

Institut de Formation La Musse



Le désengagement occupationnel des sujets atteints de  
lombalgie chronique au sein du protocole de RFR : la prise en  
soin de l'ergothérapeute

---

Mémoire d'initiation à la recherche

MAUTE Lina  
Promotion 2020-2023

MARIE Laëticia  
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 ».

**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'éducation<sup>1</sup> et du Code pénal<sup>2</sup>, 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 ...MAUTÉ Lima.....

*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 ...BRAY..... Le ...06/05/2023..... signature

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

<sup>2</sup> 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 ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.





## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma Maitre de Mémoire pour m'avoir accompagnée dans ce travail de recherche tout au long de cette année. Merci pour ses conseils me permettant d'aller plus loin dans ma réflexion.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'IFE La Musse pour le soutien lors des moments de doute.

J'adresse une mention particulière aux ergothérapeutes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire. Vous avez contribué à ma progression et je vous en remercie.

Merci à mes parents pour m'avoir soutenue durant ces trois années au sein de l'institut et plus particulièrement lors de la rédaction de ce mémoire avec une pensée particulière pour mon grand-père « papé ». Merci pour tes nombreuses relectures.

Pour finir, je remercie mon binôme de travail durant ces trois ans. Merci de m'avoir épaulée du mieux que tu pouvais.

*« Là où l'esprit souffre, le corps souffre aussi »*

Traité des trois essences premières (1525 – 1526) de Theophrast Bombast Von  
Hohenheim, dit Paracelse

# Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS .....	
I. Introduction .....	1
II. Cadre contextuel.....	2
A. Qu'est-ce que la lombalgie ? .....	2
1. La lombalgie commune et la lombalgie chronique .....	3
2. La lombalgie symptomatique.....	4
3. Prise en soin d'un patient atteint de lombalgie chronique .....	5
B. Parlons de l'ergothérapie.....	9
1. Histoire de l'ergothérapie .....	9
2. Définition générale de l'ergothérapie .....	9
C. Protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis .....	10
1. Origine du protocole .....	10
2. Adaptation du protocole en France .....	11
3. L'ergothérapie au sein du protocole de RFR .....	13
III. Cadre conceptuel .....	14
A. L'activité et l'occupation en ergothérapie .....	14
B. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) .....	16
1. L'être.....	17
2. L'Agir.....	18
3. Le devenir .....	19
4. Adaptation.....	20
5. Présentation des outils .....	21
C. Engagement.....	23
1. Définition .....	23
2. Engagement et désengagement occupationnels.....	23
IV. Question de recherche et hypothèses .....	24

A.	Question de recherche.....	24
B.	Hypothèses.....	25
V.	Cadre méthodologique et expérimentale .....	25
A.	Choix de la population .....	25
B.	Choix de l'outil .....	26
C.	Construction du questionnaire .....	26
VI.	Présentation et analyse des résultats obtenus .....	27
VII.	Discussion .....	38
A.	Hypothèse 1 .....	38
B.	Hypothèse 2 .....	39
C.	Biais et limites de cette recherche.....	40
D.	Pistes d'amélioration et poursuite du travail .....	41
E.	Apports personnels.....	42
VIII.	Conclusion.....	42
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	ANNEXES .....	



## LISTE DES ABREVIATIONS

ACIS : Assessment of Communication and Interaction Skills

AMPS : Assessment of Motor and Process Skills

ANFE : Association Nationale Française de Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adaptée

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

EDE : Ergothérapeute Diplômé d'Etat

HAS : Haute Autorité de Santé

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale

OPHI-II : Occupational Performance History Interview-2

OQ : Occupational Questionnaire

OSA : Occupational Self-Assessment

PRIDE : Productive Rehabilitation Institute of Dallas for Ergonomics

RFR : Restauration fonctionnelle du Rachis

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VQ : Volitional Questionnaire



## I. Introduction

Ma démarche de recherche découle d'un stage que j'ai pu réaliser au sein d'un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) durant le troisième semestre de mon cursus scolaire. J'ai assisté à une matinée de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR) avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, j'ai pu expérimenter les différentes pratiques de chaque thérapeute et je me suis entretenue avec les patients ayant entamé ce programme. Ils ont pu évoquer les points positifs qu'ils pouvaient y trouver, les bienfaits qu'ils pouvaient ressentir mais également des axes d'améliorations. J'ai pu me mettre en situation lors de la séance d'ergothérapie basée sur la mobilité.

J'ai entamé un début de réflexion sur la prise en soin. Celle-ci fut basée sur le port de charge ainsi que des exercices dits analytiques de flexion / extension, inclinaison et rotation du rachis, ce qui m'a longuement interrogé. À mon sens, les exercices proposés n'étaient pas transposables dans la vie quotidienne des patients. Ainsi, je me suis demandé quelle était la plus-value d'un ergothérapeute au sein de ce programme et notre prise en soin était-elle en adéquation avec le paradigme de l'occupation ?

Par la suite, nous avons eu un enseignement au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE La Musse) qui a conforté mon choix pour le mémoire d'initiation à la recherche. Effectivement, nous avons débattu avec l'intervenant et l'ensemble de la promotion de l'intérêt et de l'impact du protocole de RFR. Ce dernier nous a évoqué une nouvelle pratique pour laquelle le centre dans lequel il travaille s'est inspiré du protocole de RFR et de la grande ligne de l'ergothérapie : l'occupation. Ainsi, la rééducation qu'il effectue au sein de sa structure se base sur les activités de vie quotidienne de chaque patient.

Divers questionnements se sont alors présentés : « Comment peut-on fonder un programme sur l'acceptation de la douleur ? », « Avons-nous une réelle place au sein du programme de RFR ? », « Est-il possible, en tant qu'ergothérapeute intervenant au sein du programme de RFR, d'avoir une approche plus occupationnelle ? », « Trouvons-nous seulement des patients atteints de lombalgie chronique au sein de ce programme ? », « Pouvons-nous favoriser la volition des patients au sein du protocole de RFR ? ».

Ainsi, une question de départ a pu émerger de cette première réflexion :

**« En quoi l'intervention de l'ergothérapeute est-elle bénéfique au sein du protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis ? ».**

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pour but d'apporter des réponses aux questionnements mis en lumière dans cette introduction. Ce travail s'articulera en différentes parties. Dans un premier temps, nous exposerons le contexte de la recherche dans le cadre contextuel. Dans un second temps, nous mettrons en lumière les concepts clés dans le cadre conceptuel. Suite à ce bilan, nous nous attarderons sur la question de recherches ainsi que les hypothèses de recherches. Ensuite, le cadre méthodologique et expérimental permettra de rendre compte de la démarche utilisée pour répondre à la question et aux hypothèses de recherches. Nous pourrions donc présenter et analyser les résultats obtenus. Puis, nous rendrons compte des réponses obtenues dans la partie discussion tout en nous attardant sur les biais et limites de la recherche. Finalement, nous terminerons ce travail par une conclusion ainsi qu'une ouverture sur la réflexion exposée dans ce mémoire d'initiation à la recherche.

## II. Cadre contextuel

### A. Qu'est-ce que la lombalgie ?

La lombalgie, aussi appelée « mal de dos », « lumbago », est une douleur, souvent intense, au niveau des vertèbres lombaires. En cas de lombalgie, il est possible de ressentir un sentiment de blocage ou des difficultés à faire certains mouvements (Amélie.fr, 5 Août 2022). Elle s'est inscrite dans les mœurs au cours du XXème siècle et nous continuons d'y remédier au cours du XXIème siècle en tant qu'affection de santé publique. Elle représente la troisième cause d'admission et d'invalidité. La prévalence de cette pathologie est de 66% à 75% pour une population âgée de 20 à 90ans et de 50 à 80% pour la population mondiale. Cependant, elle reste majeure dans les populations de moins de 45 ans et conduit à des degrés d'incapacité divers au travail mais aussi dans les actes de la vie quotidienne. Pour une population en âge de travailler, c'est-à-dire de 15 à 64 ans, plus de 2 salariés sur 3 sont atteints de cette pathologie. 20% des accidents du travail sont dus au port de charge et 7% des maladies professionnelles sont causées par la lombalgie. Il est important de mettre en avant que la lombalgie puisse toucher tous les salariés. Effectivement, les facteurs

de risques comme la manutention manuelle, les chutes ou les postures à risques sont présents dans toutes les professions.

Elle appartient aux troubles musculosquelettiques qui peuvent survenir dans un cadre professionnel ou de loisirs suivants :

- De mauvaises postures
- Des chutes
- Des vibrations
- L'activité / l'inactivité physique

Effectivement, nous remarquons une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Selon l'International Association for the Study of Pain, « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions* »

On distingue deux types de lombalgies :

- Les lombalgies « seules » ou lombalgies communes.
- Les lombalgies dues à une maladie, ou lombalgies symptomatiques

### 1. La lombalgie commune et la lombalgie chronique

La lombalgie commune présente une absence de gravité au sens médical : il n'y a pas, comme cause de cette douleur, de « maladie spécifique ». C'est une évolution mécanique normale, commune à toute la population. Pour autant, cette lombalgie peut être douloureuse et invalidante.

Parlons de la lombalgie chronique qui est définie selon la Haute Autorité de Santé (HAS) « *par une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse, et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou* ». (HAS, 4 novembre 2015). La douleur peut se présenter de façon lancinante. Il est possible qu'elle soit due à une lésion antérieure comme une hernie discale par exemple ou elle peut être la cause d'une maladie comme l'arthrose ou une lésion nerveuse.

Après trois mois, nous pouvons voir que les ressources, c'est-à-dire ce que le patient est en capacité de mettre en place pour faciliter son quotidien, de la personne atteinte de lombalgie commencent à s'affaiblir. La dépression peut se manifester. En effet, les

douleurs perdurent et l'individu pense qu'elles ne vont jamais partir. L'activité quotidienne diminue donc. Certains patients se laissent dépasser par la douleur ce qui permet à l'anxiété de s'installer. Le catastrophisme et l'évitement prennent place peu à peu. D'autres sentiments peuvent également se manifester comme la colère, la frustration, l'abandon ou la baisse de l'estime de soi.

Elle s'accompagne d'un déconditionnement physique et parfois d'une désocialisation. C'est un syndrome multidimensionnel avec une forte composante psychosociale. De nombreux facteurs de risque de passage à la chronicité sont mis en avant, dont les plus importants sont des facteurs psychosociaux (monotonie des tâches, insatisfaction professionnelle, peu de reconnaissance) et psycho-professionnels.

Tableau 1 : Facteurs de risques de lombalgie chronique

Facteurs biologiques	Facteurs psychologiques	Facteurs sociaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexe</li> <li>• Âge</li> <li>• La taille et le poids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Dépression</li> <li>• Colère</li> <li>• Croyances</li> <li>• Stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pénibilité du travail</li> <li>• L'environnement social</li> </ul>

La lombalgie chronique n'est pas une pathologie, mais un symptôme douloureux.

Il existe deux autres types de lombalgie commune à savoir la lombalgie aiguë, d'une durée inférieure à sept jours et la lombalgie récurrente ou récidivante. Cette dernière est une suite d'épisodes aigus, survenant de façon plus ou moins régulière. Elle se répète sur des durées de quelques mois à plusieurs années.

## 2. La lombalgie symptomatique

Elle se distingue du premier type de lombalgie par le fait qu'elle possède une étiologie qui dépasse un problème qui est purement mécanique. Elle s'inscrit dans un contexte dit particulier, infectieux, néoplasique, vasculaire, d'altération de l'état général ou de sujet âgée. Il est important de consulter dans le cas d'une lombalgie symptomatique. Effectivement, elle peut nécessiter une intervention médicale puisque celle-ci peut être liée à :

- Une tumeur du rachis

- Une infection du rachis
- Un syndrome de la queue-de-cheval
- Une fracture de vertèbre.

Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous nous attarderons seulement sur la lombalgie chronique.

### 3. Prise en soin d'un patient atteint de lombalgie chronique

De nombreuses lectures faites pour rédiger ce mémoire d'initiation à la recherche montrent que la prise en soin de la lombalgie chronique a évolué au fil du temps en fonction des connaissances et des avancées scientifiques.

Effectivement, dans l'histoire de la lombalgie, les documents les plus anciens proviennent de textes égyptiens, grecs, romains et arabes. Ces derniers expliquaient que la lombalgie correspondait à une entorse de vertèbre. Le mot lombalgie pour expliquer ce syndrome n'était pas utilisé mais plutôt que le patient souffrait « *d'une entorse des vertèbres de la colonne vertébrale, une affection que je vais soigner* » (The history of low back pain : a look « back » through the centuries)

La plupart des médecins ont suivi les enseignements d'Hippocrate pendant la majeure partie du premier millénaire. Cependant l'influence arabe a pu faire évoluer le monde médical.

C'est à l'époque médiévale que la pensée médicale a cessé de progresser. Notons que les soins qui pouvaient être prodigués ont été effectués par l'autorité de l'Église et de l'état. Les prêtres étaient formés à la médecine mais les soins étaient affectés par la sphère religieuse.

L'époque avance et évolue : ce n'est qu'au cours du XX<sup>ème</sup> siècle que la certitude quant au diagnostic de la lombalgie a pu être remis en cause par les médecins. Au début du siècle, les professionnels soumettaient l'idée que la lombalgie était un rhumatisme musculaire et ce n'est que dans les années 1920 et 1930 que les théories se sont multipliées et ont pu coexister. Pendant la Seconde Guerre Mondiale, les sciatiques et lombalgies hystériques se sont multipliées à contrario en temps de paix, du fait de la dureté du combat et des difficultés psychologiques que les soldats pouvaient subir.

L'évolution de la médecine moderne marque un tournant dans l'histoire de la lombalgie. Effectivement, nous sommes passés d'une recommandation de repos au lit

à une recommandation basée sur le maintien de l'activité dans le but de diminuer les douleurs et d'améliorer les capacités fonctionnelles du patient.

Le besoin de soins des patients atteints de ce syndrome est diversifié avec une large gamme d'options : traitement, thérapie manuelle ou manipulation ou encore intervention chirurgicale.

De nos jours, la prise en soin du sujet lombalgie chronique doit prendre en compte différents paramètres à savoir l'aspect psycho-socioprofessionnel et l'aspect médical.

Les patients, de par la peur d'accentuer la douleur, de par les gênes ressenties ou encore de « mauvais » conseils de la part de l'entourage, peuvent souffrir d'un déconditionnement physique. Ce dernier se traduit par le manque d'activité physique. Il conduit les patients souffrants de ce syndrome à cesser de façon progressive leurs activités physiques. Cet arrêt les rend donc plus vulnérables, les plongeant dans une certaine dépendance, dégradant leur qualité de vie.

Cependant, il ne suffit pas de bouger pour améliorer l'état de santé d'un patient se trouvant dans cette spirale négative depuis un certain temps. Les mécanismes mis en œuvre sont complexes en particulier dans le cas de maladies évolutives.

Les traitements médicamenteux soulagent la douleur. Nous pouvons retrouver les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les opioïdes faiblement dosés.

Différents programmes sont proposés :

**L'école du dos** qui a été créée en 1999. Cette approche (école du dos) répond aux besoins de prévention, souvent chroniques, opérés ou non. « *Une école du dos consiste en toute forme de programme éducatif, dispensé en groupe, qui vise à favoriser chez les participants aussi bien des apprentissages de nature cognitive (acquisition de connaissances relatives à la colonne vertébrale et aux problèmes de dos), que des apprentissages sensori-moteurs permettant de réduire les efforts mécaniques s'exerçant sur la colonne vertébrale. Une école du dos a aussi pour finalité de transmettre un « savoir-être », c'est-à-dire une autre attitude vis-à-vis de la douleur et de la prise en charge médicale* » (L'école du dos pour le traitement des lombalgies, Samia Chaib, Amine Gueroui et Said Gueroui, 01/03/2018)

La **restauration fonctionnelle** « *réduit les douleurs, améliore les capacités fonctionnelles et est efficace en termes de reprises d'activités professionnelles* » (La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique, Septembre 2011). Les programmes intensifs de réadaptation multidisciplinaire comprenant de la restauration



sont recommandés puisqu'ils réduisent les douleurs de façon notable. (La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique, Septembre 2011)

Il est désormais admis que la prise en charge de la lombalgie chronique doit être au mieux multidisciplinaire, prenant en compte l'ensemble des composantes de ce syndrome. À court terme, le programme multidisciplinaire améliore la qualité de vie du patient. À long terme, cela peut devenir complexe si la lombalgie est d'origine professionnelle et que le sujet est en attente d'une adaptation.

Ce parcours allie exercices physiques (prise en soin éducative, programme d'exercice, approche comportementale, relaxation et visite sur le lieu de travail des professionnels) et prise en soin comportementale.

Dans le cadre de la restauration fonctionnelle, il est réalisé une évaluation initiale. Elle est importante puisqu'elle vient en complément de l'anamnèse recueillie par le médecin. Cette première phase comprend des auto-questionnaires qui concernent les troubles physiques, la qualité de vie, l'anxiété et la dépression, les difficultés au travail et la kinésiophobie. Plusieurs professionnels peuvent intervenir ici comme l'ergothérapeute, le kinésithérapeute ou encore le psychologue. Par la suite, un bilan physique peut être réalisé par les kinésithérapeutes ou les enseignants en Activité Physique Adaptée (cela dépend du protocole de la structure).

Un parcours fonctionnel est envisagé et s'avère être une grande source d'information pour les ergothérapeutes et pour tout autre professionnel intervenant au sein du programme. Effectivement, chaque professionnel ayant sa spécificité et investiguant les domaines qui lui sont propres, met en lumière des informations spécifiques. Ainsi, pour l'ergothérapeute, elles constituent un champ d'intervention large permettant de dresser le portrait occupationnel du patient tout en tenant compte de ses capacités physiques actuelles. Il est à noter que nous pouvons retrouver ces informations dans le dossier médical du patient mais aussi dans le dossier partagé avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Le bilan de la situation professionnelle est important afin de souligner les difficultés liées au poste de travail. Une visite suivie d'une analyse de l'environnement familial et/ou l'environnement professionnel peut être réalisée par un ergothérapeute si cela est nécessaire. En fonction de la demande, celle-ci peut être réalisée en présence du patient lui-même, de l'entourage, de l'employeur mais aussi de l'assistant(e) social(e) de la structure.

Les différentes séances au sein du programme de restauration fonctionnelle se déroulent avec un kinésithérapeute, des psychologues par exemple. Concernant les séances d'ergothérapie, elles sont centrées sur une approche ergonomique des problèmes rencontrés dans la vie quotidienne. Finalement, ce professionnel tente de guider le patient dans la recherche de solutions tout en tenant compte des besoins de chacun.

Le patient est amené à soulever des charges ou encore monter des escaliers afin de mettre en lumière les stratégies d'évitement mises en place et le comportement douloureux.

La thérapeutique doit associer antalgiques (à court terme), mais surtout lutte contre le syndrome de déconditionnement par divers programmes de rééducation active, et prise en charge des facteurs psychosociaux (thérapie cognitive ou comportementale) voire professionnels. Ainsi, « *La thérapeutique doit associer antalgiques (à court terme), mais surtout lutte contre le syndrome de déconditionnement par divers programmes de rééducation active, et prise en charge des facteurs psychosociaux (thérapie cognitive ou comportementale) voire professionnels* » (La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique, Septembre 2011).

De nos jours, la tendance est de privilégier une approche multidisciplinaire pour la prise en charge de la lombalgie chronique, en combinant l'exercice physique, la thérapie comportementale, la gestion de la douleur et de la santé mentale, ainsi que des traitements médicamenteux ou non médicamenteux spécifiques en fonction des besoins individuels de chaque patient.

Les personnes souffrant de lombalgie reçoivent un nombre croissant de traitements interventionnels contre la douleur, sans qu'aucune preuve ne vienne étayer une amélioration de l'état fonctionnel. Il existe une vaste gamme d'options thérapeutiques potentielles pour la lombalgie, qui ne cesse de s'étendre.

Finalement, différentes alternatives dans la prise en soin de la lombalgie chronique sont proposées. Pour toutes, nous remarquons des avantages et des axes d'améliorations. Dans ce mémoire, nous nous attarderons sur le protocole de RFR et non sur l'école du dos. Effectivement, j'ai pu l'expérimenter au sein de trois structures de façon totalement différentes me permettant d'avoir un regard critique tout au long de ce travail.

## B. Parlons de l'ergothérapie

### 1. Histoire de l'ergothérapie

Certains auteurs s'entendent pour dire que l'ergothérapie a pu suivre un changement de paradigme au cours du temps mais également en fonction de l'évolution du système de santé.

Dans un premier temps, l'idée principale de l'ergothérapie était que l'homme a besoin de s'engager dans des activités dans le but de pouvoir exister.

Dans un second temps, la recherche avançant, nous notons que l'ergothérapie s'est focalisée sur le corps et l'esprit.

Finalement, la troisième évolution a inclus l'environnement et son impact sur l'individu. Un lien étroit se crée entre l'évolution de l'ergothérapie et celle concernant la prise en soin de la lombalgie. Effectivement, il est important de se rendre compte que le point convergent ici reste la prise en compte de l'environnement au sein du symptôme de lombalgie ainsi que dans la vision de l'ergothérapie.

### 2. Définition générale de l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeute (ANFE), « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé* », qui travaille dans de nombreux secteurs. « *Collaborant avec de nombreux professionnels, il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* ». Finalement, l'ergothérapie est une profession se trouvant à la limite entre le secteur médical et le secteur social. Elle prend en compte les interactions entre la personne, ses activités et occupations ainsi que son environnement. Ainsi, ce professionnel accompagne un patient dans le but de lui permettre de s'engager dans ses activités et occupations. Ceci est un des enjeux majeurs (Kielhofner 2008, Morel-Bracq, 2009).

Il intervient aussi bien chez les enfants, adolescents, adultes ou encore personnes âgées. Il joue un rôle dans différents domaines comme la prévention, la réinsertion, la rééducation ou encore la réadaptation. Finalement, il aide à maintenir ou restaurer une

certaine autonomie nécessaire aux activités de la vie quotidienne. Pour ce faire, il utilise des mises en situation écologique afin que le patient puisse retranscrire ses connaissances apprises.

C'est un professionnel de santé qui délivre ses actes sur prescription médicale.

## C. Protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis

### 1. Origine du protocole

Le protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis s'inspire de la méthode PRIDE (Productive Rehabilitation Institute of Dallas for Ergonomics) qui a été créée par le professeur Tom Mayer aux Etats-Unis en 1983. Elle fut une alternative aux programmes déjà existants à cette période puisque ces derniers n'apportaient pas d'amélioration mesurable. Ce programme a été mis en place dans le but d'apporter une prise en soin au patient souffrant de douleurs musculosquelettiques chroniques.

Les principales missions de ce programme sont de permettre aux patients la reprise du travail, d'améliorer la qualité de vie, de diminuer l'apport médicamenteux et d'augmenter les capacités physiques du patient. Il s'adresse aux patients ayant une ou des blessures douloureuses, des problèmes de santé les empêchant de retourner au travail ou encore interfèrent avec les activités de la vie quotidienne. Les blessures peuvent être de tout type, c'est-à-dire concerner n'importe quelle partie du corps.

Le programme se base sur une approche interdisciplinaire, dans laquelle les professionnels collaborent dans un même but commun : aider les patients à surmonter les obstacles et donc pouvoir reprendre un fonctionnement quotidien. Le personnel médical de PRIDE comprend des spécialistes en orthopédie, en médecine physique et en réadaptation, en psychiatrie et en gestion de la douleur. Tous les traitements sont supervisés et dirigés par des médecins. L'équipe pluridisciplinaire comprend des infirmières, des psychologues, des conseillers, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des enseignants en Activités Physiques Adaptées (APA).

Au sein de PRIDE, nous pouvons retrouver différents traitements :

- Physiques : étirements, renforcement, activités physiques réelles.
- De relaxation : techniques de gestion du stress et de la douleur.
- D'éducation : en groupe ou en individuel.
- Ou encore de soutien personnel : résolution de problème, planification post traitement.

Lorsque les patients ont admis au sein du protocole, il participe à une Evaluation de la Capacité Fonctionnelle (FCE). Celle-ci est effectuée par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes dans le but de récolter des données (amplitudes, force, capacité aérobie et activités de vie quotidienne). Par la suite, elles permettront aux professionnels de proposer des objectifs en lien avec les capacités du patient dans le but d'une progression sûre et efficace. De plus, des questionnaires d'auto-évaluation sont utilisés en permanence et ont été créés par PRIDE. Il s'agit de l'inventaire central de sensibilisation (CSI), l'échelle des composantes d'évitement de la peur (FACS) et le questionnaire sur l'incapacité liée à la douleur (PDQ). Ils sont effectués par les patients à leur entrée mais également à leur sortie afin d'obtenir un comparatif.

Des enseignements peuvent être dispensés notamment sur l'anatomie et la physiologie de la douleur, l'alimentation, les traitements, le counseling. Finalement, sont abordés les sujets nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie du sujet.

Une journée type au sein du protocole PRIDE commence par un cours d'étirement du corps, ensuite, celui-ci continue par des séances d'entraînement qui ont été personnalisées avec un kinésithérapeute et un ergothérapeute. Ensuite vient la pause du déjeuner. Lorsque les activités reprennent, les patients se dirigent vers un cours d'entraînement physique puis terminent la journée dans le gymnase avec les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. La progression du patient est donc surveillée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire pour qu'il soit en totale sécurité.

Du point de vue de l'ergothérapie et de la PRIDE, celle-ci permet de conditionner le corps dans sa globalité afin de préparer le patient à un retour à la vie active professionnellement mais également dans la vie quotidienne. Finalement, l'ergothérapeute se concentre sur des tâches fonctionnelles en lien avec le conditionnement physique du corps global afin que celle-ci soient en lien avec le profil occupationnel du patient. La progression de celui-ci est surveillée pour garantir sa sécurité.

## 2. Adaptation du protocole en France

Le programme de RFR utilisé en France s'inspire donc du programme PRIDE et a été introduit par le CRF l'Espoir de Lille en 1989. Il tente de lutter contre le déconditionnement physique, psychologique et social induit par la lombalgie. Il s'agit d'une méthode jouant un rôle sur les problèmes ou d'autres méthodes n'ont pas été opérantes ou les solutions thérapeutiques sont partielles voir peu efficaces :

- La reprise du travail,
- La douleur,
- Le vécu physique et psychologique.

Ce programme dure cinq semaines. Les patients s'exercent sept heures par jour, cinq jours sur sept. La réussite de ce programme dépend donc de son investissement et des adaptations seront à mettre en place dans le temps afin de pérenniser les acquis. Il se base sur l'acceptation de la douleur, la prise en soin par le patient lui-même. Il tente d'éviter qu'une lombalgie, qui est installée depuis une certaine durée, ne se transforme en un handicap ce qui nuirait aux activités de vie quotidienne des individus. Il vise donc à favoriser la mobilité du rachis afin de permettre aux patients de reprendre leurs occupations. Ce type de rééducation se base sur des mesures physiques qui sont objectives. Ces dernières sont effectuées avant, pendant et après le traitement pour orienter la prise en soin. Il est question de restauration physique, psychosociale et socio-économique des patients grâce à leur démarche dite active. Ceci est un progrès vis-à-vis de la réponse subjective à la douleur. La population atteinte de lombalgie chronique peut être amenée à un questionnement d'ordre médical, psychosocial et économique. L'objectif principal du programme est de restaurer le mouvement et les possibilités fonctionnelles du patient plutôt que de supprimer la douleur.

Plusieurs données et informations sont recueillies avant de débiter le programme. Tout d'abord, le médecin du centre prend en compte l'âge, le poids, la taille, la durée de la lombalgie, la durée de l'arrêt de travail et la consommation de tabac de chaque patient. De plus, ce premier entretien permet de connaître la consommation de médicaments et la pratique ou non d'une activité. L'Évaluation Visuelle Analogique (EVA) permet d'évaluer la douleur ressentie. Elle est limitée à gauche par « absence de douleur » et à droite par « douleur maximale imaginable ».

La passation du questionnaire de Dallas permet de rendre compte des douleurs lombaires dans différentes sphères : les activités de vie quotidienne, professionnelles et de loisirs, le rapport anxiété-dépression et la sociabilité.

Afin d'évaluer la flexibilité, il est nécessaire que le patient se positionne sur un podium dans le but de mesurer la distance doigts-sol et la distance doigts-pieds. Ce test permet d'éviter toute appréhension.

Il est important d'évaluer la capacité musculaire. Pour cela, les professionnels utilisent un appareil isocinétique. Ce test est précédé d'un échauffement de dix minutes au rameur.

Pour finir, un test de soulever de charge est réalisé. Il a été adapté en France et s'inspire du test américain PILE (Progressive Isoinertial Lifting Evaluation). Il évalue l'endurance à l'effort, la capacité physique et la performance fonctionnelle. Il est demandé au patient de soulever une caisse au sol et de la poser sur un plateau à 75 centimètres du sol puis de la reposer à terre.

Les exercices au sein du programme s'effectuent de façon graduelle :

- La première semaine, les patients effectuent des exercices de flexibilité et des exercices cardiovasculaires (marche, course adaptée aux capacités de chaque patient).
- Durant la deuxième semaine, les patients réalisent un travail de force musculaire.
- La troisième semaine permet d'augmenter l'intensité avec des exercices d'endurance (soulevés de charges, exercices de proprioception et de coordination).
- Pour finir, la quatrième et la cinquième semaine permettent d'augmenter progressivement l'intensité des exercices de renforcement.

Une journée type au sein du protocole de RFR commence le matin avec un échauffement sur rameur ou ergocycle à membre supérieurs, s'enchaîne ensuite un entraînement musculaire isocinétique puis un entraînement musculaire analytique des membres inférieurs et supérieurs sur machine à charge. Pour finir, il est effectué de la préparation physique générale ou une consultation avec l'assistant(e) social(e) ou psychologue. L'après-midi débute par un entraînement fonctionnel en ergothérapie puis un entraînement musculaire analytique des muscles du tronc sur machine à charge. Les patients termineront la journée par de l'activité physique et sportive, des étirements, de la balnéothérapie et/ou de la relaxation.

### 3. L'ergothérapie au sein du protocole de RFR

Au sein du programme de restauration fonctionnelle du rachis, les ergothérapeutes aident les patients à atteindre une souplesse, une force, une endurance afin de pouvoir reprendre les loisirs ou encore une flexibilité. Finalement, le but est qu'ils comprennent comment leur corps fonctionne. L'ergothérapeute

intervient dans la coordination des gestes mais également dans l'adoption d'une posture dynamique. Le but est de réintégrer le fonctionnement du rachis. Ce professionnel développe également la capacité du port de charge.

Un travail de flexibilité est abordé en ergothérapie. Pour ce faire des exercices fonctionnels de ramassage et de dépôts d'éléments sur un plateau peuvent être dispensés tout en adaptant la hauteur par rapport au sol en fonction des capacités du patient.

Concernant les positions, il est important de souligner que l'ergothérapeute travaille de façon progressive. Dans un premier temps, le patient effectue un travail dans un plan sagittal en exécutant une flexion / extension de la colonne pieds joints. Ensuite, la consigne donnée consiste à réaliser une flexion / extension associée à une rotation avec les pieds écartés (20 centimètres environ)

Nous pouvons ainsi nous rendre compte que la démarche ici est centrée sur la récupération de la lombalgie (C.R.F L'Espoir 59260 Hellemmes – Formation R.F.R – support pédagogique)

Autrement dit, la priorité est donnée aux ergothérapeutes lorsqu'il s'agit d'une mise en situation ou une intervention en milieu de travail. Ici, il est important d'écarter les craintes du patient pour éviter de fausses croyances.

De plus, ce professionnel (ainsi que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire), aide le patient à s'accommoder à la douleur. Ainsi, il y a un travail d'éclairage sur la pathologie en tant que telle, un apprentissage sur le contrôle de la douleur et le vivre avec la douleur, d'autant plus que celle-ci peut s'accroître au cours de la prise en soin mais également une mise en lumière des progrès obtenus lors du protocole.

Finalement, sur le protocole de base en ergothérapie, le concept d'occupation s'avère être peu présent. C'est pourquoi j'ai décidé d'orienter ce travail de recherche dans cette direction afin d'approfondir ce sujet.

### III. Cadre conceptuel

#### A. L'activité et l'occupation en ergothérapie

En ergothérapie, nous employons couramment le terme d'occupation et d'activité mais ces termes ont une signification différente. Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, l'interrogation se portera sur toutes les occupations de la vie quotidienne. Effectivement, du fait du déconditionnement physique et psychologique,



c'est l'altération de plusieurs occupations qui priment qu'elles soient de loisirs, productives, de soins personnels ou de repos.

Tout d'abord, il paraît pertinent de définir les termes d'activité et de tâche avant de s'attarder sur le concept d'occupation.

En ergothérapie, le terme d'activité est « *vue comme une caractéristique fondamentale de l'être humain qui correspond à son besoin d'être actif dans son environnement* » (L'activité : un besoin fondamental de l'être humain – Ordre des ergothérapeutes du Québec – 1<sup>er</sup> janvier 2008). Finalement, l'activité permet à l'être humain de se développer et de construire son identité. De plus, l'activité peut être également un moyen thérapeutique de rééducation, de réadaptation ou encore de réinsertion qui montre que la personne est active dans le processus. L'activité est un moyen thérapeutique mais également un objectif à atteindre.

La tâche, quant à elle, reste précise dans sa terminologie. Selon le Robert, c'est un « *travail qu'on doit exécuter* », « *ce qu'il faut faire ; conduite commandée par une nécessité ou dont on se fait une obligation* » (Robert, dictionnaire en ligne). Rapporté à l'ergothérapie, ce concept diffère selon les auteurs. Effectivement, pour certains, « *les tâches comprennent des étapes ou des combinaisons d'actions et sont orientées vers un but (Christiansen et al. 2005 ; Kielhofner, 2008)* ». Pour d'autres, « *les tâches sont des parties d'ensembles plus larges qui sont des activités Hagedorn, 2001 ; O'Halloran & Innes, 2005* » (La perspective de l'auteur, Chapitre 4. Les formes du « faire » : l'occupation, l'activité et la tâche).

Finalement, ces deux concepts sont intimement liés et s'articulent avec le concept d'occupation.

L'occupation est un terme qui fait débat entre les ergothérapeutes du monde entier. Selon Doris Pierce dans son ouvrage paru en 2016, « *Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un évènement 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 solidaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues* » (Pierce, 2016). Autrement dit, l'occupation est propre à chaque individu dans un espace et un temps donné.

Elle englobe ce que font les individus, ce qui a du sens dans leur vie quotidienne et dans l'agir.

Pour Kielhofner, « *l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne* », c'est donc en effectuant des occupations que l'individu peut se construire une identité occupationnelle.

« *L'occupation en tant que moyen se réfère à l'utilisation d'une occupation thérapeutique en tant que modalité de traitement pour faire progresser quelqu'un vers un résultat occupationnel* » (Gray, 1998). Finalement, utiliser l'occupation comme moyen de rééducation permet de sélectionner des activités en adéquation avec les objectifs de rééducation.

## B. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Comme abordé précédemment, l'ergothérapeute accompagne le patient dans sa globalité au cours de la prise en soin de la lombalgie chronique. Les occupations dans la vie quotidienne des sujets souffrant de ce symptôme peuvent être altérées. C'est pourquoi au sein de ce mémoire, il paraît pertinent de s'attarder sur le MOH afin de tenter d'effectuer un lien entre ce modèle et le sujet d'étude.

Le Modèle de l'Occupation Humaine a été créé en 1980 par Gary Kielhofer. Selon lui, « *l'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne* ». C'est en effectuant des occupations que nous construisons notre propre personne, notre propre identité. Quant à l'occupation, celle-ci dépend de l'environnement dans lequel l'individu évolue. Ainsi, il y a une perpétuelle interaction entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et l'environnement dans le but de mettre en place une occupation.

Différents concepts sont abordés au sein de ce modèle. Tout d'abord, le concept d'occupation humaine qui est défini selon l'auteur comme « *une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* ».



Figure 1 : Le Modèle de l'Occupation Humaine

Le MOH est défini selon l'Être, l'Agir et le Devenir de l'individu.

Finalement, le schéma illustre bien la personne qui agit dans son environnement pour développer son adaptation occupationnelle.

## 1. L'être

Nous retrouvons la volition qui comprend les valeurs, les centres d'intérêt et les déterminants personnels. Ceci constitue l'individu. Pour Kielhofer, la volition est « *le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité* ». Elle « *régit le fonctionnement global du système et est responsable du choix et de l'initiation du comportement professionnel* » (A critical analysis of the Model of Human Occupation, Avril 1998). Elle représente un cycle en 4 étapes : anticipation, choix, expérience, interprétation. Nous remarquons que ce cycle ne comporte ni point de départ ni point d'arrivée. Le patient expérimente des activités dans un environnement et les interprète. Ceci permettra d'anticiper puis de faire des choix qui vont de nouveau mener à l'expérience.

La volition permet d'expliquer ce qui motive la personne à effectuer une occupation ce qui correspond au fait d'agir. Elle se réfère donc aux pensées de la personne (influencé par l'environnement), à ses valeurs, ses déterminants personnels, ce qui procure du plaisir c'est-à-dire les intérêts et c'est l'expérience qui permet de voir nos capacités dans les occupations.

Finalement, la volition est liée à trois questions :

- Est-ce que je me trouve bon ?
- Est-ce important pour moi ?
- Est-ce que j'aime ça ?

Par ces trois questions, nous pouvons voir que c'est un processus dynamique et interne à l'individu.

Les valeurs de ce dernier correspondent à ses convictions personnelles et sont donc influencées par la culture. Elles sont acquises et nous poussent donc à faire des choix occupationnels, et se regroupent en deux champs qui sont les convictions personnelles et le sens de l'obligation.

Il est important de faire un lien entre valeur et incapacité puisque les incapacités peuvent remettre en cause les valeurs propres à chacun. L'individu, du fait de ses incapacités, peut être mis aux valeurs de la société ce qui peut donc le mettre en

difficulté. L'inverse est également possible, c'est-à-dire permettre au patient de revoir ce qui est important dans son quotidien.

Les déterminants personnels constituent la perception de nos propres capacités et c'est l'expérience qui permet de les déterminer. Nous pouvons retrouver ici le sentiment de compétence qui est l'autoévaluation de nos propres capacités et le sentiment d'efficacité qui correspond au sentiment de contrôle.

Dans le cas de la lombalgie chronique, il arrive souvent que les patients doutent de leurs capacités. Elles vont donc moins rechercher des opportunités d'agir. La fatigue, la douleur vont avoir un impact sur la façon dont la personne voit ses capacités.

Pour finir, l'intérêt, c'est ce qui provoque du plaisir. Ils évoluent avec le temps. Une incapacité peut faire en sorte que nous prenions moins de plaisir et donc que l'individu ne s'adonne plus aux occupations qu'il appréciait avant. L'impact des intérêts sur la réadaptation est important. L'ergothérapeute cherche à accompagner le patient vers un équilibre dans les occupations

La capacité de rendement se réfère au corps. Nous retrouvons deux composantes :

- Une objective

Elle comprend les structures et les fonctions du corps qui dépendent des différents systèmes. Une déficience peut survenir après un accident. Celles-ci peuvent être évaluées par d'autre professionnel mais il est important de faire en sorte que l'ergothérapeute puisse poser des conclusions de l'impact sur la capacité de rendement.

- Une subjective

Cette dimension se réfère à des sensations internes qui sont perçues lorsque nous agissons ce qui peut avoir un impact sur le rendement. Elle correspond donc à la manière dont le patient sent son corps influencer ses occupations. Ceci correspond à la notion de corps vécu et c'est cette notion qui peut être obstacle à nos occupations.

Finalement, le MOH nous permet de prendre en compte le processus volitionnel, de laisser les activités signifiantes et d'avoir une pratique réellement centrée sur la personne.

## 2. L'Agir

Il existe différents niveaux d'agir. Le premier est la participation occupationnelle qui est l'engagement de l'individu au sein de l'activité au sens large. C'est la

perspective la plus large dans l'agir. La participation occupation peut donc représenter les occupations pour lesquelles un patient va s'engager.

Prendre part à une occupation veut donc dire effectuer des activités variées. Ceci correspond au deuxième niveau de l'agir qui est la performance occupationnelle ou rendement occupationnel.

Pour finir, afin de réaliser une occupation, nous faisons appel à différentes habiletés (motrice, opératoire, de communication et d'interaction). Celles-ci font référence aux actions qui sont observables. C'est le niveau le plus précis de l'agir. Ces habiletés influent donc sur la participation de l'individu dans une occupation.

Les habiletés motrices décrivent les mouvements du corps ou des objets dans l'environnement.

Les habiletés opératoires correspondent aux séquences des gestes ou des actions dans le temps

Les habiletés de communications permettent la participation

La participation, le rendement et les habiletés sont influencés par la volition, habitude et l'environnement.

La participation dans une occupation inclut la réalisation de plusieurs activités qui sollicitent plusieurs habiletés. Ainsi, l'agir contribue à l'adaptation occupationnelle.

### 3. Le devenir

Concernant le devenir, il est important de noter qu'au cours de notre vie, nous réalisons différentes occupations ce qui permet des expériences. Ces dernières favorisent donc l'identité occupationnelle de l'individu.

L'ergothérapeute, grâce à ce modèle, s'intéresse aux éléments qui favorisent ou nuisent à la participation des individus dans leurs quotidiens puisque cela joue un rôle dans le processus de changement. La façon dont la personne accomplit des tâches est influencée par l'environnement, « *L'environnement offre des opportunités mais fait également pression pour certains comportements, limitant ainsi les choix* » (A critical analysis of the Model of Human Occupation, Avril 1998)

Il existe trois dimensions dans cet environnement :

- L'environnement physique : correspond à l'espace et l'objet. Le but ici est de s'intéresser aux qualités de cette espace. Cette dimension peut avoir un impact sur les occupations, impact différent selon le type d'incapacité.

- L'environnement social : il est constitué des personnes et des relations. Il est important de s'intéresser au type de relation.
- L'environnement occupationnel : nous remarquons la présence d'occupations qui sont à mettre en lien avec les rôles de la personne.

Le MOH précise qu'il faut tenir compte des différents niveaux de contexte. L'ergothérapeute doit faire attention aux éléments environnementaux qui affectent l'utilisateur.

Finalement, l'environnement est fait d'opportunités et obstacles. Trop de choix peut donc augmenter l'indécision. L'impact de l'environnement est donc spécifique à chaque individu.

Le MOH considère l'environnement comme l'outil le plus important.

#### 4. Adaptation

C'est le résultat du MOH. C'est donc l'être occupationnel. Tous les éléments cités précédemment sont le résultat de l'être et de l'agir

L'adaptation occupationnelle est liée à 3 composantes :

- L'identité occupationnelle : qui je suis et qui je souhaite devenir. Prise de connaissance de nos capacités et intérêt
- L'impact environnemental : qui est unique à chaque individu
- La compétence occupationnelle : comment la personne s'engage dans une occupation

Elle se développe tout au long de la vie grâce à l'expérience.

Lorsqu'un sujet est atteint de lombalgie chronique, nous notons que son environnement ne favorise pas ou plus les occupations. Effectivement, l'individu se sent dépassé par la douleur, ne sait souvent plus comment gérer son quotidien. La peur et l'anxiété ralentissent donc les actes de la vie quotidienne par peur d'accentuer la douleur persistante. Ainsi l'engagement diminue. L'ergothérapie va donc, en collaboration avec le patient tenter de résoudre les difficultés par des adaptations par exemple.

Le MOH est un modèle que l'on peut qualifier d'humaniste puisqu'il est centré sur la personne elle-même. Il propose des différents outils utilisables dans différents milieux.

## 5. Présentation des outils

Le modèle du MOH propose différents outils avec des usages distincts : certains sont utilisés pour l'entretien, certains sont plutôt des auto-évaluations, d'autres sont basés sur de l'observation. Il existe également des check-lists ou des outils que nous pouvons qualifier de mixte car il offre un aperçu global du patient.

Tableau 2 : Bilans du MOH utilisable durant l'entretien :

OCAIRS	OPHI-II
Ce bilan évalue différents aspects du MOH et la disposition aux changements de la personne. Ici, le but est de comprendre l'impact fonctionnel et de rendre compte de la participation et du rendement dans les occupations.	L'OPHI-II est un entretien semi-structuré de 60 à 90 minutes. Il met en avant les forces et les faiblesses de la personne dans son fonctionnement occupationnel. Il peut être utilisé avec tout type de population. Notons qu'il existe une version simplifiée pour les enfants.

Tableau 3 : Bilans du MOH en auto-évaluation :

OQ	OSA
Grâce à ce bilan, le patient décrit son emploi du temps et cote l'importance qu'il accorde aux différentes activités ainsi que l'intérêt. Ceci permettra de comprendre les habitudes de vie ainsi que la volition de la personne.	L'OSA mesure : <ul style="list-style-type: none"><li>• La compétence et la participation occupationnelles,</li><li>• Les composantes de la volition, des habiletés de rendement et de l'environnement de la personne.</li></ul> Le but est de comprendre la manière dont la personne perçoit sa vie. À la suite de ce bilan est réalisé un entretien avec l'ergothérapeute.

Tableau 4 : Bilans du MOH basées sur l'observation :

ACIS	AMPS	VQ
<p>Ce bilan permet de rendre compte des habiletés de communication et d'interaction d'un individu au cours d'une activité. L'observation s'effectue dans un contexte pertinent pour la personne. Nous observons 20 habiletés réparties en trois domaines : physique, échange d'information, relation interpersonnelle. Ce bilan s'effectue entre 20 à 60 minutes.</p>	<p>Le AMPS permet d'évaluer le rendement, les habiletés motrices et opératoires durant une activité prédéfinie (il en est répertorié 125).</p>	<p>Le VQ est une évaluation de la motivation et de la volition. Il regroupe quatorze comportements observables avec la description de l'environnement selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'exploration</li> <li>• Les compétences</li> <li>• Les accomplissements</li> </ul> <p>La passation de ce bilan peut s'effectuer auprès de tout type de population.</p>

Au sein du MOH, nous pouvons également retrouver des check-lists avec la liste des rôles et la liste des intérêts.

Tableau 5 : Outils mixtes regroupés au sein du MOH

MOHOST	SCOPE
<p>Il offre une vision synthétique de la participation occupationnelle de la personne. Ce bilan se complète après avoir recueilli des informations (entretien, évaluation, mise en situation, professionnels, entourage). Il évalue différents aspects comme la volition, l'habituatation, les habiletés et l'environnement de la personne en mettant en lumière ses forces et ses faiblesses.</p>	<p>Ce bilan se rapproche du MOHOST. Cependant, il s'effectue avec les enfants de 0 à 21 ans et prend en compte les jeunes avec un retard de développement.</p>



## C. Engagement

### 1. Définition

L'engagement peut être vu comme un « *acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose [...]* » (Larousse). Si nous rapportons cette idée à l'ergothérapie, « *l'engagement est 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, 2018, p. 21). Ainsi, cela revient à dire que l'engagement correspond à l'activité effectuée, de son initiation jusqu'à ce que cette dernière soit terminée. Cependant, nous voyons bien que cette notion reste subjective et est donc propre à chacun.

En tant qu'ergothérapeute, nous proposons des activités qui ont pour but de favoriser l'engagement du patient mais également de restaurer les fonctions déficitaires. Il est aussi nécessaire d'aborder les rôles.

L'être humain a une volonté importante d'agir et lorsque son engagement dans une occupation est diminué, cela peut entraîner une perte des compétences dans les actes de la vie quotidienne.

### 2. Engagement et désengagement occupationnels

Le concept d'engagement occupationnel reste, quant à lui, encore très vague à l'heure actuelle. Effectivement, des divergences existent autour de sa définition. Il peut être vu comme une participation dans une occupation (de loisir, de travail, de soin personnel) à laquelle l'individu attache ses valeurs personnelles. Il peut être influencé par de nombreux facteurs qui dépendent ou ne dépendent pas de l'individu. Ceci peut donc fluctuer au cours du temps, de l'occupation réalisée, de l'environnement, du contexte ou de l'identité de l'individu en tant qu'être occupationnel.

Il semblerait donc que plus l'engagement occupationnel d'une personne est important, plus la perception que celle-ci peut avoir de la santé et de son bien-être est positive. Ainsi, l'engagement occupationnel ne peut être évalué que par un ergothérapeute. Effectivement, le but de l'ergothérapie est de permettre les occupations puis qu'elles font partie intégrante de la vie quotidienne.

« *Être engagé dans des activités de la vie quotidienne, qui sont signifiantes, aurait un effet positif sur la santé et le bien-être* » (Clark et Al, 2001, Tounsend et Polatajko, 2007).

Les notions d'engagements et de participation sont intimement liées. Cependant, il est important de mettre en lumière la différence majeure : la participation occupationnelle peut être passive alors que l'engagement sera actif puisqu'il est lié à la personne.

Lorsqu'un individu s'engage, nous pouvons estimer qu'il ira jusqu'au bout de l'occupation. C'est pourquoi il est pertinent de s'attarder sur le désengagement occupationnel. En tant que professionnel, nous pouvons rencontrer des patients dont l'engagement dans une occupation s'avère complexe. Nous parlons alors de désengagement lorsque nous observons un désinvestissement dans les occupations.

## IV. Question de recherche et hypothèses

### A. Question de recherche

Grâce au cadre contextuel et au cadre conceptuel, nous avons pu voir que la lombalgie est un problème de santé publique non négligeable et que la douleur impacte le quotidien des patients ainsi que leur engagement dans les occupations. Engagement qui est influencé par des facteurs comme l'environnement de la personne.

La pratique de l'ergothérapie au sein du protocole de RFR reste variable selon les centres et les formations de chaque professionnel mais l'objectif principal reste d'analyser son corps et de comprendre comment s'effectuent les activités de vie quotidienne avec la douleur.

Pour rappel, ma question de départ était « **En quoi l'intervention de l'ergothérapeute est-elle bénéfique au sein de protocole de restauration fonctionnelle du rachis ?** ».

Finalement, l'ergothérapeute doit faire le lien entre la problématique de santé et les répercussions dans le quotidien des patients.

Mon questionnement se porte sur les patients qui entrent dans le protocole de RFR, peu importe l'âge du sujet. Nous incluons les patients ayant interrompu leurs occupations et souffrant d'un déconditionnement physique afin de pouvoir encourager la reprise de ces dernières. Nous excluons les patients ayant une atteinte supplémentaire à la lombalgie chronique et les personnes ne souhaitant pas reprendre une occupation. A mon sens, il est préférable d'exclure les sujets ayant une affection supplémentaire afin de ne pas confondre les différents symptômes qu'il est possible de rencontrer.

Ainsi émerge ma question de recherche :

**« En quoi l'accompagnement en ergothérapie est-il une plus-value auprès des patients souffrant de lombalgie chronique au sein d'un protocole RFR dans le but de favoriser l'engagement dans les occupations ? »**

## B. Hypothèses

Au travers de cette réflexion ont pu émerger deux hypothèses :

- 1- L'ergothérapeute peut agir sur le désengagement occupationnel des patients souffrant de lombalgie chronique au sein du protocole RFR
- 2- Un accompagnement en ergothérapie basé sur le MOH permet de favoriser l'Agir des patients atteints de lombalgie chronique au sein du protocole de RFR.

## V. Cadre méthodologique et expérimentale

### A. Choix de la population

A partir des éléments que nous avons pu mettre en lumière précédemment et sous couvert de la loi JARDE du 2 Mars 2012, nous interrogerons des ergothérapeutes diplômés d'état exerçant auprès de sujets atteints de lombalgies chroniques au sein du protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis.

Tableau 6 : Critères d'inclusion ou exclusion.

Critères d'inclusion	Critère d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>• Avoir un diplôme d'état en ergothérapie.</li><li>• Travailler avec des sujets lombalgies chroniques.</li><li>• Travailler au sein du protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ne pas être diplômé d'état en ergothérapie.</li><li>• Ne pas travailler avec des sujets lombalgies chroniques.</li><li>• Ne pas travailler au sein du protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis</li></ul>

## B. Choix de l'outil

Pour faire suite à la partie théorique exposant les différents concepts et au choix de la population, cette partie permettra de mettre en lumière le dispositif méthodologique choisi dans le but de valider ou d'invalider les hypothèses de recherches.

Le choix d'outil s'est porté sur le questionnaire dans le but de toucher un maximum d'ergothérapeute et recueillir des données précises et quantifiables. Ce questionnaire « sert principalement à standardiser un recueil de données précises et souvent quantifiables » (Guide pratique de recherche en réadaptation, Chapitre 8, 2014).

Pour le diffuser, l'outil informatique a été utilisé pour transmettre cette enquête dans différentes structures par le biais de mail, mais également sur les réseaux sociaux ou sur des groupes d'ergothérapeutes. Cependant, un contact téléphonique au préalable a été nécessaire pour les structures ne présentant pas de mail sur le site internet.

La diffusion a débuté le 30 Mars 2023 au sein de différentes structures et une relance a pu être faite le 19 Avril 2023 sur les réseaux sociaux. La dernière réponse a été reçue le 27 Avril 2023.

Environ 20 mails ont pu être envoyés sur la période du mois d'avril ainsi qu'une dizaine d'appels téléphoniques.

## C. Construction du questionnaire

Le questionnaire se découpe en plusieurs parties (Cf ANNEXE I) :

- Une première partie est nécessaire afin de présenter le but du questionnaire mais également la durée moyenne de passation.
- Ensuite, la seconde partie permet de contextualiser la pratique ergothérapique en s'intéressant au profil du sujet.
- En troisième partie, nous évoquons le protocole de RFR puisque c'est le cœur de ce mémoire d'initiation à la recherche. Il est important d'interroger son évolution au fil du temps afin de rendre compte de l'avancée et des besoins.
- La quatrième partie permet de rendre compte des habiletés mais également des occupations qui sont impactées par le déconditionnement physique et/ou psychologique induit par la lombalgie chronique.
- La cinquième partie questionne le désengagement occupationnel que peut induire la lombalgie chronique.

- Finalement, nous questionnons les ergothérapeutes sur l'utilisation du MOH dans la pratique ergothérapique au sein du protocole de RFR auprès de sujets lombalgie chronique.

Le temps de passation du questionnaire est d'environ dix minutes.

## VI. Présentation et analyse des résultats obtenus

19 ergothérapeutes ont pu répondre à ce questionnaire. Cependant, une personne a répondu « non » à la question « Etes-vous ergothérapeute accompagnant des sujets lombalgie chronique au sein d'un protocole de RFR ? ». Ainsi, la présentation et l'analyse se porteront sur 18 réponses et non 19. Pour certaines questions, la réponse des ergothérapeutes n'est pas analysable. Cela sera précisé au moment opportun.

La répartition des ergothérapeutes en fonction de leurs années de diplômes permettra de rendre compte des évolutions de pratique de chaque professionnel, à savoir les points de convergences et de divergences en se basant sur la réingénierie de 2010 concernant les études d'ergothérapie.

Au sein de cette étude, 39% des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire sont diplômés depuis moins de cinq ans et 17 % ont plus de 15 ans d'expérience.

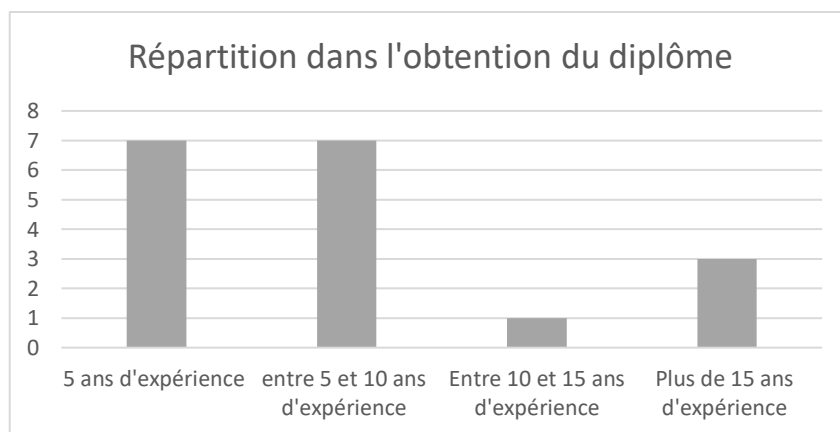


Figure 2 : Résultats à la question 2

Le questionnement sur le lieu d'exercice montre que l'ensemble des ergothérapeutes évolue au sein d'un SSR (en hospitalisation à temps complète / à temps partiel / HDJ). Un ergothérapeute interrogé apporte des précisions en expliquant la spécificité de son service à savoir qu'il travaille dans un service de médecine physique et de réadaptation.

Notifions qu'il existe des formations concernant le protocole de RFR. La plus connue se déroule au sein du CRF L'Espoir.

Finalement, nous pouvons voir ici que seulement un tiers des ergothérapeutes interrogés sont formés au protocole de RFR, protocole standardisé à l'accoutumée. Les deux tiers restant évoluent donc au sein de ce protocole sans formation définie

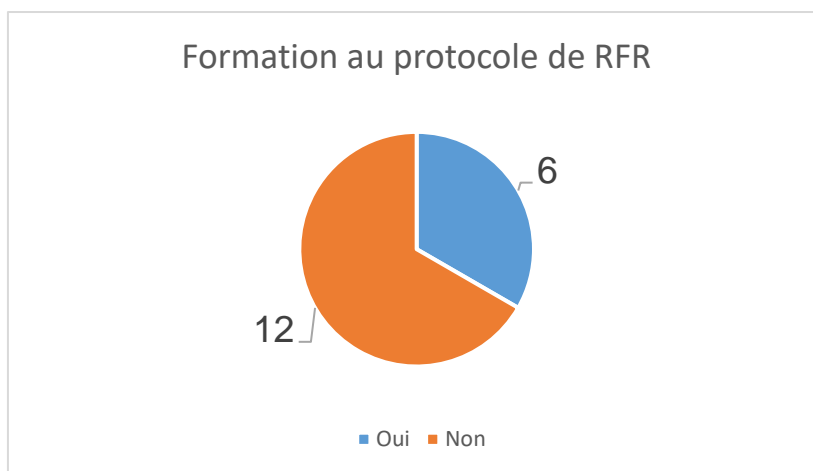


Figure 3 : Résultats à la question 4

Plus précisément, la moitié des ergothérapeutes a pu être formée récemment (il y a un et deux ans) au protocole de RFR ou à une formation concernant la lombalgie.

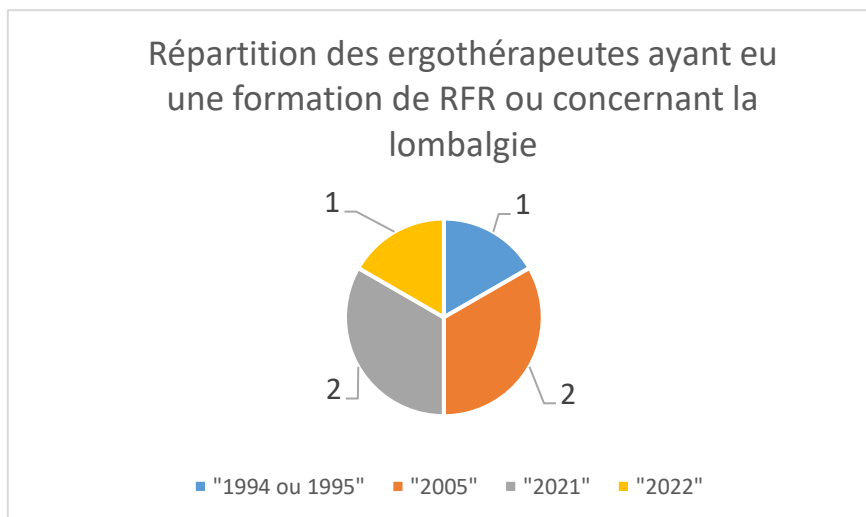


Figure 4 : Résultats à la question 5

Cependant, concernant les deux tiers d'ergothérapeutes exerçant au sein du protocole de RFR et n'ayant pas suivi de formation validée, nous remarquons que nombreux expliquent qu'ils ont pu à leur sens, se former durant les études et les stages ou encore par d'autres ergothérapeutes de la structure. Ceci constitue donc une formation informelle.

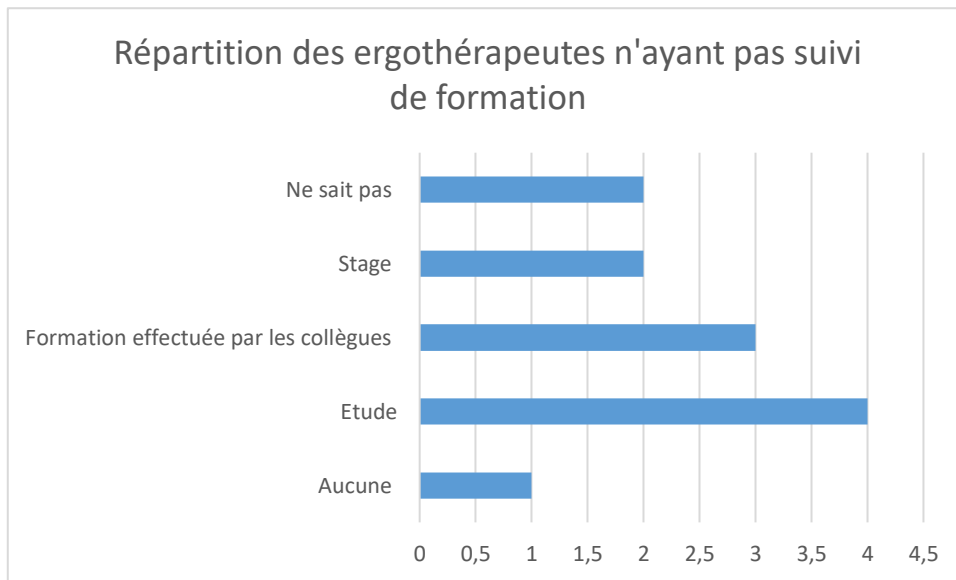


Figure 5 : Résultats à la question 5

Au sein du cadre contextuel, nous avons pu nous attarder sur le protocole de RFR et son apparition en France en 1989 à savoir il y a 34 ans. De par la question, nous remarquons que 22% des protocoles de RFR sont apparus de façon rapide suite au développement de ce dernier en France. Pour la majorité, à savoir 28 % sont apparus entre cinq et dix ans. Nous allons donc pouvoir comparer les évolutions de chacun.

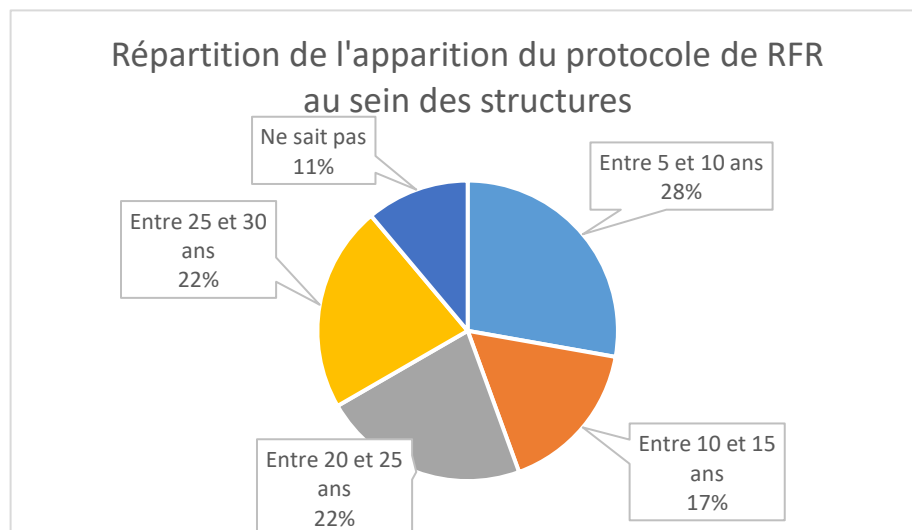


Figure 6 : Résultats à la question 6

Seulement un ergothérapeute explique que le programme n'a pas évolué ces dernières années. Ainsi, 94% estime avoir remarqué des adaptations / évolutions.

Il a paru pertinent par la suite de questionner l'évolution du programme de RFR du point de vue des ergothérapeutes.

Effectivement, comme expliqué précédemment (Cf : le cadre contextuel), le protocole de RFR est standardisé avec

une démarche et des objectifs spécifiques qui lui sont propres. Ici, huit ergothérapeutes sur les 18 expliquent que la durée du programme a changé (rappelons que la durée inscrite au sein du protocole de RFR est de cinq semaines).

De plus, onze ergothérapeutes sur 18 expliquent que l'intervention des professionnels a été adaptée et des bilans ont pu être ajoutés ou supprimés. Le protocole de RFR a donc évolué au fil du temps (Détails des réponses autres en ANNEXE II).

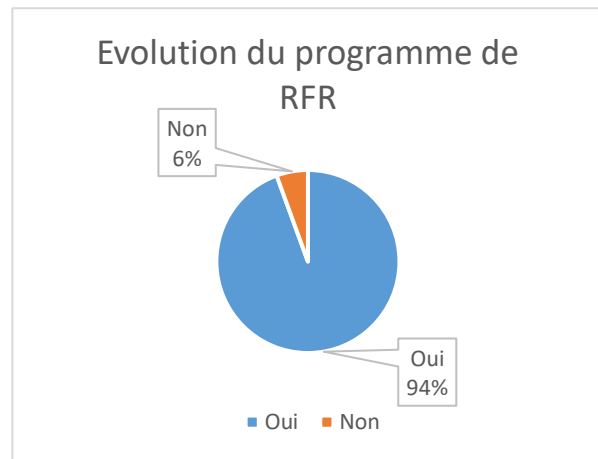


Figure 7 : Résultats à la question 7

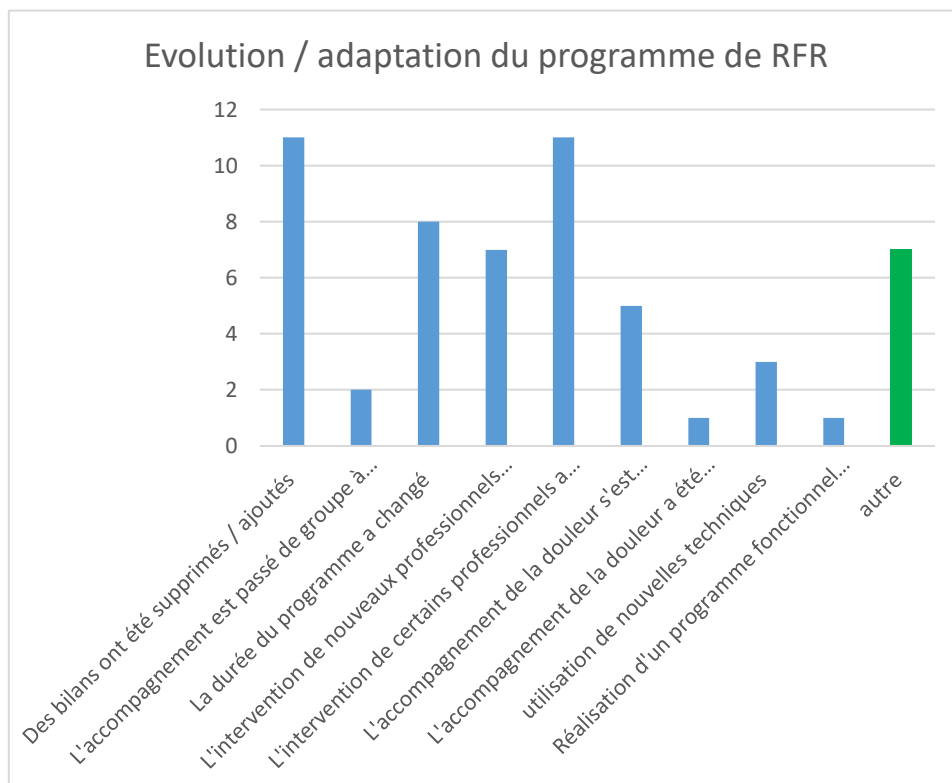


Figure 8 : Résultats à la question 8



En utilisant les documents pédagogiques du CFR L'Espoir, nous avons pu mettre en lumière grâce à un planning type, les professionnels intervenant au sein du protocole de RFR à savoir :

- Le médecin
- L'ergothérapeute
- Le kinésithérapeute
- Professeur de sport
- Le psychologue
- Le psychiatre
- L'assistant(e) social(e)

Nous pouvons voir ici que nous retrouvons dans tous les programmes un médecin, un ergothérapeute et un kinésithérapeute. Sur 18 réponses analysables, 17 professionnels comptent une diététicienne et un professeur APA au sein du protocole de RFR.

Certains programmes ont leurs spécificités, certains proposent d'être mis en relation avec un tabacologue, d'autres un professeur de yoga, un ergonomiste ou alors le service COMETE. Cette association propose un « *accompagnement des patients, dès la phase d'hospitalisation, dans la construction d'un projet professionnel compatible avec leur état de santé* » (COMETE France). Ainsi, chaque structure adapte son programme de RFR en fonction de la demande.

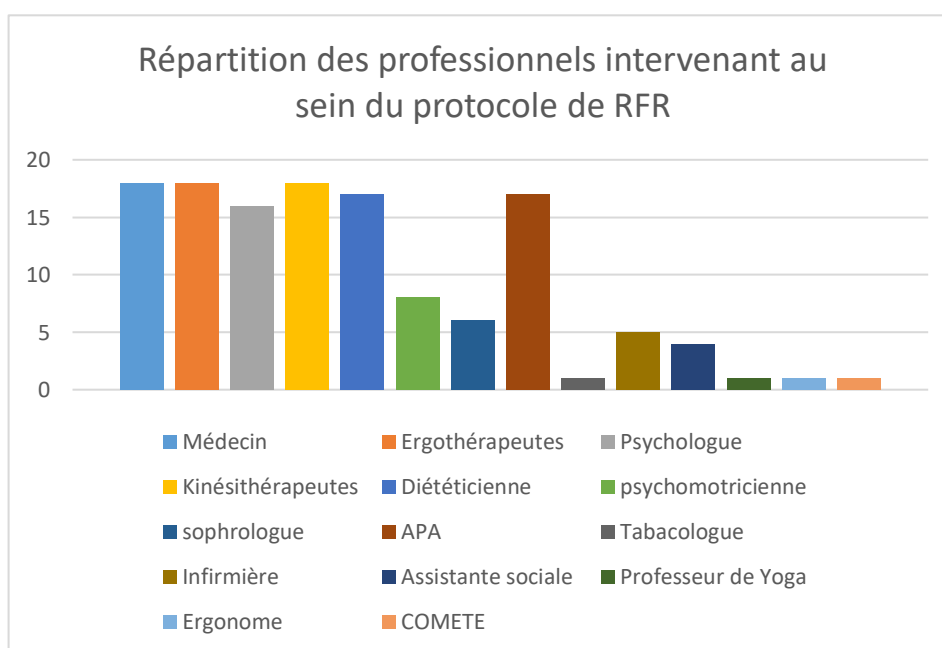


Figure 9 : Résultats à la question 9

La planification d'une semaine type montre que la prise en soin s'effectue en groupe mais également en individuel. La moitié des ergothérapeutes suivent ce principe avec un accompagnement en groupe et en individuel. Une autre moitié propose un accompagnement seulement en groupe.

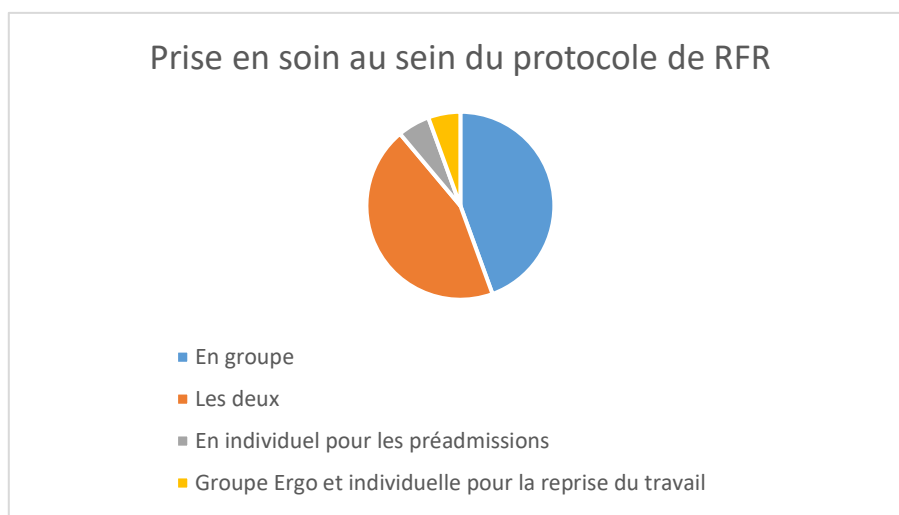


Figure 10 : Résultats à la question 10

Le protocole de RFR s'adresse au sujet lombalgie chronique. C'est ce que montre le questionnaire. La totalité des ergothérapeutes à savoir 18 expliquent que le programme de RFR de leur structure s'adresse à des sujets lombalgiques chroniques mais également à des sujets souffrant de déconditionnement physique (16 réponses) ou encore des sujets ayant d'une hernie discale ou étant opérés (15 réponses). Douze professionnels accueillent au sein du programme des sujets souffrant de cervicalgie. Nous pouvons voir ici que la demande s'est élargie et accueil une diversité d'atteintes du rachis. Ainsi, ceci peut expliquer en partie l'évolution et les adaptations que le programme a pu suivre au cours des années.

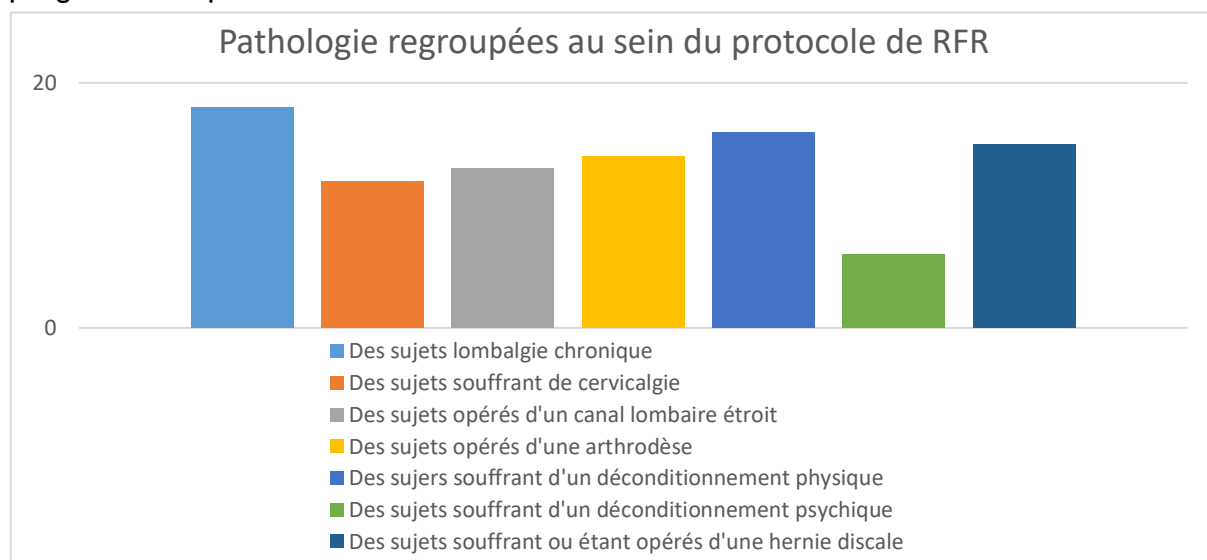


Figure 11 : Résultats à la question 11

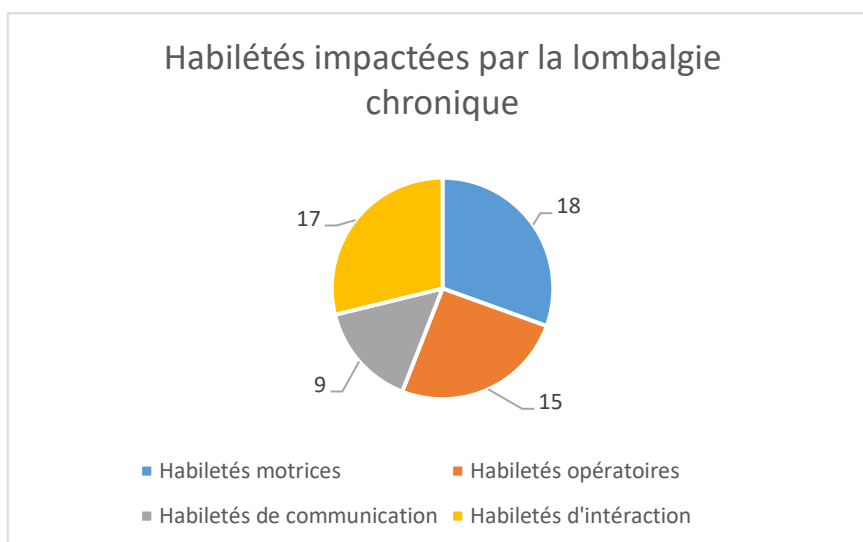
Lors du questionnement concernant les principes de prise en soin au sein du protocole de RFR, plusieurs thématiques sont réapparues à savoir le mouvement, la douleur, la reprise d'une activité (professionnelle ou de loisir), les activités de vie quotidienne ainsi que la compréhension et l'analyse du corps ou de l'activité. Cela revient donc à l'idée que la meilleure thérapie contre le mal de dos est le mouvement et le maintien des activités. La prise en soin est majoritaire au sein du programme, certains expliquent que le patient ne doit pas s'attarder sur sa douleur au sein du programme quand d'autres spécifient aborder de façon volontaire cette thématique.

En fin de compte, les principes spécifiés par chaque professionnel sont différents. Il est vrai que certains se baseront sur les capacités physiques et le conditionnement physique quand d'autres baseront la prise en soin sur la reprise d'une activité et les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.



Figure 12 : Résultats à la question 12

De par la lombalgie, des habiletés peuvent être impactées. Effectivement, pour la totalité des ergothérapeutes diplômés d'état, les habiletés motrices sont touchées. Effectivement, le déconditionnement physique en est la cause du fait de l'arrêt des occupations et l'appréhension de la douleur. 17 ergothérapeutes mettent en lumière que la lombalgie chronique peut avoir des conséquences sur les habiletés d'interaction. Le repli sur soi en est une des conséquences majeures. Les sujets se renferment sur leur douleur et ne s'ouvrent plus aux différentes perspectives que l'environnement peut leur offrir.



*Figure 13 : Réponses à la question 14*

Il est intéressant de questionner les ergothérapeutes sur l'adaptation du programme de RFR et le profil occupationnel. Deux-tiers des ergothérapeutes estiment que le programme est adapté tandis qu'un-tiers évoque le contraire.

Intéressons-nous aux deux tiers des ergothérapeutes qui expliquent que le programme de RFR est en adéquation avec le profil occupationnel des patients. La totalité des ergothérapeutes expliquent recueillir la demande du groupe, à savoir les activités de la vie quotidienne posant des difficultés majeures pour les sujets atteints de lombalgie chronique dans le but de construire les ateliers en ergothérapie. Finalement, les patients exposent leurs problématiques occupationnelles permettant l'échange entre l'ergothérapeute mais aussi avec les différents membres du groupe. Les sujets rencontrent principalement les mêmes difficultés et évoquer de façon superficielle l'ensemble des activités permet aux patients de s'identifier à au minimum une des activités problématiques. Pour finir, un ergothérapeute précise qu'il effectue la MCRO en individuel pour permettre l'échange en groupe par la suite sur les problématiques de chacun.

Évoquons maintenant les ergothérapeutes qui pensent que le programme de RFR n'est pas adapté au profil occupationnel du patient. Dans cette partie, une réponse ne sera pas analysable. Effectivement, l'ergothérapeute répond non à la question 16 puis développe le contraire à la question 17. Nous nous baserons donc sur cinq réponses. Deux idées majeures se présentent ici : tout d'abord, l'idée de la prise en soin de groupe ne permet pas, selon les ergothérapeutes, d'effectuer un profil occupationnel de chaque patient. Connaître les détails de leurs habitudes de vie paraît difficile. Ensuite, des exercices types d'étirement, de port de charge leur sont proposés et ne

sont pas adaptés au patient lui-même. Un seul ergothérapeute exprime un manque de feed-back sur le domicile ce qui complique la prise en soin.

Pour finir, selon un ergothérapeute, l'engagement occupationnel est travaillé au sein du protocole de RFR par la relation thérapeutique.

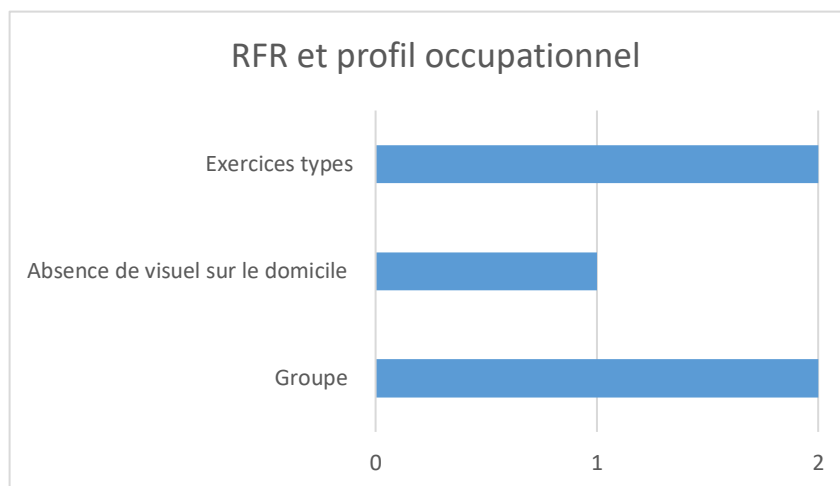


Figure 14 : Réponse à la question 17

Pour rappel, la lombalgie chronique peut entraîner une perte d'intérêt dans les occupations. Pour ce faire, il a été décidé de questionner les professionnels sur leur propre définition du désengagement occupationnel. Deux réponses ici ne sont pas analysables puisqu'un ergothérapeute répond qu'il est souhaitable de se référer à la définition tandis que le suivant répond qu'il ne connaît pas ce terme. Ainsi, nous nous baserons sur 16 réponses dans cette partie. Les mêmes thématiques sont mises en avant dans chaque réponse. Effectivement, les professionnels parlent de désinvestissement dans les occupations provoquées par la douleur permanente. Finalement, c'est ce désinvestissement qui provoque un déséquilibre dans les occupations avec une appréhension de la douleur. Au fur et à mesure, les sujets atteints de lombalgie chronique restreignent leurs occupations habituelles et n'osent plus aller vers de nouvelles occupations. La notion de déséquilibre est donc primordiale dans la définition du désengagement occupationnel.

Pour juger ce concept, les ergothérapeutes utilisent différents moyens. Un tiers des ergothérapeutes utilisent l'observation pour juger du désengagement occupationnel. Ils s'intéressent donc au comportement, à l'attitude du patient face à ce qui lui est proposé et donc sa manière de se comporter. Cinq ergothérapeutes ajoutent à l'observation une passation de bilan qui est très diversifié. Le reste du groupe utilise d'autres méthodes détaillées en ANNEXE II.

Il existe de nombreux bilans permettant de mettre en avant différentes informations concernant les sujets lombalgies chroniques. Des bilans tels que l'ODI (l'Oswestry Disability Index) ou l'EIFEL (Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies) permettent de mettre en avant à l'instant de la passation les capacités et incapacités des sujets atteints de lombalgie chronique. L'auto-questionnaire de Dallas permet de rendre compte de l'impact de la lombalgie sur la vie quotidienne, sur la vie professionnelle ainsi que le moral. Finalement, de nombreux bilans existent et font partie intégrante de la pratique en ergothérapie. Cependant, chaque professionnel s'approprie un bilan en fonction des points positifs et des axes d'améliorations qui lui trouve.

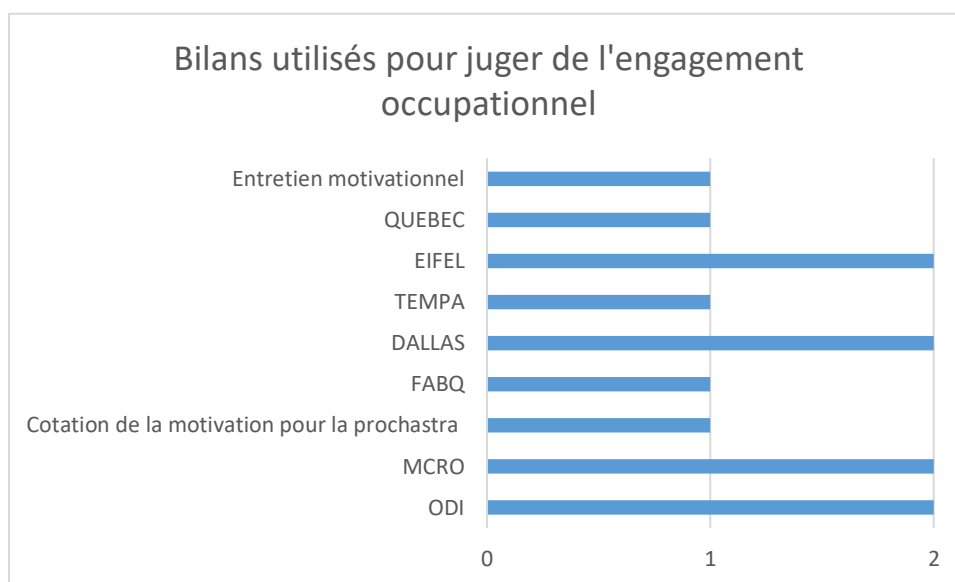


Figure 15 : Réponses à la question 20

Il a été décidé de questionner les ergothérapeutes sur la possible utilisation du MOH au sein du protocole de RFR. Effectivement, ce modèle prend en compte l'individu dans sa globalité et sous tous les aspects. 16 ergothérapeutes sur les 18 interrogés expliquent connaître le MOH. Ainsi nous nous baserons pour les 16 ergothérapeutes pour la suite de l'analyse. Cependant, seulement quatre professionnels sont formés à ce modèle conceptuel.

Il existe un large panel de bilans issus du MOH qui couvre l'individu dans sa globalité. Plus de la moitié des ergothérapeutes pensent que l'utilisation de la liste des intérêts pourrait être intéressante. Pour rappel, celle-ci permet au patient de coter son intérêt pour les activités réalisées. Dans cette même idée, neuf ergothérapeutes trouveraient un intérêt dans l'utilisation de l'OQ qui permet au patient d'évaluer les activités pour lesquelles il s'engage tout au long de la journée. Pour finir, la moitié des

ergothérapeutes utiliseraient l'OSA qui permet de mettre en lumière l'équilibre ou non entre compétence et identité occupationnelle.

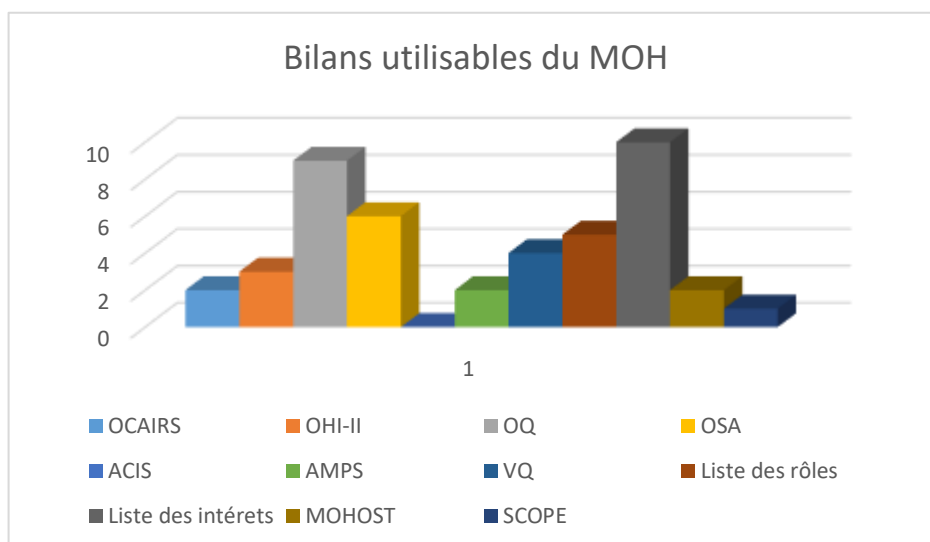


Figure 16 : Réponse à la question 25

Pour aller plus loin sur le MOHOST (Cf grille ANNEXE III), neuf ergothérapeutes sur les 16 connaissant le MOH sont informés sur ce bilan. Ainsi, nous pourrions par la suite nous baser sur leurs réponses puisque celles-ci sont analysables. Deux tiers des ergothérapeutes pensent que l'utilisation du MOHOST n'est pas pertinente dans la prise en soins des sujets lombalgie chronique au sein du protocole de RFR. L'idée majeure mise en avant et le temps de passation. En effet, les ergothérapeutes estiment que ce bilan est trop long et trop studieux pour ce type de prise en soin. Effectivement, ils évoquent l'idée que certains aspects ne sont pas pertinents avec une prise en soin de groupe. Un des professionnels interrogé et formé surcroît au MOH, explique que pour lui, l'OPHI-II, l'OQ, l'OSA et la liste des rôles permettraient de visualiser le contexte de vie global du patient et avoir une approche basée sur la réflexion du parcours avec la lombalgie.

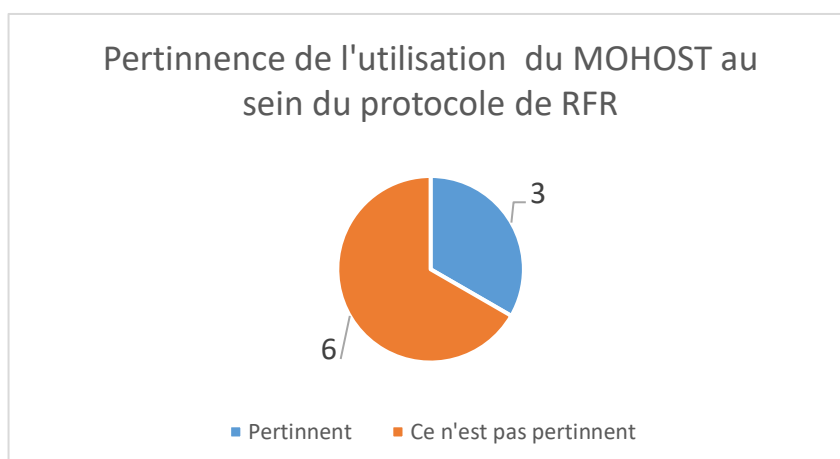


Figure 17 : Réponses à la question 28

Comme évoqué précédemment, les ergothérapeutes diplômés d'état utilisent de nombreux bilans. Ces derniers permettent de rendre compte de leurs autoévaluations quant aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leurs vies quotidiennes.

Le MOHOST permet d'avoir une synthèse de l'individu en abordant des grandes thématiques comme la motivation pour l'occupation, son profil d'occupation, ses habiletés de communication et d'interactions, ses habiletés motrices opératoires ainsi que son environnement. Finalement, le MOHOST questionne des aspects de l'individu qui mettent en avant son identité occupationnelle. Si nous devons faire un lien avec les autres bilans mis en lumière à la question 20, nombreux sont des autoévaluations qui mettent en avant des actions spécifiques à la vie quotidienne. La MCRO ici permettra de centrer l'intervention sur les occupations et les objectifs fixés par le patient.

## VII. Discussion

Grâce à ce questionnaire, nous avons obtenu des informations permettant une réflexion quant aux hypothèses de recherche. Ainsi dans cette partie, nous allons pouvoir confronter les thématiques obtenues avec la littérature.

### A. Hypothèse 1

#### L'ergothérapeute peut agir sur le désengagement occupationnel des patients souffrant de lombalgie chronique au sein du protocole de RFR

La vision du désengagement occupationnel dans la littérature reste encore floue. Cependant, la définition et la vision des ergothérapeutes diplômés d'état quant à ce concept sont communes. Chacun l'explique d'une manière différente mais la finalité reste la même : ils observent un arrêt des occupations dans la vie quotidienne. Un désinvestissement s'installe induit par la douleur en continu et l'appréhension dans la reprise des occupations. Les professionnels interrogés insistent sur un point : ils rencontrent ce phénomène au sein du protocole de RFR malgré les différences observables dans la prise en soin. D'un côté, certains centres ont fait évoluer l'intervention en ergothérapie en favorisant les ateliers mettant en évidence les occupations dans la vie quotidienne. D'un autre côté, certains sont centrés sur les étirements et la recherche de mobilité de la zone lombaire, protocole de RFR à son arrivée en France au Centre l'Espoir. Dans les deux cas, la même observation en est



ressortie. Pour ce faire, les ergothérapeutes diplômés d'état utilisent des bilans pour mettre en avant ce désengagement occupationnel. Chacun utilise des bilans qui lui sont propres et pour lesquels ils y voient du potentiel. Une fois ce désengagement identifié, les professionnels peuvent utiliser la technique des entretiens motivationnels lorsque cela s'avère nécessaire. Le but est commun : mettre en avant les occupations pour lesquelles chaque patient rencontre des difficultés, comprendre la source de ces dernières dans un but d'amélioration de la qualité de vie.

Des mises en situations écologiques sont effectuées dans le but de permettre aux patients de se rendre compte des difficultés auxquels ils peuvent faire face dans la vie quotidienne. Ceci leur permet donc d'instaurer auprès du patient une démarche de compréhension et d'analyse à adapter lorsqu'ils retournent au domicile. La prise en soin de groupe permet ici de créer une dynamique permettant l'échange entre chaque patient sur les adaptations que chacun a pu trouver dans son quotidien pour apprendre à vivre avec la douleur. L'important ici est de transmettre un message clé : le mouvement procure un bienfait notable sur le corps en général.

Ainsi, nous pouvons estimer que cette hypothèse est validée.

## B. Hypothèse 2

### Un accompagnement en ergothérapie basé sur le MOH permet de favoriser l'Agir des patients atteints de lombalgie chronique au sein du protocole de RFR.

Cette seconde hypothèse est dans la continuité de la précédente. Effectivement, si nous repartons des définitions mises en lumière dans le cadre conceptuel concernant l'Agir au sein du MOH, ce dernier est constitué de la participation occupationnelle qui s'attarde sur l'engagement. Cette participation dans les occupations induit donc un rendement plus ou moins important selon l'engagement. Finalement, les habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction s'avère être le dernier rang de ce concept de participation.

Le protocole de RFR étant centré à la base sur les étirements et le port de charge, cet aspect n'était pas mis en avant. Dans le cadre de mon questionnement, les ergothérapeutes agissent sur le désengagement occupationnel comme mis en lumière dans la partie précédente. Ils rendent compte d'aspects différents que ceux concernant l'Agir occupationnel des patients. Les ergothérapeutes dans la majorité des cas, expliquent que ce sont les habiletés motrices et d'interactions qui sont le plus impactées par la lombalgie chronique.

Finalement, nous nous rendons rapidement compte que malgré la réingénierie des études d'ergothérapie de 2010, les modèles conceptuels et dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, le MOH, sont des concepts peu connus ou alors pas maîtrisés. Les ergothérapeutes diplômés d'état utilisent du vocabulaire du MOH mais parfois de façon inappropriée. Ils n'utilisent pas de bilans du MOH dans ce type de prise en soin malgré certains mis en lumière au cours du questionnaire comme la liste des intérêts ou l'OQ pour la majorité des sujets sondés. Finalement, nous nous rendons compte que sur le terrain, ce modèle conceptuel n'est pas mis en place. Les ergothérapeutes diplômés d'état ont pu s'approprier d'autres bilans dans leur pratique professionnelle.

Ainsi, nous pouvons estimer que cette hypothèse est invalidée.

### C. Biais et limites de cette recherche

Pour commencer, les limites majeures se trouvent dans la méthodologie. Effectivement, de nombreux mails, appels téléphoniques ainsi que la diffusion sur les réseaux sociaux n'ont valu que 18 réponses analysables. Ceci est trop peu pour un mémoire d'initiation à la recherche mais il est tout de même possible d'analyser et de confronter les idées. Plusieurs réponses peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord, notons que la demande auprès des centres de rééducation est de plus en plus importante. Les professionnels ont de plus en plus de missions et ainsi moins de temps à consacrer aux demandes d'étudiants. Dans ce même axe, la période du mémoire implique de nombreuses sollicitations pour les ergothérapeutes qui font des choix en fonction des sujets pour lesquels ils portent un attrait particulier. Il est donc nécessaire d'avoir un discours interpellant dans notre approche.

De nombreuses questions à choix multiples ont pu être posées au cours de cette enquête. La catégorie « autre » permettait donc aux professionnels d'aller plus loin dans la réflexion s'ils le souhaitaient. Cependant, dans la majeure partie des cas, des réponses longues ont pu y être faites. Il a donc fallu faire des choix de catégorisation selon une interprétation propre à la lecture des réponses et ceci constitue donc un biais important au sein de cette recherche.

Jeune chercheuse en herbe m'exerçant pour la première fois au travail de recherche et à l'élaboration d'un questionnaire, ceci représente le biais de cette étude. En effet, la construction des questions serait donc à travailler.

Ce questionnaire se base sur des termes propres au Modèle de l'Occupation Humaine. Il s'avère que sur les 16 ergothérapeutes précisant connaître ce modèle, seulement quatre ont suivi une formation. Il aurait donc été intéressant avant chaque question reprenant les termes de ce modèle, d'y ajouter une définition commune pour ne pas créer de discordance et ajouter un temps de recherche supplémentaire pour l'ergothérapeute.

Les questions 28 et 29 portent sur l'utilisation du MOHOST auprès des patients au sein du protocole de RFR. Il est vrai que l'analyse des réponses montre un écart de perception entre l'apport du modèle dans la pratique et la réalité sur le terrain.

#### D. Pistes d'amélioration et poursuite du travail

Dans un futur proche ou lointain, si j'étais amenée à effectuer de nouveau de la recherche, il serait nécessaire de fournir un travail conséquent sur la construction du questionnaire. En effet, le problème dans la mise en forme des questions de la case « autre » m'a causé des torts dans l'analyse. Une diversité plus importante de choix de réponse permettrait au professionnel interrogé de pouvoir s'identifier au questionnaire.

Afin de poursuivre ce travail, il serait pertinent de rendre compte de l'évolution du programme de RFR aux États-Unis. Effectivement, étant le lieu d'apparition premier de ce protocole de rééducation, cela permettrait de mettre en avant les adaptations auxquelles il a été soumis depuis sa date d'apparition. Étendre la recherche au-delà des frontières permettraient d'effectuer un comparatif des besoins de la population américaine et française puis se poser la question des différences entre chaque programme. Nous pourrions faire de même au Centre l'Espoir puisque ce dernier correspond au lieu d'apparition en France. Nous pourrions ici questionner son évolution depuis 1989.

Afin d'aller plus loin dans la réflexion de ce mémoire, il serait intéressant de questionner les ergothérapeutes interrogés pour des entretiens semi-directifs afin de développer les idées mises en avant dans ce questionnaire et donc laisser libre cours à la parole des interviewés.

Concernant l'échantillon interrogé, il se trouve qu'ayant seulement 18 réponses, il serait nécessaire d'étendre cette recherche à plus grande échelle pour que celle-ci puisse être représentative.

## E. Apports personnels

Par ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai pu prendre conscience de l'impact de la lombalgie dans la vie quotidienne des patients. De plus, ayant pu exercer au sein du protocole de RFR pendant de nombreux stages, l'accompagnement des sujets atteints de lombalgie chronique centré sur le désengagement dans les occupations est un concept permettant à mon sens de faire du lien entre les problématiques de santé et la vie quotidienne des patients.

Les nombreuses discussions avec les responsables pédagogiques de l'IFE mais également les différents tuteurs de stages exerçant au sein du protocole de RFR m'ont permis de comprendre la difficulté entre la théorie et la pratique de terrain. Effectivement, chaque patient est différent et nous devons faire preuve d'adaptation puisque les demandes de chacun sont propres aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et c'est ici qu'intervient le désengagement occupationnel.

## VIII. Conclusion

La lombalgie chronique, symptôme douloureux majeur du XXI<sup>ème</sup> siècle touche une majorité d'individus. Elle induit une restriction imposée par la douleur permanente depuis au moins trois mois. Le déconditionnement physique est à mettre en lien avec le désengagement dans les occupations par peur d'accentuer la douleur et les gênes occasionnées. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, au sein du protocole de RFR, évolue ensemble vers un but commun : améliorer la qualité de vie du patient pour qu'il puisse retrouver un équilibre occupationnel.

Pour agir sur l'idée du désengagement occupationnel, l'ergothérapeute possède de nombreux moyens qu'il peut mettre en œuvre dans son plan d'intervention. Des bilans, des entretiens motivationnels ou encore la prise en soin de groupe permettent à ce professionnel de créer une dynamique permettant de faire évoluer les pensées concernant la lombalgie dans le but d'une reprise occupationnelle.

Le Modèle de l'Occupation Humaine s'avère être une grande source d'information mais est encore trop peu connu et maîtrisé des ergothérapeutes.

Par les concepts mis en avant dans ce mémoire, une question de recherche a pu émerger :

« En quoi l'accompagnement en ergothérapie est-il une plus-value auprès des patients souffrant de lombalgie chronique au sein d'un protocole RFR dans le but de favoriser l'engagement dans les occupations ? »

Pour répondre à cette question, deux hypothèses de recherche ont été établies, la première fut « L'ergothérapeute peut agir sur le désengagement occupationnel des patients souffrant de lombalgie chronique au sein du protocole RFR ». Quant à la seconde, celle-ci fut « Le MOH permet de favoriser l'Agir des patients atteints de lombalgie chronique au sein du protocole de RFR ».

L'approche par questionnaire fut mise en avant pour toucher un maximum de professionnels. Au vu des résultats obtenus, il apparaît une diversité de bilans utilisables auprès de cette population atteinte de douleurs chroniques. Ces bilans mettent en avant un déséquilibre occupationnel et une perte d'identité. Finalement, nous avons pu valider la première hypothèse et invalider la seconde.

Dans le but d'étayer les résultats, il paraît pertinent de reprendre ce travail afin d'approfondir cette recherche.

Pour en apprendre plus sur l'accompagnement de sujets atteints de lombalgie chronique au sein du protocole de RFR, il serait pertinent de se questionner sur la prise en soin au travers des frontières de notre pays et plus largement à l'échelle mondiale.



## BIBLIOGRAPHIE

### **Ouvrage :**

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

### **Chapitres d'ouvrage :**

Bertrand R., Desrosiers J., Stucki V., Kühne N., Tétreault S. *Chapitre 4 : Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental* dans *Engagement, occupation et santé*. Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018).

ANFE.

De Clercq, A., de Tender, É., de Thomaz de Bossière, C., Flas, A., Moeyaert, A., Thibaut, A., & Vandenberg, A. (2013). *Chapitre 3. Les lombalgies chroniques*. In *Les interventions en psychologie de la santé* (p. 41-63). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2013.01.0041>

Meyer S. *Chapitre 2 : La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation*. Dans *Engagement, occupation et santé*. Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018).

ANFE.

Mignet G. *Chapitre 8 : Engagement occupationnel : analyse d'une situation clinique étayée par l'OTIPM, le MOH et le MOHOST* dans *Engagement, occupation et santé*. Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018). ANFE.

Morel-Bracq M-C. *Chapitre 1 : La science de l'occupation, un défi pour la santé*. Dans *Engagement, occupation et santé*. Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018). ANFE.

Pierce, D. (2016). *Chapitre 1. La science de l'occupation. Une base de connaissances disciplinaires puissante pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn-sciences.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-23.htm>

Tétreault S., Blais-Michaud S. *Elaboration d'un questionnaire* dans *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). De Boeck-Solal.

## **Articles :**

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (s. d.).

*Introduction à la recherche qualitative*. 19, 4.

C.R.F. L'ESPOIR 59260 HELLEMMES – Formation R.F.R®. 20 au 24 Mars 2000 dans Formation

Restauration Fonctionnelle du Rachis.

Chaib, S., Gueroui, A., & Gueroui, S. (2018). L'école du dos pour le traitement des lombalgies.

*Synthèse: Revue Des Sciences et de La Technologie*, 36, 32-38.

Doussin, A. (2020). *Introduction au Modèle de l'Occupation Humaine*.

Gallice, J.-P., Kupper, D., Rentsch, D., Barthassat, V., Cedraschi, C., & Genevay, S. (2010).

Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques : Concepts et aspects pratiques:

Seconde partie : mise en pratique. *Kinésithérapie, la Revue*, 10(102), 40-44.

[https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(10\)74859-2](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(10)74859-2)

Gauthier A. (2018) Sciences de l'occupation de la théorie à la pratique, Petit guide d'une écriture

professionnelle centrée sur les occupations dans Le Monde de l'Ergothérapie n°40

Hazard, R. G. (1995). Spine update. Functional restoration. *Spine*, 20(21), 2345-2348.

<https://doi.org/10.1097/00007632-199511000-00015>

Maharty, D. C. (2012). The history of lower back pain : A look « back » through the centuries.

*Primary Care*, 39(3), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2012.06.002>

Poiraudeau, S., Rannou, F., & Revel, M. (2007). Intérêts du réentraînement à l'effort

dans la lombalgie : Le concept de restauration fonctionnelle. *Annales de Réadaptation et de*

*Médecine Physique*, 50(6), 419-424. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.04.010>

Russo, M., Deckers, K., Eldabe, S., Kiesel, K., Gilligan, C., Vieceli, J., & Crosby, P. (2018).

Muscle Control and Non-specific Chronic Low Back Pain. *Neuromodulation*, 21(1), 1-9.

<https://doi.org/10.1111/ner.12738>



## **Page web :**

*Définition, causes et symptômes de la lombalgie.* (s. d.). Consulté 19 mars 2022, à l'adresse

<https://www.ameli.fr/eure/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie>

*L'activité : Un besoin fondamental de l'être humain.* (2008, janvier 1). Ordre des ergothérapeutes

du Québec. [https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/4-l-activite-un-](https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/4-l-activite-un-besoin-fondamental-de-l-etre-humain.html)

[besoin-fondamental-de-l-etre-humain.html](https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/4-l-activite-un-besoin-fondamental-de-l-etre-humain.html)

*Modèles en ergothérapie Modèles en ergo Modèles en ergothérapie.* (s. d.). Consulté 13 mars 2023,

à l'adresse <http://ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html>

*Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR).* (s. d.). Consulté 19 mars 2022, à l'adresse

[https://orthopedie-mondor.com/rachis\\_rfr.html](https://orthopedie-mondor.com/rachis_rfr.html)

Comprendre la lombalgie : Définitions lombalgie commune et symptomatique. (s. d.). *Lombalgie.*

Consulté 19 mars 2022, à l'adresse <https://www.lombalgie.fr/comprendre/definitions/>

Services, P. (s. d.). Déconditionnement physique. *AFNP.* Consulté 31 janvier 2023, à l'adresse

<https://www.neuropathies-peripheriques.org/deconditionnement/>

<https://www.lombalgies.fr/la-lombalgie-en-france-quelles-statistiques/>. (s. d.). Consulté 22 mars

2022, à l'adresse <https://www.lombalgies.fr/la-lombalgie-en-france-quelles-statistiques/>

Lombalgie symptomatique : Définition, explication et traitements. (s. d.). *Lombalgie.* Consulté 4

septembre 2022, à l'adresse [http://www.lombalgie.fr/comprendre/la-lombalgie-](http://www.lombalgie.fr/comprendre/la-lombalgie-symptomatique/)

[symptomatique/](http://www.lombalgie.fr/comprendre/la-lombalgie-symptomatique/)

Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval. (s. d.). *Centre de référence du*

*modèle de l'occupation humaine.* Consulté 13 mars 2023, à l'adresse

<https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

Outils d'évaluation | CRM OH | ULaval. (s. d.). *Centre de référence du modèle de l'occupation*

*humaine.* Consulté 7 mai 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/>

Quelques chiffres sur la lombalgie et le mal de dos. (s. d.). *Lombalgie.* Consulté 22 mars 2022, à

l'adresse <http://www.lombalgie.fr/comprendre/quelques-chiffres/>

- Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle.* (2015, janvier 13).  
<https://www.cometefrance.com>
- douleur-info.com. (2017, janvier 21). Les lombalgies symptomatiques. *Douleur-Info.com*.  
<https://www.douleur-info.com/douleurs-rachidiennes/les-lombalgies-symptomatiques/>
- Qu'est ce que l'ergothérapie – ANFE.* (s. d.). Consulté 27 mars 2022, à l'adresse  
[https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)
- PRIDE - Dallas.* (s. d.). PRIDE - Dallas. Consulté 20 mars 2022, à l'adresse  
<https://www.pridedallas.com/>
- Détail.* (2022, septembre 2). HETSL; Webpublisher.  
<https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/engagement-occupationnel-construction-historique-et-comprehensions-contemporaines-dun-concept-fondamental/>
- Lombalgie. Statistique—Risques—INRS.* (s. d.). Consulté 21 octobre 2022, à l'adresse  
<https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
- La perspective de l'auteur, Chapitre 4. Les formes du « faire » : l'occupation, l'activité et la tâche  
[CCTE4 occ act tach 2012 10 03 \(hes-so.ch\)](https://www.hes-so.ch/occ_act_tach_2012_10_03)
- Vidéos :**
- Centre de référence du MOH (Réalisateur). (2021, février 25). *Adaptation occupationnelle et MOH.*  
<https://www.youtube.com/watch?v=HsGzBRa2vfs>
- Centre de référence du MOH (Réalisateur). (2021, février 25). *Agir occupationnel et MOH.*  
<https://www.youtube.com/watch?v=iOnEo3iVuIo>
- Centre de référence du MOH (Réalisateur). (2021, février 25). *Capacité de rendement et MOH.*  
<https://www.youtube.com/watch?v=YxfFvwdxWdc>
- Centre de référence du MOH (Réalisateur). (2021, février 25). *Environnement et MOH.*  
<https://www.youtube.com/watch?v=IzWu9jtng4k>

Centre de référence du MOH (Réalisateur). (2021, février 25). *Volition et MOH, partie 1.*

<https://www.youtube.com/watch?v=hC6ADaBHpBI>

Centre de référence du MOH (Réalisateur). (2021, février 25). *Volition et MOH, partie 2.*

[https://www.youtube.com/watch?v=0Lj2U\\_PqoPY](https://www.youtube.com/watch?v=0Lj2U_PqoPY)



## ANNEXES

ANNEXE I : TRAME DU QUESTIONNAIRE .....	1
ANNEXE II : DETAILS DES REPONSES « AUTRES » : .....	11
ANNEXE III : GRILLE VIERGE DU MOHOST .....	13



## ANNEXE I : Trame du questionnaire

# Accompagnement en ergothérapie des sujets lombalgie chronique.

Bonjour, je m'appelle Lina Mauté et je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE La Musse à Saint Sébastien de Morsent. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'étudie l'accompagnement des patients atteints de lombalgie chronique au sein du protocole de RFR (Restauration Fonctionnelle du Rachis).

Ce questionnaire est destiné aux ergothérapeutes intervenant auprès de cette population et durera en moyenne 10 min. Les informations resteront anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de mon étude.

Êtes-vous toujours d'accord pour répondre à mes questions ?

Merci d'avance pour le temps que vous m'accorderez.

*\* Indique une question obligatoire*

---

1. Êtes-vous ergothérapeute accompagnant des sujets lombalgie chronique au sein d'un protocole de RFR ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

Section sans titre

2. En quelle année avez vous eu votre diplôme ? \*

---

3. Dans quelle structures avez-vous pu exercer au sein d'un protocole de RFR ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Soins de Suite et de Réadaptation (en hospitalisation complète ou en hospitalisation à temps partiel)
- Hôpital
- FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
- Libéral
- Soins longue durée
- Gériatrie
- Autre : \_\_\_\_\_

4. Avez-vous été formé au protocole de Restauration Fonctionnelle du Rachis ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

5. Quand date votre dernière formation concernant le protocole de RFR ou concernant la lombalgie ? \*

\_\_\_\_\_

6. Depuis quand le programme RFR existe-t-il au sein de votre structure ? \*

\_\_\_\_\_

7. Selon vous, le protocole de RFR a-t-il évolué ces dernières années au sein de votre structure ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non



8. Comment a-t-il été adapté/évolué ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Des bilans ont été supprimés/ajoutés
- L'accompagnement est passé de groupe à individuel ou inversement
- La durée du programme a changé
- L'intervention de nouveaux professionnels s'est ajoutée
- L'intervention de certains professionnels a été adaptée
- L'accompagnement de la douleur s'est accentué
- L'accompagnement de la douleur a été diminué
- Utilisation de nouvelles techniques (Vidéo thérapie, analyse du schéma de marche avec une caméra)
- Réalisation d'un programme fonctionnel sur mesure
- Autre : \_\_\_\_\_

9. Quels professionnels interviennent au sein du programme de RFR ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Le médecin
- Les ergothérapeutes
- La psychologue
- Les kinésithérapeutes
- La diététicienne
- La psychomotricienne
- La sophrologue
- Les professeurs en activités physiques adaptées
- Autre : \_\_\_\_\_

10. Lors de ce protocole, la prise en soin s'effectue : \*

*Une seule réponse possible.*

- En groupe
- En individuel
- Les deux
- Autre : \_\_\_\_\_

11. Le protocole de RFR de votre structure regroupe \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Des sujets lombalgie chronique
- Des sujets souffrant de cervicalgie
- Des sujets opérés d'un canal lombaire étroit
- Des sujets opérés d'une arthrodèse
- Des sujets souffrant d'un déconditionnement physique
- Des sujets souffrant d'un déconditionnement psychique
- Des sujets souffrant ou étant opérés d'une hernie discale
- Autre : \_\_\_\_\_

12. Sur quel(s) principe(s) basez vous la prise en soin d'un sujet lombalgique en RFR au sein de votre structure ? \*

---

---

---

---

---

13. Quelles informations demandez vous lors de l'entretien avec le patient ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Le ressenti de la douleur
- Les difficultés dans les activités de la vie quotidienne
- La conduite
- Les loisirs
- La position debout
- La position assise
- Le travail
- Le port de charge
- Autre : \_\_\_\_\_

14. Selon vos expériences, quelles habiletés sont impactées par la lombalgie chronique ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Habiletés motrices  
 Habiletés opératoires  
 Habiletés de communication  
 Habiletés d'interaction  
 Autre : \_\_\_\_\_

15. Selon vous, quelles sont les occupations les plus impactées par la lombalgie ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Occupation de loisirs  
 Occupation productive  
 Occupation de repos  
 Occupation liée aux soins personnels  
 Autre : \_\_\_\_\_

16. Selon vous, la prise en soin en ergothérapie est-elle adaptée au profil occupationnel du patient ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

17. Si oui ou non, pourquoi ? \*

---

---

---

---

---

18. Qu'est-ce que pour vous, le désengagement occupationnel ? \*

\_\_\_\_\_

19. Comment jugez vous de l'engagement des patients au sein du protocole de RFR ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

Par de l'observation

Par bilan

Autre : \_\_\_\_\_

20. Si vous jugez de l'engagement occupationnel à l'aide de bilans, lequel ou lesquels utilisez vous ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. De quelle manière favorisez vous l'engagement des patients au sein du protocole RFR ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

Par un entretien motivationnel

Par des mises en situation

Par des discussions sur le quotidien

En adaptant l'environnement de réflexion

En améliorant sa perception de la lombalgie

Autre : \_\_\_\_\_

22. Connaissez vous le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) \*

*Une seule réponse possible.*

Oui    *Passer à la question 23*

Non    *Passer à la question 31*

Section sans titre

23. Avez vous suivi une formation MOH ? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

24. Quels outils du MOH utiliseriez vous avec des patients lombalgie chronique au sein du protocole de RFR \*

*Plusieurs réponses possibles.*

OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale)

OPHI-II (Occupational Performance History Interview-2)

OQ (Occupational Questionnaire)

OSA (Occupational Self-Assement)

ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills)

AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)

VQ (Volitional Questionnaire)

Liste des rôles

Liste des intérêts

MOHOST (Model of Humain Occupation Sreening Tool)

SCOPE (Short Child Occupational Profile)

25. Utilisez vous un autre outil dans la prise en soin des patients lombalgique au sein du protocole de RFR ? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

26. Si oui, lequel et pourquoi ?

---

---

---

---

---

27. Connaissez vous le MOHOST ? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

28. Selon vous, est-il pertinent d'utiliser le MOHOST dans l'accompagnement du lombalgique chronique au sein du protocole de RFR ? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

29. Justifier votre choix \*

---

---

---

---

---

30. Souhaitez vous compléter vos propos ?

---

---

---

---

---

**Section sans titre**

31. Utilisez vous un autre outil dans la prise en soin des patients lombalgique au sein du protocole de RFR ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

32. Si oui, lesquels et pourquoi ?

---

---

---

---

---

33. Souhaitez vous compléter vos propos ?

---

---

---

---

---

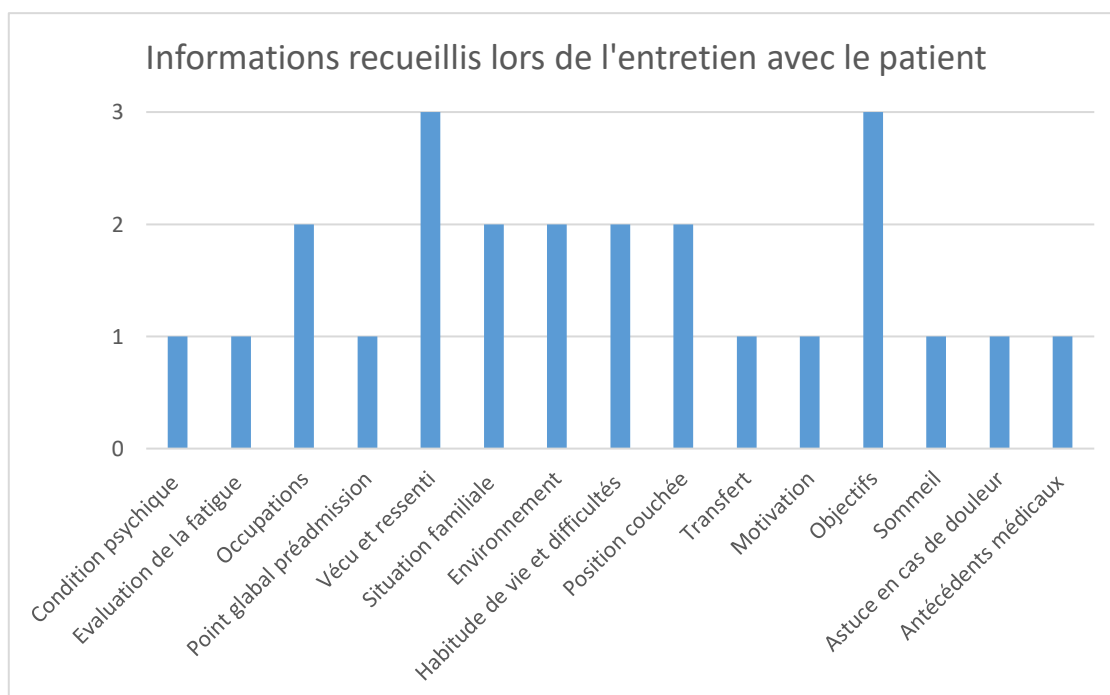


## ANNEXE II : Détails des réponses « autres » :

### Détails des « autres » à la question 8 :

- Arrêt des séances d'ergothérapie tous les jours pour deux fois par semaines. Réaxation de la prise en charge sur des mises en situation avec analyse des postures/compensations/ressentis. L'objectif est de faire comprendre la démarche d'analyse et non donner les solutions : **1 réponse**
- Isocinétique, relaxation : **1 réponse**
- Modification de l'approche en ergothérapie pour une approche occupationnelle, centrée sur un réinvestissement des AVQ, avec des mises en situation et une approche éducative pour limiter la kinésiophobie : **1 réponse**
- Les séances d'ergothérapie ont été axées plus sur du fonctionnel : **1 réponse**
- Suppression d'exercice décrit dans le RFR et plus d'activité physique avec APA : **1 réponse**
- ETP : **1 réponse**

### Détails des réponses autres à la question 13 :



Détails des réponses autres à la question 19 :

- Par l'autonomie dans les exercices : **1 réponse**
- Par des mises en situations : **1 réponse**
- Par un entretien : **1 réponse**
- Par des échanges tout au long du programme : **2 réponses**

ANNEXE III : Grille vierge du MOHOST

**MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool)**  
**Outil d'évaluation de la participation occupationnelle**

Nom : Age : Date de naissance : Sexe : F    Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>  Éléments médicaux ..... .....	Ergothérapeute :..... Signature : Date du 1 <sup>er</sup> contact : ...../...../..... Date de l'évaluation : ...../...../..... Cadre des interventions :..... .....
---	--

<b>Echelle de cotation</b>	F P L E	Facilite la participation occupationnelle Permet la participation occupationnelle Limite la participation occupationnelle Empêche la participation occupationnelle
----------------------------	------------------	---

**ANALYSE DES FORCES ET DES LIMITES**

**SOMMAIRE DES COTATIONS**

Motivation pour l'occupation	Profil d'occupation	Habilités de communication et d'interaction	Habilités opératoires	Habilités motrices	Environnement
Auto-évaluation des aptitudes	Attente de réussite	Intérêt	Choix	Routine	Adaptabilité
Rôles	Responsabilité	Habilités non-verbales	Conversation	Utilisation de la voix	Relations
Connaissance	Organisation dans le temps	Organisation de l' espace	Résolution de problèmes	Posture et mobilité	Coordination
Force et effort	Energie	Espace physique	Ressources physiques	Groupes sociaux	Exigences occupatiomelles
F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P
L	L	L	L	L	L
E	E	E	E	E	E

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française  
 Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

MOTIVATION POUR L'OCCUPATION		
<b>Auto-évaluation des aptitudes</b> Compréhension des forces et des limites actuelles Juste confiance en ses habiletés Juste perception de sa compétence Conscience de sa capacité	<b>F</b>	Évalue de façon juste ses capacités, reconnaît ses forces, conscient de ses limites.
	<b>P</b>	Tendance modérée à sous/surévaluer ses habiletés, reconnaît certaines de ses limites.
	<b>L</b>	Sans soutien, a des difficultés à comprendre ses forces et ses limites.
	<b>E</b>	Ne se questionne pas sur ses habiletés, échoue à estimer ses aptitudes de façon réaliste.
<i>Commentaires :</i>		
<b>Attente de réussite</b> Optimisme et espoir Sentiment d'efficacité personnelle Sentiment de contrôle et sentiment d'identité personnelle	<b>F</b>	Anticipe la réussite et recherche des défis, optimiste quant aux obstacles à surmonter.
	<b>P</b>	A un certain espoir de réussir, croyance en soi adéquate, mais a quelques doutes, peut avoir besoin d'encouragement.
	<b>L</b>	Requiert un soutien pour garder son optimisme afin de surmonter les obstacles, pauvre sentiment d'efficacité personnelle.
	<b>E</b>	Pessimiste, se sent désespéré, abandonne face à des obstacles, n'a pas le sentiment de contrôler la situation.
<i>Commentaires :</i>		
<b>Intérêt</b> Plaisir Satisfaction Curiosité Participation	<b>F</b>	Passionné, curieux, « plein de vie », essaie de nouvelles occupations, exprime du plaisir, persévère, semble satisfait.
	<b>P</b>	A des centres d'intérêt adéquats qui guident ses choix, a quelques occasions de réaliser ses centres d'intérêt.
	<b>L</b>	Difficulté à identifier ses centres d'intérêt, l'intérêt est de courte durée, ambivalent quant au choix d'occupations.
	<b>E</b>	S'ennuie facilement, incapable de cerner ses centres d'intérêt, apathique, manque de curiosité même avec du soutien.
<i>Commentaires :</i>		
<b>Choix</b> Investissement approprié Disposition au changement Sens des valeurs et signification Préférences et buts	<b>F</b>	Préférences claires et sens de ce qui est important, motivé pour travailler à l'atteinte des buts occupationnels.
	<b>P</b>	Généralement capable de faire des choix, peut nécessiter des encouragements pour fixer et travailler à l'atteinte des buts.
	<b>L</b>	Difficulté à identifier ce qui est important ou à fixer et à travailler à l'atteinte des buts, inconstant.
	<b>E</b>	Ne peut définir de but, impulsif, confus, les buts sont irréalisables ou basés sur des valeurs antisociales.
<i>Commentaires :</i>		

PROFIL D'OCCUPATION		
<b>Routine</b> Équilibre Organisation des habitudes Structure Productivité	<b>F</b>	Capable d'aménager une routine d'activités quotidiennes organisée et productive.
	<b>P</b>	Généralement capable de maintenir ou de suivre un programme quotidien organisé et productif.
	<b>L</b>	Difficulté à organiser sans soutien des routines d'activités quotidiennes équilibrée et productives.
	<b>E</b>	Routine chaotique ou vide, ne peut soutenir les responsabilités et les buts, routine désordonnée.
<i>Commentaires :</i>		
<b>Adaptabilité</b> Anticipation du changement Réaction habituelle au changement Tolérance au changement	<b>F</b>	Anticipe le changement, modifie ses actions ou sa routine afin de répondre à la demande (flexible/conciliant).
	<b>P</b>	Généralement capable de modifier ses comportements, peut avoir besoin de temps pour s'adapter, hésitant.
	<b>L</b>	Difficulté à s'adapter au changement, réticent, passif ou réagit habituellement de façon démesurée.
	<b>E</b>	Rigide, incapable d'adapter ses routines ou de tolérer le changement.
<i>Commentaires :</i>		
<b>Rôles</b> Identité liée aux rôles Variété de rôles Sentiment d'appartenance Implication	<b>F</b>	S'identifie à une variété de rôles qui lui procurent un sens identitaire et un sentiment d'appartenance.
	<b>P</b>	S'identifie généralement à un ou plusieurs rôles, lesquels lui procurent un certain sentiment d'appartenance.
	<b>L</b>	Identification limitée à des rôles, trop de rôles ou conflit entre les rôles, pauvre sentiment d'appartenance.
	<b>E</b>	Ne s'identifie à aucun rôle, peu d'exigences reliées aux rôles, aucun sentiment d'appartenance.
<i>Commentaires :</i>		

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française  
 Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

<b>Responsabilité</b> Compétence liée aux rôles Répond aux attentes Remplit ses obligations S'acquitte de ses responsabilités	<b>F</b>	Réalise les activités de façon fiable et répond aux attentes liées aux obligations inhérentes aux rôles.
	<b>P</b>	Assume la majorité des responsabilités, répond à la plupart des attentes, s'acquitte de la majorité des obligations liées aux rôles.
	<b>L</b>	Sans soutien, difficulté à répondre aux attentes et à remplir les obligations liées aux rôles.
	<b>E</b>	Aptitude limitée à répondre aux exigences des activités et aux obligations, incapable de réaliser des activités liées aux rôles.
		<i>Commentaires :</i>

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française  
 Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.



HABILETES DE COMMUNICATION ET D'INTERACTION	
<b>Habiletés non-verbales</b> Contact visuel Gestuelle Orientation du corps Proximité	<b>F</b> Langage corporel approprié (voire spontané) à la culture et aux circonstances. <b>P</b> Généralement capable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié. <b>L</b> Difficulté à contrôler/démontrer un langage corporel approprié (à retardement / limité / désinhibé). <b>E</b> Incapable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié (absent / discordant / dangereux / agressif). Commentaires :
<b>Conversation</b> Être informatif Initier et poursuivre Contenu du discours Langage	<b>F</b> Initie, entretient et poursuit une conversation, et donne les informations de façon appropriée (clair / direct / ouvert). <b>P</b> Généralement capable d'utiliser un langage ou des signes pour échanger efficacement de l'information. <b>L</b> Difficulté à initier, poursuivre une conversation, ou à donner des informations (hésitant/brusque/limité/hors sujet). <b>E</b> Ne communique pas ou donne des informations de façon inappropriée, atypique ou décausée. Commentaires :
<b>Utilisation de la voix</b> Intonation Articulation Volume Rythme	<b>F</b> Intelligible, articule, ton, volume et rythme appropriés. <b>P</b> Utilisation de la voix généralement appropriée sur le plan du ton, du volume et du rythme. <b>L</b> Difficulté à s'exprimer (marmonne / débit de parole rapide / monotone). <b>E</b> Incapable de s'exprimer (incompréhensible / trop faible ou fort / trop rapide ou trop lent). Commentaires :
<b>Relations</b> Coopération Collaboration Rapport à autrui Respect	<b>F</b> Sociable, apporte du soutien, conscient des autres, maintient l'engagement, amical, est facilement en relation avec les autres. <b>P</b> Généralement capable d'être en relation avec les autres et démontre la plupart du temps une conscience des besoins des autres. <b>L</b> Difficulté à coopérer ou crée peu de relations positives. <b>E</b> Incapable de coopérer avec les autres ou de créer des relations positives. Commentaires :

HABILETES OPERATOIRES	
<b>Connaissance</b> Chercher et retenir l'information Savoir quoi faire dans une activité Savoir comment utiliser les objets	<b>F</b> Cherche et retient l'information pertinente, sait comment utiliser les outils de façon appropriée. <b>P</b> Généralement capable de chercher et retenir l'information et sait comment utiliser les outils. <b>L</b> Difficulté à savoir comment utiliser les outils, difficulté à demander de l'aide ou retenir de l'information. <b>E</b> Incapable d'utiliser les connaissances/outils, ne retient pas l'information, demande très souvent la même information. Commentaires :
<b>Organisation dans le temps</b> Initier Terminer Séquencer Concentration	<b>F</b> Maintient sa concentration, débute, séquence et termine les occupations aux bons moments. <b>P</b> Généralement capable de se concentrer, d'initier, de séquencer et de terminer les occupations. <b>L</b> Concentration fluctuante ou facilement distraite, difficulté à initier, séquencer et terminer. <b>E</b> Incapable de se concentrer, incapable d'initier, de séquencer ou de terminer les occupations. Commentaires :
<b>Organisation de l'espace</b> Arranger l'espace et les objets Propreté Préparation Rassembler les objets	<b>F</b> Cherche efficacement, rassemble et range les outils/objets requis pour l'occupation (propre). <b>P</b> Généralement capable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets requis. <b>L</b> Difficulté à chercher, à rassembler et à ranger les outils ou objets, semble désorganisé/désordonné. <b>E</b> Incapable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets. Commentaires :
<b>Résolution de problèmes</b> Jugement Adaptation Prise de décision Réactivité	<b>F</b> Fait preuve d'un bon jugement, anticipe les difficultés et trouve des solutions réalisables (rationnel). <b>P</b> Généralement capable de prendre des décisions selon les difficultés qui surviennent. <b>L</b> Difficulté à anticiper, à s'adapter aux difficultés qui surviennent, cherche à être rassuré. <b>E</b> Incapable d'anticiper et de s'adapter aux difficultés qui surviennent et prend des décisions inappropriées. Commentaires :

Formulaire du MUMUSOL version 2.0 - Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

HABILETES MOTRICES	
<b>Posture et mobilité</b> Se stabiliser S'aligner Se positionner S'équilibrer Marcher Atteindre Se pencher Se transférer	<b>F</b> Stable, se tient droit, indépendant, flexible, bonne gamme de mouvement (voire agile). <b>P</b> Généralement capable de maintenir sa posture et sa mobilité dans l'occupation, de façon indépendante ou avec aides techniques. <b>L</b> Parfois instable malgré l'utilisation d'aides techniques, lent ou y parvient avec difficulté. <b>E</b> Très instable, incapable d'atteindre quelque chose et de se pencher ou incapable de marcher.  <i>Commentaires :</i>
<b>Coordination</b> Manipulation Aisance du mouvement Fluidité Habiletés motrices fines	<b>F</b> Coordonne les différentes parties de son corps entre elles, fait des mouvements fluides et harmonieux (peut être adroit). <b>P</b> Une certaine maladresse ou rigidité cause des interruptions mineures dans l'occupation. <b>L</b> Difficulté à coordonner ses mouvements (gauche / tremble / maladroit / rigide). <b>E</b> Incapable de coordonner, de manipuler et de faire des mouvements fluides.  <i>Commentaires :</i>
<b>Force et effort</b> Saisir Manier Déplacer Soulever Transporter Calibrer	<b>F</b> Saisit, déplace et transporte les objets en sécurité avec une force et vitesse adéquates (peut être fort). <b>P</b> La force et l'effort sont généralement suffisants pour la plupart des tâches. <b>L</b> Difficulté à saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse adéquates. <b>E</b> Incapable de saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse appropriées.  <i>Commentaires :</i>
<b>Énergie</b> Endurance Rythme Attention Résistance	<b>F</b> Maintien des niveaux d'énergie appropriés, capable de maintenir le rythme tout au long de l'occupation. <b>P</b> L'énergie peut être légèrement faible ou élevée par moment, capable d'ajuster son rythme dans la plupart des tâches. <b>L</b> Difficulté à maintenir son énergie (se fatigue facilement/signe de fatigue/facilement distrait/agité). <b>E</b> Incapable de maintenir son énergie, inattentif, léthargique, inactif ou hyperactif.  <i>Commentaires :</i>

ENVIRONNEMENT	Environnement où les habiletés ont été évaluées : .....
<b>Espace physique</b> Lieux pour les soins personnels, les activités productives et de loisirs Intimité et accessibilité Stimulation et confort	<b>F</b> L'espace offre toutes sortes de possibilités, favorise et stimule des occupations valorisantes. <b>P</b> L'espace est généralement adéquat, permet de réaliser les occupations quotidiennes. <b>L</b> Offre peu de possibilités et réduit la performance dans les occupations valorisantes. <b>E</b> L'espace restreint les possibilités et empêche la performance dans les occupations valorisantes.  <i>Commentaires :</i>
<b>Ressources physiques</b> Ressources financières Équipement et outils Biens et moyens de transport Sécurité et indépendance	<b>F</b> Permettent d'atteindre facilement les buts occupationnels, l'équipement et les outils sont appropriés. <b>P</b> Permettent généralement l'atteinte des buts occupationnels, peuvent présenter certains obstacles. <b>L</b> Limitent la capacité à atteindre les buts occupationnels en sécurité, l'équipement et les outils sont inadéquats. <b>E</b> Ont un impact majeur sur la capacité à atteindre les buts occupationnels, risques élevés dus à un manque d'outils.  <i>Commentaires :</i>
<b>Groupes sociaux</b> Dynamique familiale Amis et soutien social Climat de travail Attentes et implication	<b>F</b> Les groupes sociaux offrent un soutien concret, les valeurs et attitudes favorisent un fonctionnement optimal. <b>P</b> Permettent généralement d'offrir un soutien mais peuvent montrer une « sous » ou une « sur » implication. <b>L</b> Offrent un soutien limité ou nuisent à la participation; certains groupes sont soutenant et d'autres non. <b>E</b> Ne favorisent pas la participation en raison d'un manque d'intérêt ou d'une implication inappropriée.  <i>Commentaires :</i>
<b>Exigences occupationnelles</b> Exigences des activités (soins personnels, productivité et loisirs) Normes culturelles Construction des activités	<b>F</b> Les exigences des activités correspondent bien aux aptitudes, aux centres d'intérêt, à l'énergie et au temps disponibles. <b>P</b> Généralement cohérentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie et le temps disponibles et peuvent présenter des défis. <b>L</b> Quelques incohérences évidentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie ou le temps disponibles. <b>E</b> Globalement, incohérentes avec les aptitudes, les activités sont trop ou pas assez exigeantes.  <i>Commentaires :</i>

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.





Le désengagement occupationnel des sujets atteints de lombalgie chronique au sein du protocole de RFR : la prise en soin de l'ergothérapeute.

MAUTE Lina

**Résumé :** Le « Mal du siècle », plus communément connu sous le nom de lombalgie, s'avère être la troisième cause d'admission et d'invalidité en France. Différentes alternatives dans le processus de rééducation existent. Nous nous intéresserons au protocole de RFR. L'objectif de cette étude est de montrer que la prise en soin du désengagement occupationnel par l'ergothérapeute au sein du RFR permet une reprise des occupations. Pour ce travail de recherche, un questionnaire a pu être réalisé à l'attention des ergothérapeutes intervenant au sein du protocole de RFR afin de valider ou non 2 hypothèses. L'analyse a mis en lumière qu'il existait différents moyens pour agir sur le désengagement occupationnel induit par la lombalgie chronique. Finalement, l'utilisation du MOHOST permettrait d'agir sur l'engagement occupationnel de par la connaissance de l'identité occupationnelle du patient. Effectivement, il permet d'avoir un aperçu global du patient et d'avoir un bilan standardisé concernant les informations recueillis lors d'un entretien.

**Mots clés :** Lombalgie Chronique, Restauration Fonctionnelle du Rachis, Occupations, Engagement occupationnel, Ergothérapie.

Occupational disengagement of subjects with chronic low back pain in the Functional Restoration program: the care of the occupational therapist.

**Abstract:** The "disease of the century", more commonly known as low back pains is the most common cause of admission and disability in France. There are different alternatives in the rehabilitation process. We will focus on the Functional Restoration program. The aim of this study is to show that the occupational therapist treatment of occupational disengagement. For this research work, a survey was carried out for the occupational therapists involved in the program in order to validate or not two hypotheses. The analysis revealed that there were different ways of acting on the occupational disengagement induced by chronic low back pain. Finally, the use of the MOHOST would make it possible to act on occupational engagement through knowledge of the patient occupational identity. In fact, it provides a global overview of the patient and a standardized assessment of the information collected during an interview.

**Keywords:** Chronic low back pain, Functional restoration of the spine, Occupation, Occupational engagement, Occupational therapy.

