



Faculté de santé



PREFMS

Pôle régional d'enseignement
et de formation aux métiers de la santé



Institut de Formation En
Ergothérapie de Toulouse

Le sentiment de compétence des ergothérapeutes et étudiant·es en
ergothérapie de France dans la prise en charge des personnes atteintes
d'endométriose.

Mémoire d'initiation à la recherche présenté dans le cadre de l'UE 6.5 en vue de l'obtention
du Diplôme d'État d'ergothérapeute.

Directrice de mémoire : Dr Claire CÉZARD

Valérie BURNET

Promotion 2022 - 2025

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussignée Valérie BURNET, étudiante en troisième année à l’Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m’engage sur l’honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d’auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

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

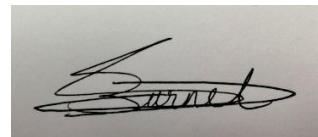
Cette diffusion n’entraîne pas une renonciation de la part de l’auteure à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d’auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d’une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son autorisation.

(Toute photocopie ou regraphie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l’auteur, est illégale et défendue par l’article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à Toulouse,

Le 13 Mai 2025

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Valérie BURNET", enclosed within a rectangular border.



AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussignée Valérie BURNET

Etudiante en ergothérapie de l'Institut de Formation de Toulouse

Auteure du mémoire de fin d'étude intitulé :

Le sentiment de compétence des ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie de France dans la prise en charge des personnes atteintes d'endométriose.

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et le SIEEF, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Toulouse,
Le 13 Mai 2025

NOTE AU·À LA LECTEUR·TRICE

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

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

À ma directrice de mémoire, Dr Claire CÉZARD, merci pour votre engagement sans faille, votre enthousiasme communicatif, votre énergie inépuisable, et vos encouragements qui ont soutenu ce travail autant que ma personne.

À l'équipe pédagogique et aux camarades de route de ces trois années, merci pour les échanges, les apprentissages, les partages – toujours empreints de bienveillance.

À mon entourage, merci pour votre soutien indéfectible tout au long de cette reconversion professionnelle. Merci pour vos mots, vos silences, votre patience et confiance totale, même quand les doutes étaient plus bruyants que les certitudes.

Aux personnes vivant avec l'endométriose, douleurs et handicaps invisibles : merci pour votre résilience, votre courage, et les remises en question que vous nous imposez, pour le mieux. Vous êtes celles et ceux qui déplacez les lignes de notre métier.

« Le soin commence là où le regard se pose autrement. »

Cynthia Fleury

*« La douleur est une partie de la vie,
mais elle ne définit pas notre existence. »*

Frida Kalho

Table des matières

INTRODUCTION	10
CADRE CONCEPTUEL	13
I. L'endométriose	13
I.1. Epidémiologie	13
I.2. Définition	13
I.3. Diagnostic	13
I.4. Physiopathologie	14
I.5. Les mécanismes de la douleur	16
I.6. Les retentissements sur la qualité de vie	16
I.7. Un enjeu de santé publique	17
I.8. Les traitements médicaux	18
I.9. Les thérapies non-médicamenteuses	18
I.10. Améliorer la prise en charge selon les personnes atteintes	19
I. L'ergothérapie	20
I.1. Définition	20
I.2. L'approche centrée sur la personne	20
I.3. L'équilibre occupationnel	20
I.4. La formation initiale	21
I.5. L'acquisition de compétences	22
I.6. Les approches pédagogiques	22
I.7. Les compétences de l'ergothérapeute	23
II. Le sentiment de compétence	25
II.1. Définition du sentiment de compétence	25
II.2. L'échelle de confiance ECEPE	26
II.3. Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle	27
II.4. Les compétences ergothérapeutiques dans la prise en charge de l'endométriose	28
III. Cadre méthodologique	30
III.1. Objectifs de la recherche	30
III.2. Choix de la méthode de recherche	30
III.3. Choix de la population	30
III.4. Choix de l'outil de recueil de données	30
III.5. Choix de l'outil d'analyse des données	31
IV. Résultats et analyse de l'enquête	32
IV.1. Informations générales	32
IV.2. Formation initiale et continue	32

IV.3. Pratiques professionnelles	34
IV.4. Ressentis sur les compétences et la formation	36
V. Discussion	42
V.1. Biais et limites de l'étude.....	42
V.2. Retour sur le questionnement de départ.....	42
V.3. Recommandations.....	45
V.4. Apports personnels et projection professionnelle	46
V.5. Points forts de l'étude	46
V.6. Perspectives envisagées	47
Conclusion	48
BIBLIOGRAPHIE	49
Table des annexes.....	54

INTRODUCTION

L'endométriose, connue depuis l'Antiquité, a été décrite pour la première fois par les Égyptiens en 1855 avant notre ère et détaillée dans les textes hippocratiques des Ve et IVe siècles avant notre ère (Petit, 2020). Les Grecs anciens la considéraient comme une maladie liée à une dysfonction menstruelle, causant douleurs, infertilité et nécessitant parfois une grossesse comme traitement. Hippocrate a démontré sa nature organique, tandis que Celse et Soranos, aux Ier et IIe siècles, l'ont associée à des hypercontractions utérines responsables de douleurs extrêmes allant jusqu'à la syncope, contribuant au concept de crises hystériques, du grec *hysteria* définissant la matrice ou l'utérus (Petit, 2020). En 1860, Karel Von Rokitansky l'identifie histologiquement et la définit par l'ectopie de l'endomètre, soit une position anormale en dehors de la cavité utérine. Cependant, pendant des décennies, les femmes ont été injustement étiquetées d'hystériques et parfois même internées en psychiatrie, malgré la réalité de leurs douleurs (Petit, 2020).

En effet, la situation sanitaire des femmes est en partie héritière de conceptions passées. À partir du XIXe siècle, alors que la médecine fait des progrès considérables en Occident, se construit tout un discours qui déprécie le corps de la femme en l'étiquetant de « sexe faible » ou « d'éternelles malades », dont la seule fonction est celle de la reproduction (Salle & Vidal, 2017). Le terme « endométriose » est établi en 1927 par le gynécologue américain John A. Sampson qui décrit la « théorie du reflux menstruel », aussi nommée de « l'implantation », mais la maladie reste mal comprise et rarement enseignée pendant 160 ans (Petit, 2020). Il faudra attendre le milieu du XXe siècle et l'action des mouvements féministes, d'abord aux Etats-Unis puis en Europe, pour faire évoluer la recherche biomédicale et la clinique (Salle & Vidal, 2017). Se battant pour l'émancipation des femmes et la réappropriation de leurs corps, ces mouvement féministes ont permis des changements majeurs, en matière d'éducation, de représentation politique et de participation à la vie des démocraties contemporaines, faisant également évoluer les discours et les pratiques dans le domaine de la santé (Salle & Vidal, 2017). Les féministes américaines ont démontré que les femmes sont sous-représentées dans les essais cliniques, les paramètres physiologiques des hommes représentant la norme à partir de laquelle est le plus souvent évalué l'état de santé des femmes (Salle & Vidal, 2017).

Par conséquent, les représentations sociales liées au genre féminin ou masculin influent sur l'attitude des personnes soignées et du corps médical. Si les femmes sont mieux suivies car elles adoptent globalement moins de comportements à risque, consultent plus souvent, prennent mieux leurs traitements et s'impliquent davantage dans les politiques de prévention, leur prise en charge médicale est moins bonne que celle des hommes (Salle & Vidal, 2017). Par exemple, les femmes semblent souffrir plus fréquemment de douleurs chroniques. Or, ces différences n'existent pas chez les enfants et les adolescents. Les recherches ont alors démontré l'implication de nombreux facteurs à la fois psychologiques et sociaux. Selon Salle et Vidal (2017), la perception, l'expression et la tolérance à la douleur diffèrent selon le sexe et le genre et s'expliquent par des facteurs culturels et sociaux. Les femmes, supposées vulnérables physiquement et psychologiquement, s'autorisent davantage à exprimer leurs émotions et leurs douleurs, à l'inverse des hommes censés être résistants et stoïques. L'intériorisation de ces stéréotypes se répercute sur le ressenti et l'expression de la douleur de façon inconsciente (Salle & Vidal, 2017).

Dans les dernières décennies, pour des raisons humanitaires, mais aussi parce que les femmes sont désormais considérées comme des leviers du développement, les institutions internationales se sont emparées de la thématique « Genre et Santé » (Salle & Vidal, 2017). En 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se dote d'un département « Femmes, genre et santé » (*Genre et santé*, s. d.). Le Conseil de l'Europe souligne en 2008 l'importance d'une prise de conscience parmi le grand public, comme parmi les professionnels des soins, de la position centrale du genre parmi les déterminants de la santé (*Normes du Conseil de l'Europe dans les domaines des droits humains et de l'égalité entre les femmes et les hommes - Egalité de genre - www.coe.int*, s. d.). En France, l'Agence nationale de santé publique et la Haute Autorité de Santé s'engagent depuis 2013 à lutter contre les inégalités de genre (*rapport_analyse_prospective_2020.pdf*, s. d.). L'Assemblée nationale et le Sénat prennent le relais en 2015 avec la publication de rapports et de recommandations pour améliorer la santé des femmes (*Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, 2023). Cela passe notamment par la formation des soignant·es et chercheur·ses mais en France ces enseignements restent très minoritaires (Salle & Vidal, 2017).

Dans le cas de l'endométriose, ce n'est qu'en 2020 que la pathologie est entrée dans le programme du deuxième cycle de formation des médecins, dans le chapitre « De la conception à la naissance, pathologie de la femme – Hérédité – L'enfant – L'adolescent » (*L'endométriose enfin enseignée aux étudiants en médecine en 2e cycle ! • Association EndoFrance*, s. d.). Cette

avancée répond à une démarche de l'association EndoFrance qui avait alerté le Ministère de la santé en 2005 sur le manque de formation initiale dédiée à l'endométriose. Aujourd'hui, et dans le cadre de ce mémoire, on parle de personnes atteintes d'endométriose car la maladie se retrouve aussi chez des personnes non-binaires ou des hommes transgenres. Adopter ce vocabulaire reflète une volonté d'inclusion et de considération des différentes réalités vécues par les personnes atteintes d'endométriose.

CADRE CONCEPTUEL

I. L'endométriose

I.1. Epidémiologie

L'endométriose est une maladie chronique inflammatoire qui concerne environ une personne sur dix en âge de procréer, soit environ 1,5 à 2,5 millions de personnes en France (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). La grande majorité des cas (68,3 %) sont observés chez des patient·es menstrué·es de 25 à 49 ans, contre moins de 4 % chez les moins de 25 ans et 27,8 % chez les personnes de 50 ans et plus (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). D'après les résultats de l'enquête EndoVie (2020), l'endométriose se déclare tôt, avant 20 ans dans la moitié des cas. L'endométriose se caractérise par la douleur chronique, les troubles physiques associés aux atteintes, les effets secondaires des traitements, la fatigue chronique et la fatigabilité, l'absentéisme lié aux rendez-vous médicaux et au caractère imprévisible de la maladie (*Vivre avec l'endométriose*, 2020).

I.2. Définition

L'endométriose est une maladie chronique caractérisée par la présence de cellules endométriales en dehors de l'utérus (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). Les lésions d'endométriose sont constituées de cellules qui partagent les mêmes caractéristiques que celles de la muqueuse utérine et réagissent de manière similaire aux hormones ovarien (œstrogènes et progestérone). Ainsi, à chaque cycle menstruel, ces lésions croissent et saignent, raison pour laquelle l'endométriose est considérée comme une maladie œstrogéno-dépendante (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). Toutefois les lésions ne provoquent pas toujours de manifestations cliniques. On parle d'endométriose en tant que "maladie" lorsque ces lésions s'accompagnent de douleurs ou d'infertilité (Muszynski, 2024).

I.3. Diagnostic

Il n'existe pas de dépistage systématique de l'endométriose dans la population générale, la maladie est uniquement recherchée chez les personnes présentant des symptômes. Le diagnostic s'appuie d'abord sur un examen clinique, suivi d'un bilan d'imagerie comprenant une échographie pelvienne et, parfois, une IRM pelvienne (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). Cependant, lorsque les lésions sont superficielles ou de petite taille, ces examens peuvent ne pas être concluants. En cas de douleurs sévères et résistantes aux traitements médicamenteux ou en présence d'un projet de grossesse, une cœlioscopie diagnostique est recommandée (Muszynski, 2024).

Des méthodes non invasives pour diagnostiquer la maladie sont actuellement en développement. Un test salivaire, Endotest®, est disponible en France depuis 2025 pour les personnes suspectées d'endométriose et lorsque les examens d'imagerie sont non concluants. Le projet international EndoSearch vise quant à lui à développer un test de dépistage sanguin fiable (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). À l'hôpital de Poissy, une équipe a créé un auto-questionnaire (DEVA) pour améliorer le diagnostic précoce en soins primaires, permettant de détecter les formes moyennes à sévères de l'endométriose avec une spécificité de 98 % chez les patient·es de 18 à 45 ans (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). Par ailleurs, à l'hôpital Cochin, une autre équipe a élaboré un score clinique basé sur un auto-questionnaire, évaluant cinq symptômes douloureux à l'aide d'échelles visuelles analogiques, ce qui permet de prédire la probabilité d'endométriose de manière fiable (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.).

I.4. Physiopathologie

Etiologie

Le mécanisme d'apparition des lésions d'endométriose est encore partiellement compris. La théorie du reflux menstruel, selon laquelle des fragments de tissus endométriaux remontent dans la cavité péritonéale via les trompes de Fallope et s'implantent sur les structures pelviennes, demeure à ce jour l'hypothèse physiopathologique la plus partagée (Muszynski, 2024). Cependant, de nombreuses personnes menstruées présentent ce reflux sans pour autant développer une endométriose. De nombreuses recherches scientifiques sont donc en cours pour clarifier davantage ses origines. Des chercheur·ses de l'Inserm ont découvert un lien entre un polymorphisme du gène PCSK5 et l'endométriose, tandis qu'un variant du gène NRSP1 augmente de 23 % le risque d'endométriose, et son inhibition pourrait offrir un traitement ciblé non hormonal (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). Un dysfonctionnement immunitaire pourrait également jouer un rôle dans le développement de l'endométriose, soit comme facteur déclencheur, soit comme conséquence favorisant la progression des lésions (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). La flore bactérienne de l'endomètre suscite un nouvel intérêt parmi les chercheur·ses suite à l'identification par une étude japonaise d'une bactérie associée à l'endométriose et dont l'éradication pourrait constituer une voie prometteuse pour le traitement de la maladie (*Endométriose · Inserm, La science pour la santé*, s. d.).

Sémiologie

Selon la Haute Autorité de Santé et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, trois formes d'endométriose sont observées :

- L'endométriose superficielle est caractérisée par la présence de fragments d'endomètre localisés à la surface du péritoine.
- L'endométriose ovarienne correspond à la présence de lésions qui vont conduire à la formation de kystes de l'ovaire (également appelée endométriome).
- L'endométriose pelvienne profonde correspond quant à elle à la présence de lésions localisées en profondeur, à plus de 5 mm sous la surface du péritoine. Les localisations les plus fréquentes sont les ligaments utérins (50 % des cas), l'intestin (incluant le rectum, 20 à 25 % des cas), le vagin (15 %), la vessie (10 %), les uretères (3 %) (Bourdell et al., 2018). D'autres organes peuvent aussi être touchés : le côlon, l'appendice et l'iléon terminal.

Il existe également des formes rares d'endométriose extra-pelvienne, touchant par exemple le diaphragme ou le thorax. L'adénomyose correspond quant à elle à une forme d'endométriose interne à l'utérus. Il n'y a pas de corrélation entre le type d'endométriose et l'intensité de la douleur (Inserm, 2024).

Symptomatologie

Le principal symptôme de l'endométriose est une douleur pelvienne récurrente. Lorsqu'elle survient pendant les menstruations, on parle de dysménorrhée. Ces douleurs sont présentes dans 78% des cas, souvent dès les premières règles, et se diffusent dans l'abdomen, le bas du dos, et les fosses iliaques, entraînant souvent un absentéisme scolaire ou professionnel (Muszynski, 2024). Les douleurs qui apparaissent entre les règles peuvent entraîner un fond douloureux chronique, quotidien, résistant aux médicaments antalgiques habituels. Les dyspareunies profondes touchent 50% des personnes atteintes et se caractérisent par des douleurs pendant les rapports sexuels pénétratifs, et sont généralement liées à une endométriose profonde ou superficielle (*Les symptômes de l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.).

L'endométriose génère également des symptômes digestifs chez 52% des personnes, entraînant des troubles variés (diarrhées, constipations, ballonnements) (*Les symptômes de l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.). On observe par ailleurs des symptômes urinaires tels que la pollakiurie, des cystalgies, et des atteintes plus graves des uretères, avec risque de complications rénales. Parmi les autres symptômes courants, les sciatalgies, douleurs thoraciques, et scapulalgies peuvent indiquer des lésions profondes sur les nerfs sacrés, le

diaphragme ou les poumons (Muszynski, 2024). Chez certain·es patient·es, l'importante innervation des lésions pourrait expliquer les douleurs extrêmes, compliquant la prise en charge et réduisant l'efficacité des traitements proposés (*Les symptômes de l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.; Muszynski, 2024).

Dans certains cas, l'endométriose est asymptomatique, passant ainsi inaperçue jusqu'à ce que la personne consulte pour des difficultés à concevoir un enfant. Environ 30 à 40 % des personnes atteintes souffrent d'infertilité, avec des taux de fécondité estimés entre 2 et 10 % par cycle, contre 25 à 30 % chez les couples fertiles (*Endométriose • Inserm, La science pour la santé*, s. d.). Le taux de grossesse spontanée chez les femmes infertiles en raison de l'endométriose est de 36 % en trois ans, contre 55 % pour les couples présentant une infertilité inexpliquée (*Endométriose • Inserm, La science pour la santé*, s. d.)

I.5. Les mécanismes de la douleur

La douleur liée à l'endométriose résulte de l'activation du système nerveux central, avec des mécanismes variés. Le principal facteur semble être mécanique : les lésions infiltrent et irritent les nerfs environnants, accentuant la douleur (Bourdel et al., 2020). Avant de traiter l'endométriose, il est essentiel de comprendre les différents mécanismes de la douleur associés à cette maladie :

- La douleur inflammatoire est le mécanisme initial, présent au début des règles.
- La douleur neuropathique est causée par des nerfs comprimés ou irrités par les lésions d'endométriose.
- La douleur musculaire est liée aux contractures des muscles du bassin, de l'abdomen et des lombaires en réponse à la douleur.
- La sensibilisation centrale résulte d'une exposition prolongée à la douleur. Les systèmes de défense de la moelle épinière et du cerveau deviennent dysfonctionnels, ce qui intensifie la perception de la douleur et peut même rendre d'autres zones du corps douloureuses (*Soins et traitements de la douleur dû à l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.).

I.6. Les retentissements sur la qualité de vie

Les personnes interrogées dans l'enquête EndoVie évoquent les retentissements de la maladie dans de nombreux domaines de la vie quotidienne tels que la forme physique (63%) et psychique (67%), une fatigue chronique (54%) et des impacts négatifs sur la sexualité et les relations amoureuses (66%), la vie sociale et les loisirs (53%), la vie professionnelle (65%)

(Résultats d'une grande enquête sur la vie des femmes souffrant d'endométriose • Association EndoFrance, s. d.).

Selon l'enquête d'EndoFrance publiée en 2020, 65% des personnes interrogées témoignent d'un impact négatif de l'endométriose sur le quotidien professionnel (*Travailler avec l'endométriose • Association EndoFrance, s. d.*). En effet, 53 % notent une diminution de leur capacité de travail et un pouvoir de concentration à la baisse (60 %). À cela s'ajoute un niveau de stress plus élevé (58 %), des capacités physiques et intellectuelles réduites pour travailler (62 %) ou encore une démotivation (56 %) (Association EndoFrance, 2020).

L'endométriose est également reconnue comme une maladie impactant négativement le couple car elle influence les sentiments envers la personne malade, générant de l'inquiétude, perturbant la sexualité du couple et ayant des conséquences possibles sur les projets d'enfants (*Vivre avec l'endométriose, 2020*).

L'endométriose peut également nuire à la pratique de loisirs, empêchant les personnes d'aller au restaurant (28%), de profiter de moments en famille ou avec des amis (29%), de sortir voir des amis (32%), d'aller au cinéma (31%), de partir en vacances (25%) (*Résultats d'une grande enquête sur la vie des femmes souffrant d'endométriose • Association EndoFrance, s. d.*).

I.7. Un enjeu de santé publique

En France, l'endométriose est une pathologie largement sous-diagnostiquée, avec une errance diagnostique de sept ans en moyenne selon l'enquête EndoVie (*Vivre avec l'endométriose, 2020*). Or, selon les recommandations CNGOF-HAS de 2018, l'endométriose doit être prise en charge dès qu'elle provoque des signes fonctionnels, tels que la douleur ou l'infertilité, ou lorsqu'elle perturbe le fonctionnement d'un organe (Bourdel et al., 2020). Face à ce constat, un plan d'action ministériel a été lancé en 2019, suivi d'une stratégie nationale en janvier 2022 (Bourdel et al., 2018).

Cette stratégie vise trois objectifs : promouvoir la recherche, améliorer l'accès aux soins via des filières spécialisées, et renforcer la formation des professionnels de santé. Ces filières englobent tous les niveaux de soin, depuis la médecine scolaire et les médecins généralistes jusqu'aux centres experts. Au sommet de ces réseaux, on trouve des centres experts labellisés, qu'ils soient hospitaliers universitaires ou cliniques (*prise_en_charge_de_lendometriose_-recommandations.pdf, s. d.*). Elle a également permis la mise en place de parcours de soins personnalisés et la reconnaissance de certaines formes d'endométriose comme affection longue durée (ALD 31) (*Endométriose • Inserm, La science pour la santé, s. d.; Muszynski, 2024*).

I.8. Les traitements médicaux

Le traitement médical de l'endométriose repose principalement sur le blocage des règles, à l'aide de médicaments qui simulent soit l'état de grossesse, soit celui de ménopause (*Les traitements de l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.). Cette approche permet de freiner l'évolution des lésions et de réduire les douleurs, bien qu'elle ne les élimine pas complètement. Étant donné qu'elle inhibe l'ovulation, ce traitement agit également comme contraceptif et doit être interrompu si une grossesse est souhaitée. (*Les traitements de l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.).

Après évaluation globale de la douleur et de son retentissement, les classes thérapeutiques non hormonales les plus fréquentes sont les antidouleurs (29%), les anti-inflammatoires (21%) et les antispasmodiques (14%) (*Vivre avec l'endométriose*, 2020). Lorsque ces traitements de première intention ne soulagent pas efficacement la personne, la chirurgie vise à réduire ou détruire les lésions d'endométriose et à réparer les organes affectés pour soulager la douleur et l'infertilité, avec l'aménorrhée à long terme post-opératoire aidant à prévenir la récidive (*Soins et traitements de la douleur dû à l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.). La chirurgie de l'endométriose profonde nécessite une expertise particulière et une approche multidisciplinaire, avec une évaluation minutieuse des bénéfices et des risques. (*Les traitements de l'endométriose • IFEM Endo*, s. d.).

I.9. Les thérapies non-médicamenteuses

Le recours aux thérapeutiques alternatives est fréquent parmi les patient·es ayant des douleurs pelviennes chroniques (Bourdel et al., 2020). L'acupuncture, l'ostéopathie et le yoga ont montré une amélioration de la qualité de vie chez des personnes ayant des douleurs liées à l'endométriose. La neurostimulation transcutanée (TENS) a également montré son intérêt dans les dysménorrhées primaires et les douleurs neuropathiques (*prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf*, s. d.). La relaxation type Jacobson (contraction-décontraction musculaire) a été évaluée chez des patientes chinoises souffrant d'endométriose, avec un bénéfice pour l'anxiété et la qualité de vie (Gourbail, 2017).

L'approche globale et pluridisciplinaire semble utile dans les soins à apporter aux personnes souffrant d'endométriose. Dans son texte des recommandations pour la prise en charge de l'endométriose, l'HAS préconise une évaluation de l'intensité, de la typologie, des retentissements comportementaux, du contexte personnel liés à la douleur (*prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf*, s. d.). En cas de douleurs

chroniques, une évaluation interdisciplinaire (gynécologues, algologues, sexologues, psychologues et assistantes sociales) est recommandée (Gourbail, 2017).

I.10. Améliorer la prise en charge selon les personnes atteintes

La recherche participative ComPaRe, e-cohorte de patient·es adultes atteints de maladies chroniques, a dédié l'une d'elles à l'endométriose (Cara, 2023). Les données collectées permettent de mieux comprendre l'évolution et la diversité de la maladie, ainsi que le vécu des personnes. Les volontaires ont exprimé le souhait d'améliorer la connaissance et la reconnaissance de la maladie par les soignants, de mettre fin aux violences médicales et d'accroître la bienveillance, ainsi que d'améliorer les soins et l'accompagnement pour des problèmes spécifiques à la maladie (« ComPaRe Endométriose », 2023).

Après avoir exploré l'impact de l'endométriose sur la santé et la qualité de vie, il est essentiel de se pencher sur les approches aptes à soutenir les personnes atteintes dans leur gestion des symptômes et leur bien-être global. Parmi ces approches, l'ergothérapie se distingue par sa capacité à adapter les activités et l'environnement pour répondre aux besoins spécifiques des individus.

I. L'ergothérapie

I.1. Définition

L'ergothérapeute est un·e professionnel·le de santé intervenant dans les domaines sanitaire, médico-social et social. Travaillant en collaboration avec divers experts (médecins, auxiliaires médicaux, travailleur·es sociaux·les, acteur·trices de l'enseignement et de la formation, technicien·nes de l'habitat, etc.), il·elle joue un rôle central dans l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap (*Qu'est ce que l'ergothérapie*, s. d.). Spécialiste de la relation entre l'activité (ou "occupation" selon la terminologie internationale en ergothérapie) et la santé, l'ergothérapeute s'engage à la fois à prévenir et à modifier les pratiques pouvant nuire à la santé, et à garantir l'accès aux activités essentielles pour chaque individu (« Programme », s. d.). Il·elle veille à ce que ces occupations puissent être réalisées de manière sécurisée, autonome, et efficace (*Publication: Guiding Principles for Competency in Occupational...* | WFOT, s. d.; *Qu'est ce que l'ergothérapie*, s. d.). Son champ d'intervention est très large puisqu'il·elle collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenant·es dans le champ social, économique et éducatif, afin d'établir des projets d'intervention pertinents dans le secteur public, privé ou en libéral (Santé, s. d.).

I.2. L'approche centrée sur la personne

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé se définit comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé, 1948). L'ergothérapie intervient auprès des personnes rencontrant des difficultés dans leurs activités en raison de handicaps ou de risques de handicap (*Qu'est ce que l'ergothérapie*, s. d.). L'ergothérapeute analyse les effets physiques, psychosociaux et environnementaux des problèmes de santé et propose des solutions pour surmonter ces obstacles. Grâce à des entretiens, des évaluations et des mises en situation, il·elle identifie les forces et faiblesses de la personne ainsi que le contexte dans lequel elle évolue (Mignet & Turpain, s. d.). Il·elle aide à retrouver des capacités fonctionnelles, à s'adapter aux limitations et à réintégrer les rôles sociaux. Il·elle favorise l'accessibilité et préconise des adaptations matérielles, technologiques et humaines. L'ergothérapie joue aussi un rôle préventif pour maintenir l'autonomie dans les occupations (Morel-Bracq et al., 2022; *Qu'est ce que l'ergothérapie*, s. d.).

I.3. L'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est un concept clé et fréquemment utilisé en ergothérapie, mais il est complexe et des différences de contenu existent selon les cultures. Il peut être défini comme

la perception subjective d'un individu de réaliser le bon nombre d'occupations et une variabilité suffisante entre les activités (Wagman et al., 2012). En effet, la santé découle d'un schéma occupationnel équilibré. Selon Sylvie Meyer, l'équilibre occupationnel serait la « capacité de gérer ses occupations de manière personnelle [...] et répondant aux demandes de ses rôles [...]. Chaque personne possède un schéma d'équilibre qui lui est propre et qui favorise la santé » (Meyer, 2013). En d'autres termes, cela correspond à une juste répartition du temps entre les différentes occupations. Il s'agit d'une notion subjective et individuelle à chacun·e. Il existe plusieurs classifications des occupations en ergothérapie.

Dans son Guide Santé (*Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf*, s. d.), l'Association nationale des ergothérapeutes français (ANFE) propose une classification issue des croisements de la classification du MCRO (Modèle Canadien du Rendement Occupationnel) et d'un raisonnement de classification par caractéristique (en prenant en compte les principales liées aux recommandations de prévention en santé). On peut dénombrer sept groupes d'occupations et une occupation peut être classée dans plusieurs groupes : les soins personnels (ex : prendre soin de son apparence et de sa santé), les occupations productives (ex : travailler, faire le ménage, faire du bénévolat), les loisirs (ex : faire du sport, dessiner, aller au théâtre), les occupations reposantes (ex : dormir, méditer), les occupations physiques (ex : marcher, jardiner), les occupations socio-familiales (ex : appeler ses proches, assister à un repas de famille), les occupations mentales (ex : apprendre, lire) (*Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf*, s. d.).

I.4. La formation initiale

En France, la profession d'ergothérapeute est encadrée par le Code de la Santé Publique (articles L4331-1 et R4331-1) et requiert une formation de 3 ans, définie par les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur (« Programme », s. d.; Santé, s. d.). Les 3 années d'études permettent d'obtenir le Diplôme d'État d'ergothérapeute après l'acquisition de 180 crédits. La formation est divisée en 6 semestres de 20 semaines chacun. Elle alterne entre des cours théoriques et pratiques à l'institut de formation et des stages cliniques sur le terrain (Santé, s. d.). Le programme comprend des cours magistraux, des travaux dirigés et du travail personnel, répartis en 39 unités d'enseignement couvrant 6 domaines : sciences humaines et droit, sciences médicales, fondements de l'ergothérapie, techniques d'intervention, méthodes de travail, et intégration des savoirs (« Programme », s. d.). Les étudiant·es effectuent 36 semaines de stages réparties sur 5 périodes. L'évaluation se fait par contrôle continu et examens, avec 30 crédits ECTS par semestre. A l'issue de la formation, les étudiant·es se voient délivrer un

Diplôme d'État d'ergothérapeute et depuis 2014 un grade licence conféré par l'université (« Programme », s. d.).

I.5. L'acquisition de compétences

Le référentiel de formation en ergothérapie est conçu pour développer les compétences nécessaires à la pratique professionnelle, en combinant apprentissage théorique et application pratique (« Programme », s. d.). La formation est axée sur l'étude de situations professionnelles, permettant aux étudiant·es d'apprendre à comprendre, agir et transférer leurs acquis. Elle articule l'acquisition de savoirs et de savoir-faire avec leur mobilisation en contexte (Santé, s. d.). Le parcours de l'étudiant·e est guidé par un portfolio de stage, favorisant une progression vers l'autonomie et la responsabilité. Les contenus de la formation sont actualisés selon l'évolution des connaissances, intégrant un enseignement approfondi des sciences et techniques ergothérapeutiques (Santé, s. d.).

L'étudiant·e en ergothérapie acquiert progressivement des compétences grâce à l'apprentissage de savoirs, savoir-faire, attitudes et comportements en contexte pratique. Il·elle se forme à devenir un·e praticien·ne autonome, responsable et réflexif·ve, capable d'analyser des situations de santé, de prendre des décisions appropriées et de travailler seul·e ou en équipe interprofessionnelle (Santé, s. d.). L'étudiant·e développe des connaissances théoriques et méthodologiques, des habiletés pratiques et des capacités relationnelles. Il·elle apprend à gérer ses émotions de manière professionnelle, cultive sa capacité critique et adhère à une éthique professionnelle pour agir en toute autonomie et responsabilité. Une fois formé·e, il·elle est apte à intégrer de nouveaux savoirs et à s'adapter à diverses situations (Santé, s. d.).

I.6. Les approches pédagogiques

Les approches pédagogiques visent à permettre à l'étudiant·e de construire ses savoirs de manière active, en adoptant une pédagogie différenciée (Santé, s. d.). Fondées sur des valeurs humanistes et l'ouverture à la diversité des individus et de leurs expériences, ces méthodes favorisent le travail en groupe, selon les principes du socio-constructivisme. L'étudiant·e devient progressivement un·e acteur·trice, voire un·e concepteur·trice, de ses compétences.

Le·la formateur·trice met en place des stratégies pour soutenir les apprentissages en milieu clinique, encourageant l'observation, l'analyse et le raisonnement (Santé, s. d.). Il·elle propose des exercices reliant observation et hypothèses diagnostiques, signes et comportements, histoire de vie et situations spécifiques, afin de développer une démarche de soin axée sur les interactions entre la personne, l'activité et l'environnement. Le raisonnement inductif, analogique et déductif est ainsi sollicité (Santé, s. d.).

L'entraînement réflexif est également essentiel dans la formation des étudiant·es, leur permettant de relier savoirs et actions pour développer des compétences. Cette approche ne se limite pas aux travaux pratiques ou cliniques, mais inclut un retour sur les acquis et les stratégies employées afin d'en extraire des principes réutilisables. Cela valorise les principes d'action, les références scientifiques et les schémas d'organisation, rendant les savoirs acquis, disponibles et mobilisables pour d'autres situations (Santé, s. d.).

I.7. Les compétences de l'ergothérapeute

D'après le référentiel d'activités et compétences définies à l'annexe I du code de santé publique, à l'issue de la formation, les compétences de l'ergothérapeute reposent à la fois sur des qualités relationnelles et des compétences techniques (Santé, s. d.).

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique.
1. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
2. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
3. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
4. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
5. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
6. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
7. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
8. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
9. Former et informer.

Par ailleurs, cette formation s'inscrit dans les lignes directives de la WFOT (World Federation of Occupational Therapists), ou Fédération mondiale des ergothérapeutes, organisation internationale qui représente officiellement la profession d'ergothérapeute. Celle-ci fixe les normes mondiales pour l'enseignement de l'ergothérapie et promeut l'excellence dans la recherche et la pratique (*Guiding-Principles-for-Competency-in-Occupational-Therapy_French*, s. d.). Regroupant 111 organisations membres et 633 000 ergothérapeutes, la WFOT collabore avec divers partenaires et entretient des relations officielles avec l'OMS depuis 1959. Elle sensibilise à la profession et offre une plateforme pour partager la diversité de ses

membres, tout en s'engageant à améliorer la santé et le bien-être à l'échelle mondiale (Therapists, 2024b).

Dans ce cadre, la Fédération mondiale des ergothérapeutes recommande cinq critères à remplir pour que les ergothérapeutes soient considérés comme experts dans un domaine de pratique :

1. Répondre aux normes d'agrément requises par son pays et être membre de son association nationale et/ou locale d'ergothérapie.
2. Avoir au moins trois ans d'expérience, dont au moins la moitié dans le domaine de pratique.
3. Avoir suivi une formation complémentaire et/ou obtenu des certificats de développement professionnel en plus de leur formation de généraliste.
4. Avoir suivi ou participé à un programme structuré de supervision clinique comprenant une formation définie en tant que superviseure ou superviseur, une pratique supervisée et une expérience de la supervision d'autres personnes.
5. Démontrer l'application de leurs connaissances, compétences et attitudes dans le domaine de la pratique. Par exemple, par l'entremise de documents écrits (par exemple, un article scientifique), d'une présentation lors d'une conférence ou d'innovations et d'initiatives au travail (Therapists, 2024a).

Si la formation d'ergothérapeute vise à développer des compétences techniques et relationnelles adaptées aux besoins des personnes, il est pertinent de s'intéresser à une dimension centrale dans la pratique de cette profession : le sentiment de compétence. Ce dernier joue un rôle crucial dans la capacité des ergothérapeutes à intervenir efficacement et à développer de nouveaux champs d'exercice.

II. Le sentiment de compétence

II.1. Définition du sentiment de compétence

Le sentiment de compétence, souvent associé à la théorie de l'autodétermination (Self-Determination Theory) de Deci et Ryan, est défini comme la perception qu'un individu a de ses capacités à réussir dans une tâche, qu'elle soit d'ordre intellectuel, social, affectif, ou même physique (Ryan & Deci, s. d.). Selon la littérature scientifique, plusieurs éléments clés contribuent à ce sentiment.

Tout d'abord, le concept d'auto-efficacité, proposé par Albert Bandura, se réfère à la croyance d'un individu en sa capacité à accomplir une tâche spécifique. Selon Bandura (*Self-efficacy : toward unifying theory of behavioral change.pdf*, s. d.), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) constituerait un prédicteur de rendement lors de la réalisation d'une activité, influençant les choix et les comportements humains à l'égard de cette activité spécifique. De nature cognitive, le SEP se définit comme une croyance ou perception en ses propres capacités à accomplir une activité particulière (Rondier, 2004a). Or, un haut niveau d'auto-efficacité est associé à une plus grande persistance et performance (Rondier, 2004b; *Self-efficacy : toward unifying theory of behavioral change.pdf*, s. d.).

D'autre part, la perception qu'une personne a de ses compétences influence son sentiment de compétence. Cela inclut l'évaluation des aptitudes et des connaissances par rapport à des normes ou des critères (*Self-Efficacy and Achievement Behaviors Dale H. Schunk*, s. d.). Un autre élément clé est celui du *feedback* et de la reconnaissance. En effet, les retours positifs et les encouragements de la part d'autrui renforcent l'apprentissage et le sentiment de compétence. À l'inverse, des critiques fréquentes peuvent l'affaiblir (Wisniewski et al., 2020).

Par ailleurs, la recherche a démontré que se fixer des objectifs réalisables mais stimulants peut renforcer le sentiment de compétence. Les individus ressentent un plus grand sentiment de compétence lorsqu'ils surmontent des défis et atteignent des objectifs (*Self-Efficacy and Achievement Behaviors Dale H. Schunk*, s. d.). De plus, la pratique et l'expérience dans un domaine particulier améliorent les compétences et, par conséquent, le sentiment de compétence. Les individus qui se sentent compétents dans un domaine ont tendance à s'engager davantage. Ainsi, le sentiment de compétence a un impact sur la motivation de la personne (Vallerand, 1997).

Bien évidemment, le contexte social influence la construction du sentiment de compétence. Le soutien social, l'environnement de travail et les relations interpersonnelles peuvent affecter le sentiment de compétence, le renforcer ou l'affaiblir (*Self-Efficacy and Achievement Behaviors Dale H. Schunk*, s. d.).

Behaviors Dale H. Schunk, s. d.). Si les individus évaluent souvent leurs compétences par rapport à celles des autres, cela peut renforcer ou diminuer leur sentiment de compétence, selon le résultat de cette comparaison. L'auto-efficacité et le sentiment de compétence sont donc d'autant plus impactés dans les contextes organisationnels (Wood & Bandura, 1989).

Force est de constater que le sentiment de compétence est donc multifactoriel et influencé par des facteurs internes (comme les croyances et les compétences perçues) et externes (comme le feedback et le soutien social). La littérature souligne l'importance d'un équilibre entre la perception de ses capacités et les exigences de l'environnement pour maintenir une motivation intrinsèque et un bien-être psychologique.

II.2. L'échelle de confiance ECEPE

La confiance qu'un étudiant·e en ergothérapie accorde à ses propres capacités pour accomplir les tâches d'un·e ergothérapeute – c'est à dire son sentiment d'efficacité personnelle vis-à-vis de cette profession - a un impact sur son rendement et sur le développement de ses compétences (Delorme et al., 2019). Par conséquent, renforcer le SEP dans le domaine de l'ergothérapie est un objectif majeur de tout programme de formation en ergothérapie, ce qui souligne l'importance de mesurer ce SEP chez les étudiant·es. En l'absence d'un outil validé pour évaluer précisément ce concept, l'Échelle de Confiance à Exercer la Profession d'Ergothérapeute (ECEPE) a été conçue en 2014 (Delorme et al., 2019).

Dans le cadre de l'apprentissage d'une profession, un SEP élevé favoriserait l'acquisition des compétences cliniques (Delorme et al., 2019). En effet, le SEP, faisant partie intégrante de la perception subjective du·de la professionnel·le, est reconnu comme un indicateur essentiel de son développement professionnel (Delorme et al., 2019). Il est également établi que le SEP constitue un facteur clé de la motivation et de l'engagement, influençant l'apprentissage d'une profession et modulant les réactions émotionnelles face aux défis professionnels (Wood & Bandura, 1989). Plus précisément, de nombreux auteurs soutiennent que le SEP impacte positivement la carrière et le développement des professionnel·les de la santé, incluant les ergothérapeutes (Delorme et al., 2019).

L'ECEPE prend la forme d'un questionnaire auto-administré composé de 15 items, et d'une échelle de réponse graduée de 1 à 9 (1 = pas du tout confiant, 9 = tout à fait confiant) dont le score total varie entre 15 et 135 (Delorme et al., 2019). L'étude de validation de l'ECEPE démontre que l'accumulation de connaissances et d'expériences cliniques conduit à un SEP plus élevé. De façon logique, le SEP se développe et se renforce avec le nombre d'années de formation accumulées (Delorme et al., 2019).

II.3. Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

Depuis 2022, le nouveau Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) offre une vision de l'ergothérapie axée sur les relations collaboratives, pour favoriser la participation occupationnelle (*L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle - CAOT, s. d.*). Ce modèle soutient le rôle de vecteur de changement de l'ergothérapeute, selon quatre types de leadership, permettent aux professionnels de s'adapter aux besoins spécifiques des personnes et des contextes.

Le leadership directif se caractérise par un rôle structurant lorsque la personne nécessite une supervision étroite, par exemple en cas de difficultés à initier l'activité. Le leadership de soutien soutient la personne dans sa prise de décision lorsqu'un appui émotionnelle ou motivationnel est demandé. Le leadership collaboratif désigne quant à lui une dynamique relationnelle égalitaire entre le·la thérapeute et la personne. La prise de décision est partagée car la personne est en capacité à contribuer activement à son plan d'intervention. Enfin le leadership consultatif est mis en œuvre lorsque le·la thérapeute agit comme une ressource et offre des conseils, laissant la personne autonome dans la gestion de ses occupations. Ces types de leadership permettent aux ergothérapeutes d'adopter une approche flexible et centrée sur la personne, en considérant ses capacités, préférences et objectifs (*L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle - CAOT, s. d.*).

Par conséquent, ce modèle offre un cadre de pratique à géométrie variable (CanPPERC), permettant d'observer de quelles façons l'ergothérapeute crée des liens avec la patientèle, explore la participation occupationnelle et fait preuve d'analyse réflexive sur sa pratique. A fortiori, ce modèle soutient le sentiment de compétence et favorise le leadership des ergothérapeutes en leur fournissant un cadre clair et cohérent pour leurs interventions (*The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.pdf, s. d.*). Tout d'abord, en plaçant la participation occupationnelle au cœur de l'intervention, le MCPO propose un cadre détaillé qui intègre la personne, ses occupations, et son environnement, offrant aux ergothérapeutes une approche rigoureuse et systématique. Cette structure claire permet aux professionnel·les de mieux comprendre et expliquer leur rôle, ce qui renforce leur confiance en leur pratique et leur sentiment de compétence dans des contextes variés.

Aussi, en plaçant les besoins et les valeurs de la personne au cœur de l'intervention, le MCPO aide les ergothérapeutes à adopter une pratique réellement centrée sur la personne (« L'avancement de la pratique fondée sur l'occupation », 2012). Cette approche renforce

l'alliance thérapeutique et l'efficacité des interventions, donnant aux ergothérapeutes le sentiment d'accomplir un travail significatif et bien accepté par les personnes.

D'autre part, le MCPO encourage l'autonomie et l'implication active des patient·es dans leur propre rétablissement. Cette orientation vers le développement de l'autonomie des patient·es est une compétence clé en ergothérapie, valorisant l'intervention professionnelle et favorisant le leadership, en démontrant notamment l'impact positif de l'ergothérapie dans les parcours de soin (Egan; & J. Restall, 2022).

De plus, le MCPO soutient une approche collaborative avec d'autres professionnel·les de la santé, en soulignant l'importance de l'environnement et des ressources sociales. En intégrant les autres intervenant·es dans la prise en charge, les ergothérapeutes peuvent prendre des initiatives de coordination et jouer un rôle de leader·se dans la définition des objectifs et stratégies de prise en charge globale (Egan; & J. Restall, 2022).

Le MCPO incite à une pratique réflexive, dans laquelle les ergothérapeutes analysent leurs interventions en fonction des spécificités de chaque personne et de son environnement. Cette pratique réflexive leur permet de s'adapter continuellement, d'innover et de perfectionner leurs compétences, contribuant à un sentiment accru de compétence professionnelle (*L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* - CAOT, s. d.).

Enfin, en s'appuyant sur une approche qui valorise l'importance de la participation occupationnelle pour la santé et le bien-être, les ergothérapeutes peuvent promouvoir et défendre le rôle unique de leur profession. Cela les place dans une position de leadership pour sensibiliser le public et d'autres professionnel·les aux contributions spécifiques de l'ergothérapie (Egan; & J. Restall, 2022).

II.4. Les compétences ergothérapiques dans la prise en charge de l'endométriose

Dès lors, le MCPO peut fournir aux ergothérapeutes un cadre d'intervention pour prendre en charge des maladies chroniques telle que l'endométriose, en se concentrant sur la manière dont cette maladie impacte la participation et la qualité de vie des personnes atteintes. En effet, le MCPO place la personne, ses valeurs et ses objectifs au centre de l'intervention. Dans le cas de l'endométriose, qui peut affecter des aspects essentiels de la vie quotidienne tels que le travail, les loisirs, et les relations, le MCPO permet de centrer l'intervention sur les occupations signifiantes pour la personne, tout en prenant en compte ses objectifs personnels (*2012otprofile.pdf*, s. d.).

D'autre part, en explorant l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations, le MCPO permet de mieux cerner comment la douleur, la fatigue, et les limitations fonctionnelles influencent sa participation. Les ergothérapeutes peuvent ainsi identifier les barrières spécifiques à la personne et adapter les interventions en conséquence.

De plus, le MCPO encourage l'adaptation de l'environnement et des routines de manière personnalisée. Pour une personne souffrant d'endométriose, cela pourrait par exemple inclure des ajustements ergonomiques au travail, l'organisation de périodes de repos, et l'établissement de routines permettant de gérer l'énergie et de minimiser les douleurs.

La force du MCPO réside également dans l'engagement actif des personnes dans les processus décisionnels (Egan; & J. Restall, 2022). Il vise l'*empowerment* et la gestion autonome de la maladie en développant le pouvoir d'agir de la personne et en augmentant sa compréhension et son contrôle sur ses occupations (*L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle - CAOT*, s. d.). Dans le cas de l'endométriose, les ergothérapeutes peuvent ainsi travailler avec les personnes sur des stratégies de gestion de la douleur, de relaxation et de réadaptation fonctionnelle.

Enfin, le MCPO se distingue par une approche interdisciplinaire (Schell et al., 2013). L'endométriose étant une maladie complexe, le MCPO favorise la collaboration avec d'autres professionnel·les de santé et facilite la mise en œuvre d'un plan de traitement global et personnalisé.

Toutefois en France, seule une ergothérapeute (*Séances ergothérapie endométriose Rennes*, 2023) propose à ce jour un accompagnement spécifique aux personnes atteintes d'endométriose. C'est dans ce contexte que se pose la question de recherche suivante : « Dans quelles mesures les ergothérapeutes français se sentent-ils compétents et formés pour accompagner les personnes atteintes d'endométriose ? »

III. Cadre méthodologique

III.1. Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette étude est de questionner les ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie de France afin d'évaluer leur sentiment de compétence à prendre en charge des personnes atteintes d'endométriose, suite à leur·s formation·s.

En découlent des objectifs secondaires :

- Comprendre les déterminants du sentiment de compétence au sein de cette population, concernant la prise en charge des personnes atteintes d'endométriose ;
- Evaluer l'apport de la formation initiale et continue dans le sentiment de compétence concernant la prise en charge des personnes atteintes d'endométriose ;
- Formuler des recommandations afin de favoriser la prise en charge ergothérapique des personnes atteintes d'endométriose.

III.2. Choix de la méthode de recherche

Cette étude s'appuie sur une étude quantitative de recueil d'informations. Notre objectif est d'obtenir des données statistiques quantifiables et comparables sur la population des ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie de France.

III.3. Choix de la population

Critères d'inclusion et d'exclusion

La population ciblée est la suivante : les ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie de France, de tout âge, sexe et genre, expérience et domaine de pratique confondus.

Recherche de participant·es

Le recrutement a été réalisé à l'aide de plusieurs canaux de communication : réseau social professionnel LinkedIn, groupes WhatsApp et Facebook des étudiant·es en ergothérapie de France, envoie de courriels ciblés à des ergothérapeutes (formateur·trices de l'IFE de Toulouse et tutrices de stages).

La durée de l'enquête a été de 6 semaines, du 4 février 2025 au 22 mars 2025. Plusieurs relances ont été effectuées aux dates suivantes : 25 février 2025, 10 mars 2025 et 20 mars 2025.

III.4. Choix de l'outil de recueil de données

Méthode alliant questions fermées et ouvertes, le questionnaire permet de récolter une grande quantité de témoignages et perspectives individuelles (Singly, 2011). Nous avons donc rédigé un questionnaire original en ligne via l'application Web Google Forms.

Ce dernier se compose de quatre sections : 1. Informations générales, 2. Formation initiale et continue concernant la prise en charge de l'endométriose, 3. Pratiques professionnelles, 4. Ressenti sur les compétences et la formation concernant l'endométriose. Le questionnaire totalise 22 questions pour un temps de passation d'environ 10 minutes.

III.5. Choix de l'outil d'analyse des données

Les réponses ont ensuite été structurées et analysées dans l'application Web Google Sheets. Nous utilisons la méthode flottante de Bardin pour analyser nos données qualitatives. Celle-ci repose sur le découpage du texte en unités afin de classifier en différentes catégories ou thèmes (Bardin, 2013).

IV. Résultats et analyse de l'enquête

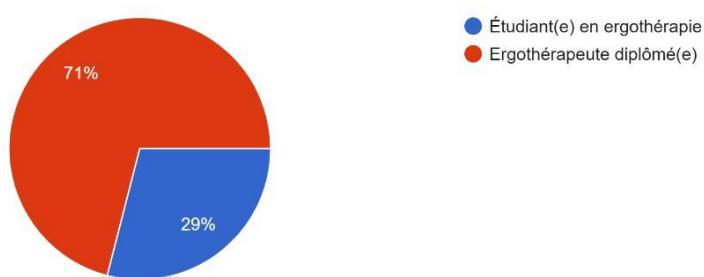
IV.1. Informations générales

Nous avons obtenu 100 réponses à notre questionnaire. Les répondant·es ont complété le questionnaire dans son intégralité pour les questions obligatoires.

Parmi les sujets interrogés, **93% sont de genre féminin** et 7% de genre masculin. Près de la moitié est **âgée de moins de 25 ans**, avec 49% des répondant·es, 36% se situent dans la tranche d'âge des 25-34 ans, 10% ont entre 35 et 44 ans, et 5% ont 45 ans et plus.

Quelle est votre situation professionnelle ?

100 réponses



Parmi les professionnel·les, 47,9% sont diplômés depuis moins de 2 ans, 35,2% le sont depuis plus de 5 ans et 16,9% ont été diplômés depuis 2 à 5 ans.

IV.2. Formation initiale et continue

Au cours de leur formation initiale, **95% des répondant·es déclarent ne pas avoir reçu d'enseignements spécifiques sur l'endométriose**. Parmi les 5% ayant reçu des enseignements spécifiques sur l'endométriose, **100% estiment que cette formation n'a pas été suffisante**.

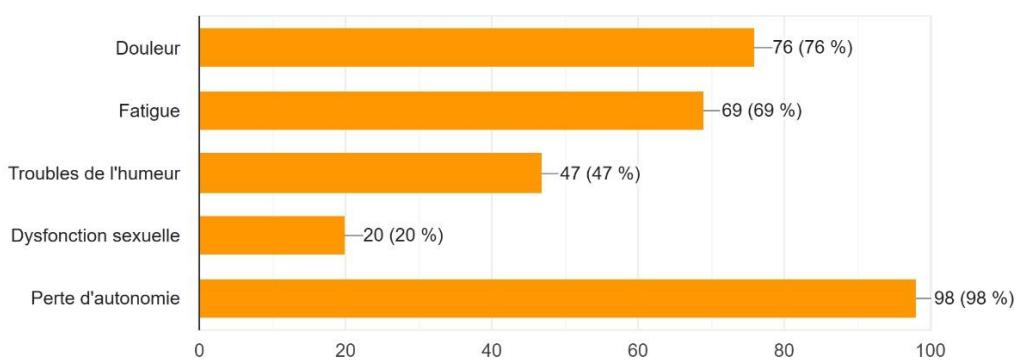
À la question ouverte « Si non, quelles connaissances et compétences auriez-vous aimé développer à ce sujet ? », 94 personnes ont formulé une réponse. Ces connaissances et compétences se répartissent en 5 catégories :

- **Développer des compétences sur la prise en charge en ergothérapie** : 52% s'accordent sur le besoin de cerner le « type de prise en charge en ergothérapie » ; le « rôle de l'ergothérapeute » et « des exemples concrets de proposition d'intervention » pour connaître notamment « les moyens de prise en charge de la douleur chronique » ; la « fatigue » ; les « aménagements possibles » ou encore « l'éducation thérapeutique ».
- **Développer des connaissances sur la pathologie** : 49% évoquent notamment les « connaissances physiopathologiques » ; les « causes » et la « symptomatologie ».

- **Développer des connaissances sur les impacts de la pathologie sur les AVQ :** 41% mentionnent les « retentissements au quotidien » et notamment « sur la qualité de vie et sur l'équilibre occupationnel » ; les « répercussions fonctionnelles » ; les « conséquences » ; donnant comme exemples « la restriction de participation, l'isolement », la « fatigue chronique », la « sexualité », « l'impact psychique » ou encore le « retentissement sur le travail ».
- **Développer des connaissances sur le parcours de soins des patient·es :** 13% suggèrent le « parcours de soins », comprenant « les options thérapeutiques » ; et « l'accompagnement médical, paramédical, social ».
- **Développer des compétences grâce aux témoignages de patient·es :** 4% soulignent l'importance d'« avoir le point de vue des patientes » et « des témoignages de personnes et les solutions qu'elles mettent en œuvre dans le quotidien ».

À propos de la formation initiale, les sujets témoignent avoir été formés à la symptomatologie de l'endométriose.

Avez-vous été formé.es pour prendre en charge les signes cliniques suivants ? (plusieurs réponses possibles)
100 réponses



En ce qui concerne la formation continue, **5% des ergothérapeutes ont participé à de la formation continue sur l'endométriose** depuis le début de leur pratique professionnelle.

Parmi les 95 autres répondant·es, **91,6% déclarent être intéressés par une formation à ce sujet.**

IV.3. Pratiques professionnelles

Au sein de notre population ergothérapeute, **12% ont déjà accompagné une personne atteinte d'endométriose**. Parmi cet échantillon, 91,7% ont accompagné 1 à 5 patient·es et 8,3% en ont suivi 6 à 10 cas.

Par la suite, il était demandé aux répondant·es de préciser dans quel(s) domaine(s) de l'ergothérapie ces accompagnements se sont-ils inscrits (plusieurs réponses possibles) :

- **83,3% dans l'aménagement des activités ;**
- **75% ont eu lieu dans le cadre d'une gestion de la douleur ;**
- **66,7% se sont inscrits dans la gestion de la fatigue ;**
- **33,3% ont proposé un soutien psychologique ;**
- **8,3% sont intervenus sur l'aménagement de l'environnement ;**
- Aucun n'a effectué d'accompagnement post-opératoire ;
- Dans les autres réponses données, 8,3% ont répondu s'inscrire dans un suivi d'un TSA ou TDAH associé et 8,3% ont déclaré « Pas d'accompagnement spécifique, PEC en plus d'autre chose ».

De plus, cet échantillon d'ergothérapeutes ayant déjà pris en charge des patient·es atteint·es d'endométriose, devait répondre à la question « Comment avez-vous acquis ces compétences pour prendre en charge ces patient·es ? (plusieurs réponses possibles) ».

- **75% sont passé par de l'autoformation (lecture d'articles, ouvrages, etc.) ;**
- **66,7% déclarent avoir réalisé un transfert de connaissances acquises en formation initiale ;**
- **66,7% ont bâti leurs compétences via l'expérience et apprentissage développées auprès des patient·es ;**
- **41,6% ont une expérience personnelle de patient·e expert·e atteint·es d'endométriose ;**
- **33,3% ont acquis leurs compétences en échangeant avec des collègues ou d'autres professionnels de santé ;**
- **16,7% ont participé à de la formation continue ou à des séminaires spécialisés.**

- Dans les « autres réponses » on note 8,3% ont acquis leurs compétences grâce à une « formation en rééducation sensitive des douleurs neuropathiques et discussion avec gynécologues » et 8,3% grâce à une « expérience et apprentissage auprès de patients douloureux chroniques ».

Par ailleurs, il était demandé de préciser les outils ou méthodes utilisés pour accompagner les personnes atteintes d'endométriose. **Parmi les 12 ergothérapeutes, 10 ont répondu et partagent à la fois :**

- **Des outils ergothérapiques tels que** « MCREO et MCRO » ; « Entretien et résolution de problème » ; « OT'Hope » ; « Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine » ; « Éducation thérapeutique » ; « SF-36 » ; « outils MOH » ; « Outils destinés à d'autres pathologies avec adaptations parfois des questions ou des accompagnements réalisés ensuite » ; « Les mêmes que les autres patients, selon leurs demandes et leurs besoins » ;
- **Des moyens d'intervention tels que des stratégies d'auto-gestion de la douleur et de la fatigue** « Gestion fatigue et douleur » ; « Aménagement de l'EDT (temps de repos selon les besoins) et des activités » ; « Nous avons mis en place notamment des plannings visuels pour adapter le planning et y inclure des pauses » ; « équilibre occupationnel » ; « techniques de respiration pour gérer la douleur, yin yoga » ;
- **Des aides techniques au positionnement** telles que « des coussins ou autres objets du quotidien pour améliorer le positionnement » ;
- **Des méthodes de coaching impliquant activement la personne dans la résolution de problèmes** « réalisation de schéma à partir des éléments identifiés lors des échanges avec la patiente » ; « je n'utilisais pas de méthode particulière, je m'adaptais aux plaintes du patient et nous étions dans la co-réflexion ».

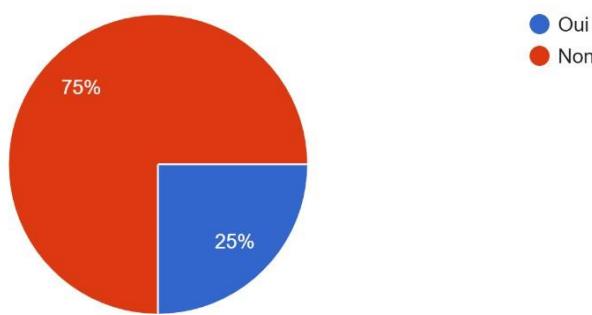
Enfin, tous·tes les répondant·es, ergothérapeutes et étudiant·es, devaient identifier **les obstacles dans l'accompagnement des personnes atteintes d'endométriose** :

- **83% des participant·es déclarent que le manque de connaissances spécifiques est un obstacle** ;
- **77% déclarent un manque de reconnaissance professionnelle de l'ergothérapie dans la prise en charge de l'endométriose** ;
- **59% notent le manque de prise en charge financière de l'ergothérapie** ;
- **57% relèvent un manque de ressources adaptées** ;

- **54% relèvent le manque de prise en charge pluridisciplinaire de la pathologie ;**
- **53% identifient la stigmatisation négative et la minimisation des symptômes de l'endométriose comme un obstacle ;**
- **31% ont de la difficulté à identifier les besoins des personnes ;**
- **28% nomment comme obstacle le manque de temps pour approfondir ce sujet ;**
- Parmi les autres réponses données : une personne aborde les « difficultés à aborder le sujet avec une personne accompagnée dans un contexte d'une autre pathologie » ; un sujet mentionne « N'oublions pas son amie l'adénomyose ». Une autre suggère le « manque de connaissance des personnes atteintes de ce que pourrait leur apporter l'ergothérapie ». Une personne note le « manque de sensibilisation de la population et notamment des patrons/nnes d'entreprise ». Une personne ajoute le « manque de reconnaissance de l'endométriose et de ses impacts dans la vie quotidienne ». Enfin, une seule personne déclare « Ce n'est pas du domaine de l'ergothérapie ».

IV.4. Ressentis sur les compétences et la formation

Pensez-vous que votre formation initiale d'ergothérapeute vous a permis d'acquérir les compétences nécessaires pour accompagner les personnes atteintes d'endométriose ?
100 réponses



À la question, « Si non, pourquoi ? » **68 personnes ont répondu et ces données se répartissent en deux grandes catégories** et d'autres éléments de réponse. Tout d'abord, **89,7%** déclarent ne pas avoir acquis les compétences nécessaires pendant la formation initiale **car la pathologie n'était pas au programme des cours dispensés** : « du fait de ne pas avoir de connaissances sur la pathologie » ; « Pas de cours approfondies sur cette pathologie et sur les interventions possibles en ergothérapie » ; « pour moi c'est important d'être un minimum formée pour pouvoir me sentir légitime et aider efficacement les personnes atteintes d'endométriose ».

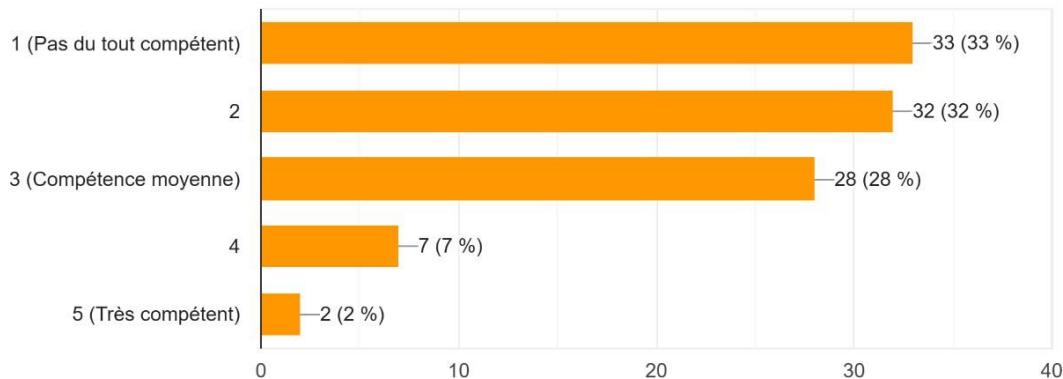
Parmi ces ressentis, **17,6% manquent de formation sur les spécificités de la prise en charge en ergothérapie** : « Pas assez d'outil spécifique, pas de connaissances partagées, manque de mise en valeur de notre rôle » ; « Manque de connaissance concrète sur la gestion de la fatigue, de la douleur et des troubles de l'humeur pour pouvoir accompagner les patientes ». **11,8% précisent également un manque de formation dans la prise en charge de la douleur** : « Manque d'information l'impact des douleurs neurologiques dans le quotidien ».

Par ailleurs, 7,3% mentionnent l'importance de la formation continue : « Mes formations continuent m'ont beaucoup plus apporté selon moi. » ; « La formation initiale n'est pas assez complète, elle aborde de manière superficielle chaque pathologie et public que nous sommes amené.e.s à rencontrer une fois diplômé.e.s Même si elle nous permet d'avoir les clés pour mener notre analyse d'activité sur nos patient.e.s, seule la pratique et la formation continue permettent d'approfondir nos connaissances et compétences et de nous spécialiser. »

Enfin, 5,9% apportent d'autres éléments de réponse tels que les forces de la formation initiale « la formation initiale permet d'identifier les besoins de la personne et de proposer un plan d'intervention qui sera déjà très cohérent selon moi, de plus la formation favorise la recherche personnelle ce qui permet d'avoir des notions actualisées » ; « ma vision actuelle est plus « occupation centrée », c'est une ressource riche pour cet accompagnement ». Une personne précise « je n'ai jamais été face à une patiente atteinte d'endométriose » et une autre « Il est à mon avis difficile d'appréhender tout cela sachant que les symptômes divergent selon le profil des femmes atteintes d'endométriose ».

Sur une échelle de 1 à 5, comment évaluez-vous votre niveau actuel de compétence pour accompagner ces patient.es ?

100 réponses



Les sujets devaient également répondre à la question ouverte « **Quelles recommandations feriez-vous pour améliorer l'accompagnement des personnes atteintes d'endométriose dans la pratique ergothérapique ?** ». Leurs réponses abordent 4 préconisations principales :

- **57% proposent d'inclure des cours sur l'endométriose et la prise en charge ergothérapique dans la formation initiale** : « il serait intéressant d'avoir des cours en IFE sur cette pathologie qui n'est pas qu'une maladie gynécologique » ; « Apporter davantage de connaissances concrètes sur la pathologie et ses répercussions sur le quotidien des personnes atteintes et l'aspect de la prise en charge holistique et à long terme (sur différentes étapes de la vie) » ; « Plus de connaissance lors de la formation avec des outils concrets sur les différents impacts que peut avoir la maladie (sachant que certains outils pourraient aussi être utilisés avec d'autres pathologies ayant des problématiques similaires) ». Un autre sujet souligne également la nécessité d'aborder davantage en formation les maladies chroniques et invisibles « Plus de formation, mais pas spécialement sur l'endométriose mais les maladies chroniques en général et leurs impacts. On ne voit pas assez les maladies chroniques "invisibles". » Une personne précise la place de l'ergothérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire « car tout seul en ergothérapie le suivi ne marche pas il faut une vision globale en incluant les autres professionnels : psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue... ». Au sein de cette formation initiale, **4% suggèrent l'intervention de patient·es expertes** : « intervention de patients experts sur cette pathologie pour connaître les besoins ».
- **40% mentionnent la nécessité d'œuvrer à la reconnaissance de l'ergothérapie** : « Il est nécessaire que les ergothérapeutes soient plus visibles auprès des autres

professionnels de santé, qu'ils partagent et fassent connaître leurs compétences afin de pouvoir s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans l'endométriose » ; « Formations par la pratique des ergothérapeutes à l'étranger: notamment aux États Unis ou au Canada, où des ergothérapeutes accompagnent déjà des personnes atteintes d'endométriose » ; Les services spécifiques liés aux douleurs chroniques/endométriose qui se développent au sein des hôpitaux : reconnaître la plus-value de l'ergothérapie parmi les équipes pluridisciplinaires préexistantes ou qui commencent à se créer. » ; « Sensibilisation auprès de ces femmes atteintes de la pathologie sur notre rôle car je pense que ces femmes-là ne savent pas qu'on peut les accompagner ». Pour cela, **4% préconisent le remboursement des séances d'ergothérapie** : « Un accompagnement en ergothérapie remboursé en cas d'ALD » ; « remboursement des séances d'ergothérapie ».

- **20% souhaitent accéder à de la formation continue** : « Plus de connaissances / créations de ressources par les institutions nationales » ; « Proposer aux professionnels des formations adaptées à cet accompagnement ».
- Aussi, **19% proposent des exemples d'interventions ergothérapiques pour améliorer le quotidien des personnes atteintes d'endométriose** : « Gestion du niveau d'énergie dans la semaine et le quotidien, identification des activités pouvant générer de la fatigue, identification des activités impactées par les douleurs et des périodes du mois dans lesquelles elles sont impactées, aménagement de l'environnement ou de la tâche, système de bouillotte utilisée (portative, électrique, etc.) » ; « faire des liens entre les services de rééducation et les services de gynéco/maternité dans les structures hospitalières, créer des programmes d'ETP spécifiques, sensibiliser les services de médecine du travail... » ; « Développer des méthodes comme co-op en lien avec ce type de pathologie pour permettre à la personne de trouver des ressources » ; « Dans un premier temps, il serait nécessaire d'identifier les problématiques occupationnelles de ces personnes, puis de fixer des objectifs avec elles (et les proches impactés par ces problématiques) afin d'axer l'accompagnement autour de celles-ci et d'avoir un accompagnement le plus personnalisé possible. »
- **13% soulèvent la nécessité d'œuvrer à la reconnaissance de l'endométriose** : « Prise en compte du retentissement social et psychologique majeur et pas seulement la douleur » ; « enlever les tabous autour de la santé de la femme » ; « Il faudrait une meilleure reconnaissance de la pathologie dans le système de santé et dans la société. » ;

« Qu'il y ait plus de sensibilisation sur la pathologie (symptômes, conséquences sur le quotidien) qui permettrait de diminuer les stigmatisations, les refus d'aménagement de poste, les refus d'embauche... ».

- Une personne se questionne : « Il n'y a aucune étude ou recommandation permettant de penser que l'ergothérapie puisse apporter une aide dans cette situation ».
- 9% témoignent ne pas savoir.

Enfin, 30 personnes ont formulé d'« autres remarques ou commentaires à partager », dans lesquels on distingue la récurrence de 3 sujets. Tout d'abord, quatre ergothérapeutes répondantes elles-mêmes atteintes d'endométriose appuient **le besoin d'approfondir la place de l'ergothérapie dans la prise en charge de la maladie** : « Je suis ergothérapeute et je suis moi-même atteinte d'endométriose. J'ai peu de temps et malheureusement je n'ai pas d'informations sur ma propre maladie et je n'ai pas le temps de me rendre à des séminaires ou autre. On nous donne peu d'informations pour soulager la maladie, on nous dit juste de vivre avec ou de se faire opérer et je trouve ça malheureux et donc merci de vouloir approfondir le sujet ». Un sujet suggère par ailleurs d'explorer la pratique de l'ergothérapie à l'international « Malheureusement dans beaucoup de domaines l'ergothérapie a encore du chemin à faire pour y faire sa place. Peut-être que dans d'autres pays comme la Suisse, le Canada, l'Australie où le métier d'ergothérapeute est bien plus reconnu, il y a déjà des prises en charge ergothérapie dans ce domaine ? ».

D'autre part, **le besoin d'une formation est encore mentionné** par deux personnes « Une formation serait vraiment bénéfique ». Par ailleurs, deux participant·es témoignent de la **force de la formation initiale** qui « nous permet d'être ouvert d'esprit et nous guide vers nos propres recherches pour explorer les sujets qui nous intéressent ou que nous rencontrons lors de notre pratique ». Une personne précise « Remarque sur votre question “avez-vous déjà accompagné des personnes souffrant d'endométriose” oui, je le sais car je fais un accompagnement holistique, mais j'ai répondu non car la demande initiale était en psychiatrie et donc je n'ai pas eu de prescription pour ce suivi particulier d'endométriose ».

Une autre se questionne encore « Avant d'étudier le lien entre sentiment de compétences et prise en charge de l'endométriose en ergothérapie, existe-t-il des études montrant l'intérêt d'une prise en charge ergothérapique auprès des personnes atteintes d'endométriose ? ».

Enfin, les 11 autres commentaires relèvent d'encouragements pour la poursuite de l'étude « J'ai eu l'occasion d'être maître de mémoire sur un sujet évoquant l'endométriose il y a deux ans et je trouve l'ouverture de pratique très intéressante. Bonne continuation ».

V. Discussion

V.1. Biais et limites de l'étude

Tout d'abord, les canaux de communication ont orienté la population participante. Nous pouvons remarquer deux biais à ce sujet. Parmi les ergothérapeutes, nous relevons une plus grande participation de personnes du genre féminin (93%) et âgées de moins de 25 ans (49%) : il s'agit d'un biais d'échantillonnage.

D'autre part, on peut supposer un biais de non-participation d'ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie pour qui l'endométriose demeure un sujet tabou ou dénué d'intérêt.

De plus, le questionnaire repose sur des déclarations subjectives qui peuvent ne pas toujours refléter la réalité des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, le nombre de sujets ayant participé à l'étude reste faible, à savoir 100 répondant·es sur les 14 000 ergothérapeutes diplômé·es exerçant en France et les 3200 étudiant·es des IFE. Des études à plus grande échelle seraient donc nécessaires pour valider les résultats préliminaires de cette étude.

V.2. Retour sur le questionnement de départ

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs freins au sentiment de compétence des ergothérapeutes dans la prise en charge de l'endométriose. Parmi ces freins, nous discuterons du manque de reconnaissance de la profession en France, qui peut influencer la confiance que les professionnel·les accordent à leurs capacités. En outre, la comparaison avec les modèles de prise en charge à l'international permettra d'enrichir la compréhension de ces obstacles. Enfin, nous discuterons d'autres facteurs déterminants tels que le genre de la personne douloureuse ; l'importance de la formation initiale et continue ou encore la construction du sentiment de légitimité. Enfin, nous aborderons le travail en pluridisciplinarité comme levier du sentiment de compétence.

Être ergothérapeute en France : un manque de reconnaissance professionnelle

Le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute, cité par 77 % des répondant·es comme un obstacle, agit comme un frein à la construction du sentiment de compétence. En effet, la littérature souligne que la reconnaissance sociale et professionnelle est un levier essentiel de la motivation et de la persévérance au travail (Boudrias, Savoie, & Brunet, 2010). Cette reconnaissance passe notamment par la valorisation du rôle spécifique de l'ergothérapeute dans les parcours de soins, ce qui est encore largement insuffisant en France, en particulier dans le champ des handicaps dits « invisibles » comme l'endométriose.

Selon Magnant (2022), le manque de visibilité professionnelle et l'absence de cadre d'intervention officiel peuvent entraîner un sentiment d'illégitimité, notamment chez les jeunes professionnel·les, représentant 49% de notre échantillonnage. Ce sentiment d'illégitimité est souvent renforcé par la faible présence de l'ergothérapie dans les recommandations officielles pour la prise en charge de l'endométriose (Gourbail, 2017).

Une autre perspective : la prise en charge à l'international

Dans d'autres pays, l'ergothérapie est plus intégrée dans les parcours de soins pluridisciplinaires. Au Canada, en Australie ou encore au Royaume-Uni, des lignes directrices reconnaissent le rôle des ergothérapeutes dans la gestion des douleurs chroniques, l'accompagnement à la fatigue, l'adaptation des activités professionnelles et domestiques (Williams et al., 2019 ; Occupational Therapy Australia, 2022).

Cette reconnaissance permet une intégration plus fluide dans les équipes, renforce le sentiment de compétence grâce à des formations ciblées, et favorise l'émergence de pratiques innovantes centrées sur la personne. Le décalage avec la situation française interroge sur les freins structurels et culturels à l'intégration pleine de l'ergothérapie dans le champ des maladies et douleurs chroniques.

Facteurs psychosociaux : la douleur genrée et ses conséquences

L'endométriose s'inscrit dans un contexte de douleurs dites « genrées », encore trop souvent banalisées. Samulowitz et al. (2018) ont démontré que la douleur féminine est historiquement et culturellement perçue comme « exagérée », ce qui peut impacter le regard des professionnel·les de santé, y compris les ergothérapeutes. Cette minimisation des symptômes contribue à freiner la mise en place de prises en charge spécifiques, et renforce l'idée que l'intervention ergothérapique serait marginale dans ce domaine.

Construire sa légitimité : le syndrome de l'imposteur

De nombreux·ses répondant·es ont exprimé un sentiment d'illégitimité ou de doute sur leur capacité à intervenir, phénomène qui peut être rapproché du « syndrome de l'imposteur » (Clance & Imes, 1978). En sachant que la perception qu'une personne a de ses compétences influence son sentiment de compétence (Self-Efficacy and Achievement Behaviors Dale H. Schunk, s. d.), nous pouvons nous questionner sur l'impact de la sur-représentation du genre féminin de notre étude sur le faible sentiment de compétence exprimé par notre échantillon. En effet, l'étude menée par C. Price et al., sur plus de 40 000 personnes à travers le monde, démontre que les femmes occupant des postes de haut niveau sont davantage touchées par le syndrome de l'imposteur que leurs homologues masculins, avec des répercussions élevées dans

les secteurs académiques et de la santé (C. Price et al., 2024).

Un déterminant clé : la formation initiale et continue

L'analyse des réponses au questionnaire met en évidence que les ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie de France présentent une perception mitigée de leurs compétences et de leur formation pour accompagner les personnes atteintes d'endométriose. Si certain·es se sentent relativement à l'aise dans la prise en charge des douleurs chroniques, la majorité des répondant·es rapporte un manque de connaissances spécifiques sur la pathologie, ses répercussions fonctionnelles ainsi que sur les moyens d'intervention adaptés.

Le sentiment de compétence des ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie face à l'endométriose semble influencé par plusieurs facteurs. La formation initiale joue un rôle central : les instituts de formation incluent rarement des modules consacrés à cette pathologie, limitant ainsi les connaissances des professionnel·les en début de carrière. A fortiori, nous avons vu que le sentiment d'efficacité personnelle se construisait grâce au *feedback* et à la reconnaissance (Wisniewski et al., 2020), éléments clés dont les professionnel·les ont manqué au regard de l'endométriose.

La formation continue est un autre facteur déterminant. Les ergothérapeutes ayant suivi des formations spécifiques ou ayant participé à des groupes de travail pluridisciplinaires déclarent un sentiment de compétence accru. Cette observation rejoint les travaux de Mitchel et al., qui mettent en avant l'impact positif de l'apprentissage tout au long de la vie sur le développement des compétences et la qualité des soins (Mitchel et al., 2023). Comme le rappellent Schunk et Pajares (2002), la pratique réflexive et l'actualisation des savoirs permettent de consolider l'auto-efficacité professionnelle. Dans ce sens, il est nécessaire de promouvoir des modules de formation ciblés sur l'endométriose, accessibles en formation initiale comme continue, afin de favoriser l'émergence de pratiques spécifiques et fondées sur des données probantes.

Les données obtenues corroborent également les conclusions de plusieurs travaux qui soulignent un déficit de formation des professionnels de santé sur l'endométriose, en faisant un volet important de la stratégie nationale. Cette dernière prévoit notamment l'implication des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui feront de la formation des professionnel·les de santé un axe de travail majeur ([prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf](#), s. d.). Cependant, bien que la prise en charge interdisciplinaire soit recommandée par l'HAS (Santos et al., 2021), les ergothérapeutes sont rarement intégré·es aux parcours de soins, ce qui peut renforcer leur manque de repères face à cette pathologie.

Un autre levier à mobiliser : le travail interdisciplinaire

Le travail en interdisciplinarité favorise la reconnaissance croisée de l'ergothérapeute dans

les parcours complexes. Boumedian (2012) montre que la coopération entre professionnel·les permet un effet miroir des compétences, renforçant la confiance mutuelle et les capacités d'action. Tel que recommandé par le nouveau Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO), promouvoir des réunions cliniques interprofessionnelles, des projets partagés et des pratiques de coformation pourrait donc bénéficier à l'ensemble des acteur·trices et aux personnes atteintes d'endométriose.

A fortiori, l'expérience clinique et l'exposition aux patient·es atteintes d'endométriose apparaissent comme des moteurs essentiels de renforcement des compétences. Les répondant·es ayant accompagné plusieurs patient·es développent une meilleure compréhension des enjeux liés à la pathologie et adaptent plus aisément leurs interventions. En effet, le sentiment de compétence s'accroît lorsque l'on surmonte et atteint des objectifs (*Self-Efficacy and Achievement Behaviors Dale H. Schunk*, s. d.).

Néanmoins, sans cadre de référence clair, ces adaptations restent empiriques et hétérogènes. En effet, l'absence de protocoles standardisés et de recommandations spécifiques en ergothérapie peut majorer ce sentiment d'insuffisance. Car le sentiment de compétence a également besoin de soutien social, d'un environnement de travail soutenant et de relations interpersonnelles pour se renforcer (*Self-Efficacy and Achievement Behaviors Dale H. Schunk*, s. d.).

V.3. Recommandations

Face à ces constats, plusieurs recommandations peuvent être formulées pour renforcer le sentiment de compétences des ergothérapeutes et futur·es professionnel·les, afin d'améliorer la prise en charge en ergothérapie des patient·es atteint·es d'endométriose:

- **Renforcer la formation initiale** : Intégrer des modules dédiés à l'endométriose au sein de la formation initiale en ergothérapie afin d'apporter des bases solides aux futur·es professionnel·les.
- **Favoriser la formation continue** : Proposer des formations spécifiques accessibles aux ergothérapeutes en exercice, sous forme de webinaires, ateliers pratiques et études de cas.
- **Développer des guides de bonnes pratiques** : Créer des outils et recommandations professionnelles adaptés aux besoins des patient·es, en collaboration avec d'autres spécialistes de l'endométriose et des patient·es expert·es.

- **Intégrer l’ergothérapie dans les parcours de soins pluridisciplinaires** : Encourager le travail en équipe avec les médecins, sage-femmes, kinésithérapeutes, psychologues et autres professionnels impliqués dans la prise en charge de l’endométriose.
- **Sensibiliser les institutions de santé** : Promouvoir la reconnaissance du rôle de l’ergothérapeute dans le suivi des patient·es atteint·es d’endométriose, afin d’accroître leur implication dans les filières de soins spécialisées.

V.4. Apports personnels et projection professionnelle

Dans le cadre de cette dernière année d’ergothérapie, j’ai réalisé un stage pré-professionnel au sein du Centre d’évaluation et de traitement de la douleur du CHU Purpan de Toulouse. Cette expérience m’a démontré que le phénomène de la douleur et ses retentissements profonds sur les activités de la vie quotidienne nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. Dans cette approche holistique, l’ergothérapeute dispose de différents axes et outils pour aider les personnes à retrouver une qualité de vie acceptable malgré la douleur. Par son approche occupationnelle et individualisée, l’ergothérapeute permet de réduire l’impact de la douleur sur la vie quotidienne, de promouvoir l’autonomie et d’améliorer la qualité de vie en restaurant une participation active aux activités significatives de la personne.

J’ai également eu l’opportunité de participer à la première Journée EndOccitanie « Se Former Pour Réagir ». Cette filière de santé régionale pour la prise en charge de l’endométriose a ainsi pu clairement identifier les ergothérapeutes parmi les professionnel·les dédié·es aux soins de supports.

V.5. Points forts de l’étude

Cette recherche présente plusieurs atouts méthodologiques et scientifiques notables. En effet, elle aborde une problématique encore largement invisibilisée dans le champ de l’ergothérapie : la prise en charge des personnes atteintes d’endométriose, pathologie chronique aux retentissements pluriels, souvent sous-estimée dans les formations comme dans la pratique clinique.

L’étude repose sur une méthodologie quantitative solide, avec un échantillon de 100 participant·es, composé majoritairement d’ergothérapeutes diplômé·es, ce qui confère une légitimité et une portée significative aux résultats.

Aussi, cette étude permet de mettre en lumière un déficit important de formation initiale spécifique à l’endométriose, ainsi qu’un vif intérêt pour le développement de compétences en formation continue. Par ailleurs, les résultats soulignent l’existence d’obstacles systémiques –

manque de reconnaissance professionnelle, rareté des ressources adaptées, absence de cadre pluridisciplinaire – qui freinent l'intervention ergothérapique.

Néanmoins, notre enquête révèle également la capacité d'adaptation des professionnel·les via l'autoformation, l'expérience clinique et le transfert de compétences. Ce travail contribue ainsi à positionner l'ergothérapie comme une profession légitime et pertinente dans l'accompagnement des maladies chroniques, en particulier dans la gestion de la douleur, de la fatigue, et dans le soutien à la participation occupationnelle.

Enfin, cette étude constitue une première base nécessaire pour nourrir la réflexion autour de l'intégration de l'endométriose dans les curricula de formation et dans les pratiques professionnelles futures.

V.6. Perspectives envisagées

Afin d'approfondir ces recommandations et de mieux comprendre le rôle de l'ergothérapie dans la prise en charge de l'endométriose, plusieurs axes de recherche peuvent être envisagés :

- **Analyser les besoins des patient·es** : Mener des recherches centrées sur les attentes des patient·es atteint·es d'endométriose afin d'adapter les interventions ergothérapiques.
- **Explorer l'impact des interventions ergothérapiques sur la qualité de vie des patient·es** : Réaliser des études qualitatives et quantitatives pour évaluer les effets des interventions ergothérapiques sur la symptomatologie, les répercussions fonctionnelles et occupationnelles, l'équilibre et la qualité de vie.
- **Comparer les modèles de prise en charge internationaux** : Étudier les pratiques en ergothérapie dans d'autres pays afin d'identifier des modèles efficaces pouvant être appliqués en France.
- **Développer et tester des protocoles d'intervention standardisés** : Concevoir des approches validées scientifiquement pour optimiser la prise en charge ergothérapique de l'endométriose.

Ces perspectives de recherche permettraient de renforcer l'efficacité des interventions et de favoriser une meilleure reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute dans la gestion de l'endométriose.

Conclusion

Ce mémoire s'est attaché à explorer le sentiment de compétence des ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie en France concernant la prise en charge des personnes atteintes d'endométriose. Après avoir dressé un état des lieux de la pathologie, de ses répercussions multiples et de la place potentielle de l'ergothérapie dans la prise en charge de l'endométriose, notre enquête a permis de recueillir les perceptions, les pratiques et les besoins exprimés par les professionnel·les du terrain concernant la prise en charge de l'endométriose.

Ce travail met en lumière un décalage important entre la reconnaissance croissante de l'endométriose comme enjeu de santé publique et l'absence quasi-totale de formation spécifique à ce sujet dans les cursus d'ergothérapie. Il souligne également la motivation forte des professionnel·les à se former et à développer des approches adaptées, témoignant ainsi d'un véritable engagement à soutenir une population trop longtemps invisibilisée.

Sur le plan professionnel, ce mémoire a nourri ma réflexion et renforcé mon sentiment de légitimité à agir auprès des personnes vivant avec une endométriose. Il m'a permis d'affirmer le rôle que peut jouer l'ergothérapie dans la réduction des limitations de participation et l'amélioration de la qualité de vie, dans une approche centrée sur la personne et ses occupations significatives. Il s'inscrit comme un tremplin dans ma future pratique, en m'invitant à intégrer une posture de veille, de formation continue et de plaidoyer pour la santé.

Les résultats de cette étude ouvrent la voie à de nouvelles perspectives, tant en matière de recherche que de pratiques cliniques. Il serait pertinent de prolonger cette enquête à l'échelle européenne, de développer des modules de formation initiale et continue, ou encore de construire des outils d'évaluation et d'intervention spécifiques à l'endométriose en ergothérapie. Ainsi, ce mémoire ne constitue pas une fin, mais un point de départ vers une reconnaissance accrue de l'ergothérapie dans la prise en charge de cette maladie chronique qu'est l'endométriose.

BIBLIOGRAPHIE

- Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. In L'analyse de contenu (p. 296).
- Boumedian, N. (2012). Les enjeux sociaux du travail interdisciplinaire. L'exemple de la prise en charge globale des usagers. *Pensée plurielle*, 30-31(2), 191-206. <https://doi.org/10.3917/pp.030.0191>.
- Bourdell, N., Chauvet, P., & Canis, M. (2018). Stratégies diagnostiques dans l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(3), 209-213. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.008>
- Bourdell, N., Comptour, A., Chauvet, P., & Canis, M. (2020). Douleurs et endométriose. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 21(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.11.001>
- Cara, G. (2023, février 1). ComPaRe Endométriose : Comment améliorer la prise en charge du point de vue des patientes. Salle de presse de l'Inserm. <https://presse.inserm.fr/compare-endometriose-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-du-point-de-vue-des-patientes/66487/>
- Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The impostor phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15(3), 241–247.
- Delorme, R., Blanchette, A., Fortin, D., Yim, É., Constantin, É., & Desrosiers, J. (2019). Validation de l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ÉCEPE)Validation of the Scale of confidence in practising as a professional occupational therapist (SCPPOT) [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V5N1.74>
- Egan, M., & J. Restall, G. (2022). L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle (Ottawa : CAOT Publications ACE).
- Endométriose · Inserm, La science pour la santé. (s. d.). Consulté 20 septembre 2024, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>
- 2012otprofile.pdf. (s. d.). Consulté 9 novembre 2024, à l'adresse <https://caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>
- Genre et santé. (s. d.). Consulté 29 novembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf. (s. d.).

Guiding-Principles-for-Competency-in-Occupational-Therapy_French. (s. d.).

L'avancement de la pratique fondée sur l'occupation : Interpréter la rhétorique. (2012).

Canadian Journal of Occupational Therapy, 79(5), 261263.
<https://doi.org/10.2182/CJOT.2012.79.5.1X>

Leclerc, J.-S., Boudrias, J.-S. et Savoie, A. (2014). La santé psychologique et la performance au travail : des liens longitudinaux bidirectionnels ? Le travail humain, . 77(4), 351-372.
<https://doi.org/10.3917/th.774.0351>.

L'endométriose enfin enseignée aux étudiants en médecine en 2e cycle ! • Association EndoFrance. (s. d.). Association EndoFrance. Consulté 22 novembre 2024, à l'adresse https://endofrance.org/communiqué_de_presse/lendometriose-enfin-enseignee-aux-étudiants-en-médecine-en-2e-cycle/

L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle—CAOT. (s. d.). Consulté 9 novembre 2024, à l'adresse https://caot.ca/site/practices/pr/freeweinars/pop?language=fr_FR&nav=sidebar&banner=4

Les symptômes de l'endométriose • IFEM Endo. (s. d.). IFEM Endo. Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://www.institutendometriose.com/lendometriose/les-symptomes/>

Les traitements de l'endométriose • IFEM Endo. (s. d.). IFEM Endo. Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://www.institutendometriose.com/lendometriose/les-traitements/>

Magnant, S. Construction de la pratique professionnelle et de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en SSR : étude de l'influence de la communication professionnelle et des représentations. Médecine humaine et pathologie. 2022. ffdumas-03694135f

Mignet, G., & Turpain, T. (s. d.). L'OTIPM pour une pratique centrée sur la personne et sur l'occupation.

Morel-Bracq, M.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Delaisse, A.-C., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M.-C. (2022). L'ergothérapie en France. In Urn:isbn:9782807350977. De Boeck Supérieur.

Muszynski, H. (2024). Mieux comprendre l'endométriose. //www.em-premium.com/data/revues/12938505/v73i299/S1293850524000228/.
<https://doi.org/10.1016/j.revinf.2024.01.006>

Normes du Conseil de l'Europe dans les domaines des droits humains et de l'égalité entre les femmes et les hommes—Egalité de genre—Www.coe.int. (s. d.). Egalité de genre. Consulté 29 novembre 2024, à l'adresse <https://www.coe.int/fr/web/genderequality/standards-and-mechanisms>

Occupational Therapy Australia. (2022). Position Statement: Occupational Therapy and Chronic Pain Management. <https://otaus.com.au>

Paul C. Price, Brandi Holcomb, Makayla B. Payne, Gender differences in impostor phenomenon: A meta-analytic review, Current Research in Behavioral Sciences, Volume 7, 2024, 100155, ISSN 2666-5182, <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2024.100155>

Petit, E. (2020). Chapitre 3—Histoire. In E. Petit, D. Lhuillery, J. Loriau, & E. Sauvanet (Éds.), Endométriose (p. 15-20). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76781-4.00003-X>

Prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf. (s. d.).

Programme. (s. d.). ANFE. Consulté 9 novembre 2024, à l'adresse https://anfe.fr/devenir_ergotherapeute/programme/

Projet de loi de modernisation de notre système de santé : Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui. (2023, avril 3). Sénat. <https://www.senat.fr/rap/r14-592/r14-592.html>

Publication : Guiding Principles for Competency in Occupational... | WFOT. (s. d.). Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://wfot.org/resources/guiding-principles-for-competency-in-occupational-therapy>

Qu'est ce que l'ergothérapie. (s. d.). Consulté 20 septembre 2024, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_1_ergotherapie

Rapport_analyse_prospective_2020.pdf. (s. d.). Consulté 29 novembre 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf

Résultats d'une grande enquête sur la vie des femmes souffrant d'endométriose • Association EndoFrance. (s. d.). Association EndoFrance. Consulté 25 octobre 2024, à l'adresse https://endofrance.org/communique_de_presse/resultats-dune-grande-enquete-sur-la-vie-des-femmes-souffrant-dendometriose/

Rondier, M. (2004a). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle : Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. L'Orientation scolaire et professionnelle, 33/3, 475476. <https://doi.org/10.4000/osp.741>

Rondier, M. (2004b). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle : Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. L'Orientation scolaire et professionnelle, 33/3, 475476. <https://doi.org/10.4000/osp.741>

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (s. d.). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being.
- Salle, M., & Vidal, C. (2017). Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? (Belin).
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain research & management*, 2018, 6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Santé, B. (s. d.). MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS.
- Schunk, D. H., & Pajares, F. (2002). The development of academic self-efficacy. In A. Wigfield & J. Eccles (Eds.), *Development of achievement motivation* (pp. 15–31). Academic Press.
- Séances ergothérapie endométriose Rennes. (2023, novembre 9). <https://manonveron-ergotherapeute.fr/endometriose/>
- Self-Efficacy and Achievement Behaviors Dale H. Schunk. (s. d.).
- Self-efficacy : Toward unifying theory of behavioral change.pdf. (s. d.). Consulté 2 novembre 2024, à l'adresse <https://pdf.sciedirectassets.com/>
- Sharon Mitchell, Julien-Carl Phaneuf, Silvia Matilda Astefanei, Sissel Guttormsen, Amy Wolfe, Esther de Groot & Carolin Sehlbach (2023) A Changing Landscape for Lifelong Learning in Health Globally, *Journal of CME*, 12:1, DOI: 10.1080/21614083.2022.2154423
- Singly, F. (2011). *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire*. Paris: Armand Colin
- Soins et traitements de la douleur dû à l'endométriose • IFEM Endo. (s. d.). IFEM Endo. Consulté 10 octobre 2024, à l'adresse <https://www.institutendometriose.com/douleurs-chroniques-et-soins-daccompagnement/douleurs-chroniques/>
- Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. S. (2013). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.pdf. (s. d.). Consulté 9 novembre 2024, à l'adresse <https://vula.uct.ac.za/>
- Therapists, W. F. of O. (2024a, novembre 1). Education (<https://wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT. <https://wfot.org/education>
- Therapists, W. F. of O. (2024b, novembre 1). Homepage (<https://wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT. <https://wfot.org>

Travailler avec l'endométriose • Association EndoFrance. (s. d.). Consulté 16 septembre 2024, à l'adresse <https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/travailler-avec-endometriose/>

Vallerand, R. J. (1997). Toward A Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. In M. P. Zanna (Éd.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 29, p. 271360). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60019-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60019-2)

Vivre avec l'endométriose : Plus de 1 550 femmes en parlent. (2020, juillet 2). <https://www.ipos.com/fr-fr/vivre-avec-lendometriose-plus-de-1-550-femmes-en-parlent>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Williams, A. C. D. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2019). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>

Wisniewski, B., Zierer, K., & Hattie, J. (2020). The Power of Feedback Revisited : A Meta-Analysis of Educational Feedback Research. *Frontiers in Psychology*, 10, 3087. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03087>

Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory of Organizational Management. *The Academy of Management Review*, 14(3), 361. <https://doi.org/10.2307/258173>

Le sentiment de compétence des ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie de France dans la prise en charge des personnes atteintes d'endométriose.

Valérie BURNET, sous la direction du Dr Claire CÉZARD.

Résumé

Introduction L'endométriose est une maladie chronique touchant environ une personne menstruée sur dix. Elle engendre des douleurs, de la fatigue et une altération importante de la qualité de vie. Malgré une meilleure reconnaissance institutionnelle, la place de l'ergothérapie dans sa prise en charge reste marginale. **Objectifs** Ce mémoire vise à évaluer le sentiment de compétence des ergothérapeutes et étudiant·es en ergothérapie en France concernant la prise en charge de cette pathologie, à identifier les freins et leviers à leur implication, et à proposer des pistes d'amélioration. **Méthodologie** Une étude quantitative a été menée via un questionnaire diffusé en ligne, recueillant 100 réponses. Les données ont été analysées de façon descriptive et catégorisée selon la méthode de Bardin. **Résultats** 95 % des répondant·es n'ont reçu aucune formation initiale spécifique sur l'endométriose. Seuls 12 % ont déjà pris en charge des patient·es atteintes, majoritairement via l'autoformation. 75 % estiment ne pas avoir acquis les compétences nécessaires pour accompagner ces patient·es. Les obstacles identifiés incluent le manque de formation, de ressources, de reconnaissance professionnelle, et une stigmatisation persistante de la maladie. **Conclusion** Ce travail met en évidence un besoin urgent de formation et de structuration des pratiques en ergothérapie autour de l'endométriose. Il invite à une meilleure intégration de cette problématique dans les cursus de formation et ouvre des perspectives de recherche, notamment autour de la co-construction d'outils d'intervention adaptés.

Mots clés : Ergothérapie ; Endométriose ; Sentiment de compétence ; Questionnaire ; Formation.

Abstract

Introduction Endometriosis is a chronic disease affecting approximately one in ten menstruating people. It causes pain, fatigue, and a significant reduction in quality of life. Despite greater institutional recognition, the role of occupational therapy in its management remains marginal. **Objectives** This thesis aims to assess the sense of competence of occupational therapists and occupational therapy students in France regarding the management of this condition, to identify barriers and enablers to their involvement, and to suggest avenues for improvement. **Methodology** A quantitative study was conducted via an online questionnaire, collecting 100 responses. The data were analyzed descriptively and categorized according to the Bardin method. **Results** 95% of respondents had not received any specific initial training on endometriosis. Only 12% had already treated patients with endometriosis, mostly through self-training. 75% felt they had not acquired the necessary skills to support these patients. The barriers identified include a lack of training, resources, professional recognition, and persistent stigmatization of the disease. **Conclusion** This study highlights an urgent need for training and structuring occupational therapy practices related to endometriosis. It calls for better integration of this issue into training curricula and opens up avenues for research, particularly around the co-construction of appropriate intervention tools.

Keywords: Occupational therapy; Endometriosis; Sense of competence; Questionnaire; Training.