatre thématiques différentes.

L'objectif principal de ma recherche est d'identifier l'impact de l'utilisation d'un modèle conceptuel et de l'outil d'évaluation qui en découle sur la prise en soin en ergothérapie des personnes souffrant de lombalgie chronique. Les éléments recueillis serviront à l'élaboration de mon cadre expérimental afin de valider ou d'invalider les hypothèses de recherche émises.

La passation de l'entretien durera entre 30 et 45 minutes. Comme précisé dans le formulaire de consentement que vous avez signé, l'entretien est confidentiel et les données seront supprimées après la soutenance. Vous êtes libre de répondre ou non à une question, vous pouvez m'interrompre à tout moment et me poser des questions si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour faciliter la prise de notes et être attentif à vos propos. Etes-vous toujours d'accord avec le fait d'enregistrer notre entretien ? Avant de commencer, avez-vous des questions à propos de ma recherche ou du déroulement de cette entrevue.

Grille d'entretien avant la passation de l'entretien test

Thématiques	Questions	Questions de relance	
Informations relatives au participant	1° Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel?	Quand avez-vous été diplômé? Dans quels types de structures exercez-vous et/ou avez-vous exercé? Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure? Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'une population atteinte de lombalgie chronique? Quelles formations avez-vous suivies au cours de votre carrière professionnelle?	
	2° Pouvez-vous me parler de l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique dans votre structure (actuelle ou passée) ?	Quels sont les professionnels qui interviennent ? Est-ce une prise en charge individuelle ou de groupe ? Vous référez-vous au RFR ou optez-vous pour une approche plus basée sur les principes de l'école du dos ? Si oui pourquoi ? Si non, pourquoi?	
		3° Pouvez-vous me parler de l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique en ergothérapie (actuel ou passé) ?	Quels sont vos objectifs généraux de prise en charge? Quelles occupations sont les plus généralement impactées par la lombalgie chronique? Quelles évaluations/bilans utilisez-vous avec cette population? Quels moyens utilisez-vous généralement avec cette population?
	Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux	4° Pouvez-vous définir, avec vos mots, le sentiment d'efficacité personnelle?	
		5° Au vue de cette définition, quelles sont les occupations le plus généralement associées à un faible sentiment d'efficacité personnelle chez cette population? Et celles associées à un fort sentiment d'efficacité?	
6° Selon votre expérience, à quelle fréquence les personnes atteintes de lombalgie chronique sont-elles confrontées à un faible sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?			
7° Pouvez-vous me parler de la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle lors de l'accompagnement d'une personne atteinte de lombalgie chronique en ergothérapie? <i>Pour préciser:</i> Plus précisément pouvez-vous me parler de la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux au cours de l'accompagnement d'une personne atteinte de lombalgie chronique en ergothérapie?		Quels moyens ou outils utilisez-vous pour évaluer le sentiment d'efficacité personnelle de la personne atteinte de lombalgie chronique? Quels moyens ou outils utilisez-vous pour favoriser l'émergence du sentiment d'efficacité personnelle chez cette population ? Utilisez-vous un modèle conceptuel avec ce type de population ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?	
L'utilisation et la pertinence de la MCRO auprès de cette population afin d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice de leurs rôles sociaux	8° Depuis quand avez-vous été formé à la MCRO ?		
	9° Dans quel contexte utilisez-vous la MCRO avec les personnes atteintes de lombalgie chronique ?	Quelles sont vos objectifs en utilisation cet outil? Pourquoi utilisez-vous cet outil plutôt qu'un autre? (en comparaison avec les outils du MOH par exemple) A quel moment de l'accompagnement utilisez-vous la MCRO auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique ?	
	10° Comment la MCRO peut-elle favoriser ou non l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?	Quels sont, selon vous, les atouts de cet outil pour accroître le sentiment d'efficacité personnelles dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique? Selon vous, en quoi et comment l'utilisation de la MCRO influence-t-elle l'engagement des patients atteints de lombalgie chronique en séance après sa passation ?	
	11° Selon vous quelles sont les limites d'utilisation de la MCRO avec cette population?		

ANNEXE VIII : GUIDE D'ENTRETIEN APRES LA PASSATION DE L'ENTRETIEN TEST

Bonjour, je m'appelle Aurélie LAGADEC et je suis étudiante en troisième année de formation en ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse. Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat, je réalise actuellement un mémoire d'initiation à la recherche. Celui-ci traite du sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux. L'objectif principal de ma recherche est d'identifier l'impact de l'utilisation d'un modèle conceptuel et de l'outil d'évaluation qui en découle sur la prise en soin en ergothérapie des personnes souffrant de lombalgie chronique. Les éléments recueillis serviront à l'élaboration de mon cadre expérimental afin de valider ou d'invalider les hypothèses de recherche émises.

Durant cet échange, nous allons aborder quatre thématiques différentes :

- Votre parcours professionnel ;
- L'accompagnement des personnes atteintes de lombalgies en ergothérapie ;
- Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux de cette population et sa prise en considération en ergothérapie ;
- Votre usage de la MCRO et de la pertinence de cet outil dans l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux chez cette population.

La passation de l'entretien durera entre 30 et 45 minutes. Comme précisé dans le formulaire de consentement que vous avez signé, l'entretien est confidentiel et les données seront supprimées après la soutenance. Vous êtes libre de répondre ou non à une question, vous pouvez m'interrompre à tout moment et me poser des questions si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour faciliter la prise de notes et être attentif à vos propos. Etes-vous toujours d'accord avec le fait d'enregistrer notre entretien ? Avant de commencer, avez-vous des questions à propos de ma recherche ou du déroulement de cette entrevue.

Tableau 6 : Grille d'entretien après la passation de l'entretien test

Thématiques	Questions	Questions de relance
Informations relatives au participant	1°Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel?	Quand avez-vous été diplômé?
		Dans quels types de structures exercez-vous et/ou avez-vous exercé?
		Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure?
		Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'une population atteinte de lombalgie chronique?
		Depuis quand avez-vous été formé au MCREO et à l'utilisation de la MCRO ?
L'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique	2°Pouvez-vous me parler de l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique dans votre structure (actuelle ou passée) ?	Quels sont les professionnels qui interviennent ?
		Est-ce une prise en charge individuelle ou de groupe ?
	3°Pouvez-vous me parler de l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique en ergothérapie (actuel ou passé) ?	Vous référez-vous au RFR ou optez-vous pour une approche plus basée sur les principes de l'école du dos ? Si oui pourquoi ?
		Quels sont vos objectifs généraux de prise en charge?
		Quelles occupations sont les plus généralement impactées par la lombalgie chronique?
Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux	4°Pouvez-vous définir, avec vos mots, le sentiment d'efficacité personnelle?	
		5°Selon votre expérience, à quelle fréquence les personnes atteintes de lombalgie chronique sont-elles confrontées à un faible sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?
	6°Pouvez-vous me parler de la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle lors de l'accompagnement d'une personne atteinte de lombalgie chronique en ergothérapie? <i>Pour préciser:</i> Plus précisément pouvez-vous me parler de la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux au cours de l'accompagnement d'une personne atteinte de lombalgie chronique en ergothérapie?	Quels moyens ou outils utilisez-vous pour évaluer le sentiment d'efficacité personnelle de la personne atteinte de lombalgie chronique?
		Quels moyens ou outils utilisez-vous pour favoriser l'émergence du sentiment d'efficacité personnelle chez cette population ?
		Utilisez-vous un modèle conceptuel avec ce type de population ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?
L'utilisation et la pertinence de la MCRO auprès de cette population afin d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice de leurs rôles sociaux	7°Dans quel contexte utilisez-vous la MCRO avec les personnes atteintes de lombalgie chronique ?	Quelles sont vos objectifs en utilisation cet outil?
		Pourquoi utilisez-vous cet outil plutôt qu'un autre? (en comparaison avec les outils du MOH par exemple)
	8°Comment la MCRO peut-elle favoriser ou non l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?	A quel moment de l'accompagnement utilisez-vous la MCRO auprès des personnes atteintes de lombalgie chronique ?
		Quels sont,selon vous, les atouts de cet outil pour accroître le sentiment d'efficacité personnelles dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique?
		Selon vous, en quoi et comment l'utilisation de la MCRO influence-t-elle l'engagement des patients atteints de lombalgie chronique en séance après sa passation ?

Avez-vous d'autres éléments à préciser en ce qui concerne l'intervention de l'ergothérapeute, ou la plus-value de la MCRO ?

Je vous remercie pour votre participation, du temps que vous m'avez accordé et de vos réponses qui vont grandement contribuer à mener à bien la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche.

ANNEXE IX : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

Bonjour, je m'appelle Aurélie LAGADEC et je suis étudiante en troisième année de formation en ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse. Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat, je réalise actuellement un mémoire d'initiation à la recherche. Celui-ci traite du sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux.

Vous êtes contactés pour participer à un entretien semi-dirigé dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Cet entretien durera entre 30 et 45 minutes durant lequel vous serez questionné sur des thématiques en lien avec la question et les hypothèses de recherche posées.

Votre participation à cet entretien est libre. Vous êtes en droit de l'interrompre à tout moment et de poser des questions si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Tous les informations vues, entendues et comprises lors de cet entretien sont et demeureront confidentielles. Pour préserver votre identité et garantir la confidentialité, vos données seront anonymisées et supprimées à l'issue de l'obtention du Diplôme d'Etat en ergothérapie.

Pour faciliter la prise de note et la retranscription, les entretiens seront enregistrés avec votre permission.

Autorisation de consentement à la participation et à l'enregistrement de l'entretien :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom),
exerçant à déclare avoir
dûment lu et saisi les enjeux du présent formulaire.

Je souhaite participer à l'entretien :

- Oui, je souhaite participer à l'entretien
- Non, je ne souhaite pas participer à l'entretien

J'accepte que l'entretien soit enregistré :

- Oui, j'accepte que l'entretien soit enregistré
- Non, je ne souhaite pas que l'entretien soit enregistré

Fait à, le / /2023

Signature

ANNEXE X : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC E1

Bonjour.

E1 : *Bonjour.*

Il faut juste que j'arrive à mettre la vidéo, ah si c'est bon, voilà impeccable. En tout cas, je voulais vous remercier d'avoir répondu positivement et rapidement à mon mail.

E1 : *Il n'y a pas de soucis.*

Du coup est-ce que ça vous dérange si j'enregistre l'entretien ou pas ?

E1 : *Non pas de problème.*

Donc comme je vous l'ai dit par mail, mon mémoire d'initiation à la recherche traite du sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux. J'ai voulu vraiment spécifier sur l'exercice des rôles sociaux. L'objectif principal de ma recherche est d'identifier l'impact de l'utilisation d'un modèle conceptuel et de l'outil d'évaluation qui en découle sur la prise en charge en ergothérapie des personnes souffrantes de lombalgie chronique. Durant cet échange, nous allons aborder quatre thématiques différentes. Une thématique plus sur votre parcours professionnel, une ensuite plus sur l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie dans votre structure.

E1 : *Ouai ok.*

Ensuite, j'aborderais le sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux et enfin une partie sur l'utilisation de la MCRO puisque l'un des objectifs de

mon mémoire est de montrer et d'identifier si justement la MCRO à un impact vis-à-vis de ce sentiment d'efficacité personnelle. Comme précisé dans le formulaire de consentement que vous avez signé, l'entretien est confidentiel et les données seront supprimées après la soutenance. Vous pouvez m'interrompre à tout moment et me poser des questions si vous avez besoin d'informations complémentaires.

E1 : *Pas de soucis.*

Est-ce que l'on peut commencer ?

(Hochement de tête)

Alors est-ce que vous pourriez me parler de votre parcours professionnel ?

E1 : *Hum, alors moi je suis jeune diplômée alors je travaille depuis 2020. Euh et dans cette structure-là ça fait quasiment 2 ans et demi. Avant ça, j'ai bossé un petit peu en SSR donc euh voilà et puis là où je travaille actuellement c'est un centre de rééducation euh où on a de la traumato, de l'orthopédie, de la neuro mmh essentiellement. Euh voila.*

D'accord et du coup vous prenez en soin aussi des personnes atteintes de lombalgie ?

E1 : *Oui ouai ouai ouai.*

Depuis combien de temps exercez-vous auprès de cette population ? Est-ce des prises en soin courantes ou ponctuelles ?

E1 : *Alors, non c'est souvent que nous en avons.*

Est-ce que vous pouvez me parler de l'accompagnement des personnes atteintes de lombalgie chronique dans votre structure ?

E1 : *Alors, nous en fait on a un peu deux manières de faire. Donc, on a soit en individuel soit en groupe. Voilà, la prise en charge individuelle, ba ça se passe comme tout autre patient : le patient il arrive, c'est le médecin qui va dire bon peut être tel ou tel intervenant. Voilà, donc s'il est orienté en ergo, euh, nous on fait un bilan d'entrée, on fait passer la MCRO à chaque fois. Euh et ensuite, chez nous on est très occupation centrée donc ça se passe surtout par des mises en situation. On fait surtout nos évaluations par des mises en situation euh, ba ensuite voilà tout l'accompagnement.*

Ok, et du coup avec les groupes ?

E1 : *Et avec les groupes ba c'est un peu la même chose sauf qu'en fait, on va avoir un groupe entre 6 et 8 personnes. D'abord, on va avoir un bilan de pré admission sur une journée, où il va y avoir kiné, ergo, euh et puis APA aussi. Euh, en ergo pareil, il y aura MCRO euh et principalement tout ce qui est dossier d'entrée de base. Et ensuite, au moment du groupe, on va refaire une MCRO collective adaptée forcément. Ou on va voilà lister les problématiques de tout le monde mais tous ensemble fin voilà avec*

tout le groupe pour fixer des objectifs de groupe ensemble. Et ensuite pareil, c'est sur 4 semaines, euh fin en individuel ce n'est pas forcément 4 semaines. Un groupe, c'est sur 4 semaines, à raison de 5 demi-journées par semaine. En ergo, on est souvent plutôt autour de 3 parce que ba ils ont plusieurs choses. Euh voilà et ensuite ce sont toujours des mises en situation, pareil, euh, éducatif et du réentraînement au niveau de, autour des tâches. Voilà de manière globale c'est ça.

Et du coup dans votre structure, vous vous référez à quelles approches, plutôt le RFR ou l'école du dos ?

E1 : *Ouai, on fait l'école du dos. D'accord, après ça dépend ce que tu entends par école du dos*

Chaque structure à sa propre vision de l'école du dos mais un programme éducatif et préventif qui vise à transmettre des connaissances sur la structure et la fonctionnalité du rachis, sur les principes d'économie gestuelle avec des mises en situation. Après chaque structure s'approprie et adapte les principes de l'école du dos. C'est peut-être ce qui se passe dans votre structure ?

E1 : *Ok, oui c'est ça !*

Si on parle de la prise en soin en ergothérapie de cette population, quels sont vos objectifs généraux de prise en charge ?

E1 : *Alors déjà c'est éduquer, fin des objectifs éducatifs sur la gestion de la douleur. Euh, gérer son effort, euh sinon on va vraiment mettre en lumière tout ce qui est anatomie du dos mais lié aux occupations de vie quotidienne. Euh après c'est savoir retrouver de la mobilité et surtout ba réinvestir des activités de vie quotidienne et du coup ses rôles notamment de parent et au travail. A travers soit l'identification de stratégies qui va être adaptée à la personne soit aussi retrouver vraiment de la mobilité au niveau de son dos, de la confiance dans la mobilité dans la mobilisation du dos au final parce que souvent il y en a beaucoup qui n'osent plus bouger (les patients).*

Oui, un peu venir lutter contre la kinésiophobie.

E1 : *Oui voilà c'est ça, donc déconstruire ses idées reçues et réentraîner aussi des tâches. Donc réentraîner soit dans le but de d'identifier des stratégies que la personne est capable de faire soit réentraîner pour retrouver la mobilité, redévelopper de la force, redévelopper de la souplesse mais juste dans l'optique de retrouver de la souplesse et de la force mais dans telle ou telle tâche en lien avec ce qui est fait en kiné, en APA et tout ça. Voilà et puis par rapport au groupe c'est aussi avoir un partage expérientiel autour de tout le vécu autour de la lombalgie mais aussi des stratégies, de tout ça et puis vraiment échanger.*

D'accord, oui et euh selon vous quelles occupations sont les plus généralement impactées par la lombalgie chronique ?

E1 : *Alors, euh souvent on a tout ce qui est atteindre les pieds en règle générale donc habillage, mettre les chaussettes, les chaussures, couper ses ongles de pied des choses comme ça. Tout ce qui va être resté longtemps assis, resté longtemps debout que ce soit pour faire la vaisselle, pour regarder un film au cinéma, pour regarder la télé, fin voilà. Même pour partager un apéro entre amis fin ça. Euh, plus particulièrement tout ce qui est assise basse, sur un canapé, sur un, fin voilà. Même rentrer dans une voiture basse des choses comme ça. Gestion des tâches ménagères aussi quand c'est bas c'est encore pire. Euh, port de charge que ce soient les enfants, les packs de lait, fin voilà tout ce qui est porté. Euh, je dirais que c'est principalement ça.*

D'accord, ok. Donc si j'ai bien compris vous utilisez la MCRO en tant que bilan, mais est-ce que vous utilisez d'autres bilans/évaluations avec cette population ?

E1 : *Les autres bilans que nous utilisons, c'est surtout des mises en situation en fait. Alors si, on en a quand même un que l'on fait surtout avec les groupes. Euh, le test de Pile. Après, nous le test de Pile il nous sert surtout à faire de l'éducatif. Ce n'est pas le fait de porter tout ça, c'est vraiment le fait de, en fait on les filme en fait.*

D'accord, c'est-à-dire vous les filmer ? Vous les filmez et après vous les faites réfléchir, échanger dessus ?

E1 : *Oui, en fait on filme et après on montre à l'écran et l'idée c'est que les personnes s'auto-analysent et souvent là, il y a plein de choses qui sont mises en avant. Et euh, on se sert de ça pour rebondir après sur tout le reste du quotidien en fait et pour déconstruire les idées préconçues. Ce n'est vraiment pas le test en lui-même c'est plus le versant éducatif que nous recherchons lorsque nous l'utilisons.*

D'accord, oui c'est vraiment rechercher ce que les personnes peuvent retirer de l'analyse vidéo, comment elles ont fait, comment elles auraient pu faire et tout ça

E1 : *Ouais c'est ça. Et en plus de la vidéo thérapie, on utilise beaucoup après sur le ménage, sur les ongles des pieds.*

Ok maintenant est-ce que vous pourriez me définir avec vos mots le sentiment d'efficacité personnelle ? Quelles sont les composantes qui le constituent ?

E1 : *Alors moi je dirais que c'est se sentir productif dans les activités qui sont, qui ont du sens pour la personne. Alors euh ouai je vois ça comme ça.*

Donc avant de poursuivre les questions, je vais vous donner la définition du sentiment d'efficacité personnelle formulée selon les propos de Bandura. Donc le sentiment

d'efficacité personnelle c'est la croyance de l'individu en sa capacité à organiser et à exécuter une ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités autrement dit c'est la croyance de l'individu en sa capacité à choisir, à organiser et à s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent du plaisir.

E1 : *Mmm, donc c'est de l'auto-perception*

Donc le sentiment d'efficacité personnelle il repose sur 4 composantes : les expériences actives, c'est-à-dire toutes les expériences qu'une personne acquiert tout au long de sa vie, l'apprentissage social donc ça vous devez surtout l'observer lors des séances de groupe où chaque individu évalue ses propres capacités en s'appuyant sur l'observation d'autrui, la persuasion sociale et bien évidemment l'état physiologique et émotionnel de la personne qui peut affecter positivement ou négativement ce sentiment d'efficacité personnelle. Donc au vu de cette définition et de vos connaissances, quelles sont les occupations les plus généralement associées à un faible sentiment d'efficacité personnelle chez cette population ?

E1 : *Euh, moi je dirais que ça dépend totalement de chaque personne. Autant au niveau des situations problèmes, on retrouve souvent les mêmes, autant là-dessus c'est vraiment dépendant de l'environnement dans lequel la personne évolue, surtout l'environnement humain.*

Est-ce que c'est une notion qui est assez fréquent et assez abordé durant les prises en soin ?

E1 : *Ouai carrément. Ben déjà quand on fait passer la MCRO, on fait déjà un état des lieux et on recueille la perception qu'à la personne de son efficacité. Après, ba euh justement la vidéo thérapie c'est par rapport à ça. C'est s'auto-voir, s'auto-analyser, c'est dire ah ouai donc au final je suis capable de ça, je fais comme ci, je fais comme ça et je ne pensais pas en être capable. Voilà, après on utilise pas mal les échelles de douleurs, les échelles de difficultés, échelle de fatigue, euh l'ENF et Borg, on les utilise pas mal et souvent on les demande au début en disant est-ce que, en fin, par exemple, en faisant l'activité, quels impacts ou quelles difficultés pensez-vous ressentir en faisant cette activité-là, ou quelle douleur, fatigue donc quelle fatigue l'activité a engendré. Puis on leur redemande après et quand il y a des dissonances, on leur dit ba voilà vous pensiez-que ça vous faisait ça et au final on en est là maintenant donc ben. Et donc l'idée, enfin moi je trouve, ce qui est hyper pertinent en ergothérapie c'est justement de s'intéresser à la perception qu'à la personne d'elle-même et de ses capacités et surtout l'écart entre la perception de ses habiletés et ses habiletés réelles.*

Et l'idée c'est de réussir à ce que ce soit concordant euh pour pouvoir après les travailler.

Oui et du coup quels moyens ou outils utilisez-vous pour évaluer le sentiment d'efficacité personnelle de la personne atteinte de lombalgie chronique dans l'exercice de ses rôles sociaux ?

E1 : *C'est compliqué comme question. Quand vous dites exercice des rôles sociaux, c'est-à-dire ?*

A travers les rôles sociaux, j'entends, les rôles de genre et familiaux, assurer son rôle de femme, d'homme, de conjoint, mais aussi de père ou de mère de famille, d'amis mais aussi les rôles liés au travail, donc le rôle d'employé ou de collègue de travail par exemple.

E1 : *Ba si oui parce qu'on va avoir tout ce qui est par exemple s'occuper de ses enfants, gérer la maison, des choses comme ça. Euh fin ça finalement ça fait partie des activités de vie quotidienne qui peuvent constituer des difficultés, même mettre son enfant dans son bain, faire à manger pour la famille, faire ses loisirs, fin si, il y a aussi des choses qui ressortent en termes de loisirs, souvent aussi les lombalgiques, c'est jouer au foot avec ses enfants ou ses amis, aller là aller ici. Et puis le travail, on s'en occupe aussi, on en prend compte, on évalue aussi au niveau des tâches professionnelles que ce soit en individuel ou en groupe en lien aussi avec un ergonome. Alors si on traite mais alors peut-être que je ne réponds pas du tout à la question.*

Alors oui et non, la question était comment le sentiment d'efficacité personnelle est-il pris en compte dans l'exercice des rôles sociaux ?

E1 : *Pour moi au final, c'est vraiment à travers la MCRO et les mises en situation sur des activités signifiantes pour la personne. Fin, pour moi comment il est évalué et mis en avant c'est par la MCRO et comment il est pris en compte et comment on peut agir dessus c'est par les mises en situation, par les évaluations et le retour que l'on fait aux personnes après celles-ci.*

Depuis quand avez-vous été formé au MCREO et à l'utilisation de la MCRO ?

E1 : *Je n'ai pas été formé par l'ANFE mais j'ai été sensibilisé par cet outil lors de ma formation en ergothérapie. Et je l'utilise parce que la structure dans laquelle je travaille, les ergothérapeutes y sont formés.*

Selon vous-en quoi et comment l'utilisation de la MCRO influence-t-elle l'engagement des patients atteints de lombalgies chroniques ?

E1 : *Je dirais déjà que les personnes se questionnent eux-mêmes sur leur perception et leurs capacités, chose qui est vachement difficile. Déjà souvent ça met ça en lumière. Ils sont amenés à se poser ces questions-là alors qu'habituellement ils ne se les posent pas du tout. Après la MCRO, elle permet justement de lister les situations problèmes aussi et donc derrière de travailler dessus donc je dirais que c'est un point de départ pour au final les mettre en situation sur des situations qui ont du sens et qui font partie de leur quotidien pour se rendre compte de ses capacités. Après je dirai que la mise en situation, elle permet aussi de réfléchir justement sur ses façons de faire, sur ses capacités en se concentrant vraiment sur soi-même et sur ses capacités, sur comment je fais et sur toutes les composantes autour, sur la douleur, sur la fatigue, sur l'effort sans être vraiment, sans que l'esprit soit dirigé vers un but de performance, vers une tâche qui est forcément essentielle. Genre aujourd'hui, je n'ai pas le choix il faut que je passe le balai, donc je passe le balai. Là c'est je fais le balai mais pas dans un but de performance mais dans un but de réfléchir à comment je fais, qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que ça procure chez moi. Je dirais ça et après ba là aussi la MCRO elle permet une réévaluation qui permet de voir comment la perception de soi-même et de ses capacités à évoluer. Alors soit les capacités réelles ont évolué, soit c'est la perception de soi-même qui a évolué avec la mise en place de stratégies compensatrices par exemple. Et c'est ça qui est intéressant.*

Donc là la MCRO vous la passer en tout début de prise en charge, est-ce que vous faites une réévaluation intermédiaire et finale ou juste une réévaluation finale ?

E1 : *Ça dépend. Des fois quand on avance on avance on avance, il y a des moments où on ne sait plus trop où aller ou alors parfois on sent que le patient n'est pas du tout engagé dans sa rééducation ou pour pleins de chose et alors on va reposer les choses, on va faire une réévaluation et pour redéfinir des objectifs, c'est plus dans ce sens-là. Ou alors des fois ça peut être aussi par rapport au médecin, on a une consultation avec le médecin, on aimerait bien partir vers ses objectifs-là et pour voilà dire pourquoi on aimerait partir vers ses objectifs-là c'est parce qu'on a déjà vu ça, là-dessus la personne à progresser et donc on va refaire une évaluation intermédiaire pour justifier nos nouveaux objectifs. Voilà mais des fois on déroule, on déroule, on déroule, c'est le moment de la sortie et on n'a pas fait de réévaluation en cours parce qu'il n'y avait pas forcément besoin.*

D'accord et selon-vous quels seraient les atouts de la MCRO pour permettre ou accroître le sentiment d'efficacité des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux ?

E1 : *Les atouts c'est que c'est une échelle d'auto-évaluation. Moi je trouve c'est que c'est surtout ça et c'est que c'est aussi une échelle qui s'intéresse autant à la perception de ses capacités qu'à la satisfaction aussi. Il y a quand même deux critères. Et puis oui, ce que je dirais vraiment c'est que c'est de l'auto-perception clairement. La MCRO peut aussi cibler tous les domaines de vie et que aussi elle cible cinq domaines prioritaires où c'est vraiment la personne qui, forcément en collaboration avec le thérapeute, mais qui définit ses cinq objectifs prioritaires là. Donc aussi des choses qui ont du sens pour elle. Donc si ce qui est important pour elle, c'est d'être une bonne par exemple, ben elle va mettre en premier pouvoir m'occuper de mes enfants et donc peut être que la capacité elle sera faible et après quelques semaines elle va se dire ben non j'en suis capable en gérant différemment mon activité, ma tâche et qu'en fait elle va se rendre compte ben qu'elle peut faire beaucoup plus que ce qu'elle aurait fait donc à la réévaluation elle va se dire à ouai quand même au final je me suis sous cotée, je me rends compte que je suis beaucoup plus efficace que ce que je pouvais penser au début.*

Selon vous quels sont les limites et/ou les biais lorsque vous utilisez la MCRO avec cette population ?

E1 : *Je pense que justement le fait que ce soit de l'auto-perception c'est aussi une limite et qu'il y a des personnes qui n'arrivent pas au final à s'auto-évaluer parce que c'est quand même vachement difficile. Je dirais aussi que la lombalgie c'est aussi, il y a un côté très psychologique enfin lié à la psychologie, à l'histoire de vie. Je veux dire tout le monde n'est pas lombalgique et que des fois une personne peut être capable de faire beaucoup de choses mais tant qu'elle n'a pas réglé ou qu'elle n'est pas disponible compte tenu de ses problématiques personnelles, elle ne sera pas disponible pour entamer une démarche aussi de changement. Et du coup, ben l'auto-perception elle peut toujours rester la même parce que tant que la personne n'aura pas réglé ça, ça sera toujours la même chose. Par exemple, on n'est pas comme en kiné où je n'en sais rien moi, un testing musculaire, donc on n'a pas de chiffre, c'est vraiment la personne comment elle se sent, comment elle se perçoit et que si elle n'est pas dans le changement de toute façon ça ne s'améliora pas et puis c'est tout. Elle aura beau gagner de la force ou de l'endurance, peut-être qu'au final au niveau du quotidien ça ne changera rien.*

Avez-vous d'autres éléments à préciser en ce qui concerne l'intervention de l'ergothérapeute, ou la plus-value de la MCRO ?

E1 : *Non, il n'y a rien qui me vient comme ça !*

Je vous remercie pour votre participation, du temps que vous m'avez accordé et de vos réponses qui vont grandement contribuer à mener à bien la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche. Passez une bonne fin de journée !

ANNEXE XI : TABLEAU DE L'ANALYSE THEMATIQUE DES OBJECTIFS VISES A TRAVERS L'UTILISATION DE LA MCRO

Thèmes		E1	E2	E3	E4
Objectifs visés à travers l'utilisation de cet outil	Identifier les problématiques occupationnelles y compris dans l'exercice des rôles sociaux	X	X	X	X
	Identifier des mises en situation significantes	X	X	X	
	Favoriser l'engagement de la personne dans son suivi			X	X
	Evaluer le sentiment d'efficacité personnelle	X		X	X
	Redéfinir des objectifs	X	X		X
	Permettre un feedback	X	X	X	X

Classification thématiques des verbatim des ergothérapeutes concernant les objectifs visés à travers l'utilisation de la MCRO

**ANNEXE XII : TABLEAUX DE L'ANALYSE THEMATIQUE AFIN
DE DETERMINER L'IMPACT DE LA MCRO SUR LE SENTIMENT
D'EFFICACITE PERSONNELLE DANS L'EXERCICE DES ROLES
SOCIAUX**

Question 6: pouvez-vous me parler de la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux au cours de l'accompagnement d'une personne atteinte de lombalgie chronique ?					
Thèmes	Outils d'évaluation		Moyens et méthodes d'intervention		
	Echelles d'évaluation diverses	MCRO	Mises en situation	Feedback	Vidéothérapie
E1	"on utilise pas mal les échelles de douleurs, les échelles de difficultés, échelle de fatigue, euh l'ENF et Borg, [...]et souvent on les demande [...] quels impacts ou quelles difficultés pensez-vous ressentir en faisant cette activité-là, ou quelle douleur, fatigue donc quelle fatigue l'activité a engendré."	"quand on fait passer la MCRO, on fait déjà un état des lieux et on recueille la perception qu'à la personne de son efficacité. c'est vraiment à travers la MCRO et les mises en situations sur des activités significatives pour la personne. Fin, pour moi comment il est évalué et mis en avant c'est par la MCRO"	"et comment il est pris en compte et comment on peut agir dessus c'est par les mises en situation, par les évaluations et le retour que l'on fait aux personnes après celles-ci"	"Puis on leur redemande après et quand il y a des dissonances, on leur dit ba voilà vous pensiez-que ça vous faisait ça et au final on en est là maintenant.", "s'intéresser à la perception qu'à la personne d'elle-même et de ses capacités et surtout l'écart entre la perception de ses habiletés et ses habiletés réelles. et comment il est pris en compte et comment on peut agir dessus c'est [...]par les évaluations et le retour que l'on fait aux personnes après celles-ci."	"La vidéo thérapie c'est par rapport à ça. C'est s'auto-voir, s'auto-analyser, c'est dire ah ouai donc au final je suis capable de ça, je fais comme ci, je fais comme ça et je ne pensais pas en être capable."
E2		"Et après, en évaluation pure et dure, effectivement, à part la MCRO et la réévaluation "	"pour l'accroître, on fait, on demande beaucoup aux gens de tester chez eux, donc pour le coup c'est vraiment de la mise en situation écologique.", " Donc on les engage beaucoup à se tester en situation, à essayer"	"Donc on leur montre aussi par le biais d'activité le fait qu'ils ont repris la main, qu'ils sont capables de réaliser les activités, d'assurer leur rôle au quotidien, notamment au niveau de la sphère familiale.", " On leur montre beaucoup aussi, les progrès qu'ils ont fait en termes de capacité physique, sur le port de charge, sur les activités qui sont significatives et où ils se sentent plus efficaces.", "la réévaluation, c'est toujours un temps fort et ça les rassure de voir leur évolution en termes d'auto-perception."	
E3		"on revient sur ce qu'on discutait tout à l'heure, donc l'accomplissement des rôles sociaux, des tâches, des activités, des occupations qui leurs étaient difficiles et initialement en début de séjour et qui sont identifiés par la MCRO. On réalise une réévaluation justement en amont de cette dernière semaine pour cibler davantage les mises en situation que nous allons réaliser". "C'est vrai que pour ça, je trouve que la MCRO nous permet vachement d'identifier l'accomplissement des rôles sociaux à travers les activités "	"Ensuite les mettre en situation sur des activités qui ont du sens et donc où elles vont s'investir davantage pour améliorer leur efficacité"	"On réalise une réévaluation justement en amont de cette dernière semaine pour cibler davantage les mises en situation. Et du coup à ce moment-là les personnes, en s'auto-évaluant prennent conscience de leur évolution et reprennent confiance en leur capacité à réaliser des activités et à assurer leurs rôles finalement."	
E4		"je trouve que la MCRO permet [...]de mieux comprendre dans quelle phase aussi il se situe, par rapport à son et à ses incapacités et aussi sa capacité psychologique de se projeter dans l'avenir.", "C'est une évaluation avec la personne, une réévaluation des objectifs qu'on avait fixés à l'entretien de départ"	"Les ergo font beaucoup, beaucoup de mises en situation professionnelle centrées sur les objectifs des patients à l'issue de la MCRO, voilà évaluer, permettre aux patients de se rendre compte aussi de ses capacités mais aussi de ses incapacités."	"Il y avait souvent, ce qu'on faisait souvent, c'était après les week-ends, on essayait d'après les objectifs définis, on essaie de refaire chaque fois, un petit point.", "On reprenait ça chaque fois en chaque début de semaine. Le point sur voilà, est-ce qu'il a eu la capacité de faire, quelle sensation il en a. Et souvent, les gens avaient plaisir à nous raconter."	

Classification thématiques des verbatim des ergothérapeutes concernant la prise en compte du sentiment d'efficacité personnelle dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique lors de l'accompagnement en ergothérapie

Thèmes	Auto-critique	Cibler les occupations significantes dans lesquelles les personnes s'adonnent à l'exercice de leurs rôles sociaux	Mise en place de stratégie dans le quotidien	Evolution de la perception de son efficacité lors de la réévaluation
E1	"les personnes se questionnent eux même sur leur perception et leurs capacités", "Ils sont amenés à se poser ses questions-là alors qu'habituellement ils ne se les posent pas du tout", "c'est aussi une échelle qui s'intéresse autant à la perception de ses capacités qu'à la satisfaction aussi. Il y a quand même deux critères"	"Après la MCRO, elle permet justement de lister les situations problèmes aussi et donc derrière de travailler dessus donc je dirais que c'est un point de départ pour au final les mettre en situation sur des situations qui ont du sens et qui font partie de leur quotidien pour se rendre compte de ses capacités", "la mise en situation (découlant de la MCRO), elle permet aussi de réfléchir justement sur ses façons de faire, sur ses capacités [...] vers une tâche qui est forcément essentielle.", "La MCRO peut aussi cibler tous les domaines de vie [...] où c'est vraiment la personne qui [...] qui définit ses cinq objectifs prioritaires là.	"soit c'est la perception de soi-même qui a évolué avec la mise en place de stratégies compensatrices", "peut être que la capacité elle sera faible et après quelques semaines elle va se dire ben non j'en suis capable en gérant différemment mon activité, ma tâche et qu'en fait elle va se rendre compte ben qu'elle peut faire beaucoup plus que ce qu'elle aurait fait "	"aussi la MCRO elle permet une réévaluation qui permet de voir comment la perception de soi-même et de ses capacités à évoluer. Alors soit les capacités réelles ont évolué, soit c'est la perception de soi-même qui a évolué", "donc à la réévaluation elle va se dire à ouai quand même au final je me suis sous cotée, je me rends compte que je suis beaucoup plus efficace que ce que je pouvais penser au début"
E2	"auto-perception", "les gens m'emmènent en fait vers leur difficulté principale"	"Donc on leur montre aussi par le biais d'activité le fait qu'ils ont repris la main, qu'ils sont capables de réaliser les activités, d'assurer leur rôle au quotidien, notamment au niveau de la sphère familiale.", "les activités [...] qui ne se passent pas aussi bien qu'il le faudrait et qu'ils le voudraient et tels qu'ils voudraient faire, aimeraient faire", "on les met en situation en s'appuyant sur la MCRO pour le coup", "qu'on essaie de travailler vraiment sur le fait de, d'avoir des activités qui soient maintenant, je dirais significantes."		"la réévaluation, c'est toujours un temps fort et ça les rassure de voir leur évolution en termes d'auto-perception."
E3	"Ça permet de mettre en lumière quand même les difficultés du patient, exprimées par lui-même sans que j'ai aucune projection, moi d'éventuels difficultés qu'on peut rencontrer traditionnellement. Du coup, je trouve que c'est hyper intéressant parce que de lui-même où d'elle-même, elle va directement me sortir des choses, peut-être que moi j'aurais pas du tout pensé", "la MCRO permet de l'évaluer et de recueillir la perception de la personne. Je le ressens vraiment au niveau de la cotation de la satisfaction et du rendement et c'est vrai que le niveau de satisfaction est très souvent représentatif du coup de la satisfaction éprouvée a bien réalisé ou pas, ou à réaliser comme on le désire ou pas du coup une activité, une occupation dans le quotidien"	"à travers la MCRO, on identifie des activités qui font référence à une activité qui a du sens, qui est importante pour la personne et aussi des activités qui font référence aux rôles sociaux de la personne", "La MCRO nous permet de mettre en situation les personnes sur notamment leur rôle de parents, d'amis, c'est-à-dire des personnes qui ne peuvent plus, qui n'arrivent plus à faire des longs trajets pour aller voir leur proche, ou pour faire leur course, s'occuper de leur logement et tout. Donc avec la MCRO, on identifie les rôles sociaux à travers leurs plaintes dans les activités du coup", "je trouve que la MCRO nous permet vachement d'identifier l'accomplissement des rôles sociaux à travers les activités et d'ensuite les mettre en situation sur des activités qui ont du sens et donc où elles vont s'investir davantage pour améliorer leur efficacité"	"quels outils il faut poursuivre par la suite, donc, les notions d'étirement, les notions de renforcement, des notions aussi, de reprise, d'activité "	"Donc ça me permet ainsi qu'au patient de faire un point sur les difficultés occupationnelles et de recueillir sa perception, de constater si lui il ressent une amélioration ou non, s'il parvient à reprendre des activités significantes, s'il est satisfait de sa manière de faire, de procéder.", "Du coup, ils peuvent se sentir plus performant et compétent pour affronter leur quotidien et assumer leurs différents rôles."
E4	"c'est de poser des objectifs qui sont vraiment propres au patient. C'est lui, avec ses mots à lui qui pose ses objectifs, donc ceux qui sont importants pour lui, donc c'est vraiment une personnalisation, une appropriation de la rééducation. C'est ça qui va lui permettre d'évoluer et de se sentir plus efficace dans ses activités, dans la poursuite de son projet professionnel.", "Donc cet outil, ça voilà, ça affirmé le fait de je viens ici, moi me reconstruire et je me fixe l'objectif d'être à nouveau capable de..."		"c'est une dimension vraiment très globale de rééducation plus que de rééducation"	"permettait de faire évoluer les objectifs un petit peu. Il y en a certains qui pouvaient être atteints rapidement et au fur de la prise en charge, les gens pouvaient découvrir ou devenir plus ambitieux.", "Elle a l'avantage aussi d'être individualisée, de donner l'impression aux patients qu'on est vraiment à son écoute. On lui accorde vraiment un temps précieux. Un temps pour reconstruire sa vie quoi, ça va au-delà du soin, c'est les accompagner pour retrouver sa place dans la famille, au travail et retrouver de la fierté auprès de vos enfants", "On reprenait ça chaque fois en chaque début de semaine. Le point sur voilà, est-ce qu'il a eu la capacité de faire, quelle sensation il en a. Et souvent, les gens avaient plaisir à nous raconter"

Classification thématiques des verbatim des ergothérapeutes sur la plus-value de la MCRO dans l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle positif dans l'exercice des rôles sociaux des personnes atteintes de lombalgie chronique

**LA PLUS-VALUE DE LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT
OCCUPATIONNEL DANS L'ACCOMPAGNEMENT ERGOTHERAPIQUE DES
PERSONNES ATTEINTES DE LOMBALGIE CHRONIQUE**

LAGADEC Aurélie

Résumé : Au regard des données épidémiologiques, la lombalgie chronique constitue un enjeu de santé public majeur. Néanmoins, peu d'études s'intéressent aux répercussions identitaires engendrées par cette affection. De ce fait, cette étude vise à explorer l'impact de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel par l'ergothérapeute sur le sentiment d'efficacité personnelle des personnes atteintes de lombalgie chronique dans l'exercice de leurs rôles sociaux. À la suite d'une revue de littérature, une étude qualitative a été réalisée afin de recueillir l'expérience de quatre ergothérapeutes grâce à des entretiens semi-directifs. Les résultats ont permis de mettre en évidence un outil favorable au réinvestissement des rôles sociaux et à l'accroissement d'un sentiment d'efficacité personnelle chez les personnes atteintes de lombalgie chronique au travers de mises en situation et du feedback procurés par la MCRO. Néanmoins, pour gagner en objectivité, il serait pertinent d'approfondir cette étude en l'élargissant à l'ensemble des ergothérapeutes formés à la MCRO.

Mots-clés : lombalgie chronique, MCRO, sentiment d'efficacité personnelle, rôles sociaux, ergothérapie

**The added value of the Canadian Occupational Performance Measure in the
occupational therapy management of people with chronic low back pain**

Abstract: According to epidemiological data, chronic low back pain constitutes a major public health issue. Nevertheless, few studies have looked at the repercussions on identity of this condition. Hence, the purpose of this study is to address the impact of the use of Canadian Occupational Performance Measure by occupational therapists (OTs) on self-efficacy of people with chronic low back pain as they perform their social roles. Following a literature review, a qualitative study was conducted to gather the experiences of four OTs through semi-structured interviews. The results highlighted that the COPM is a tool that helps people with chronic low back pain to reinvest in their social roles and to increase their self-efficacy through simulations and the feedback it provides. However, to gain objectivity it would be relevant to deepen this study by extending it to all OTs trained in COPM.

Keywords: chronic low back pain; COPM; self-efficacy; social roles; occupational therapy

