

**INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE**

LEMAIRE Astrid

**UE 6.5 : Evaluation de la
pratique professionnelle et recherche**

3 juin 2016

**Le piano en ergothérapie : un outil de
rééducation chez les patients
hémiplésiques ?**

REMERCIEMENTS

« Sous la direction de Mme Grisoni, ergothérapeute et formatrice à l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier, maître de mémoire »

Je tiens à remercier Mylène Grisoni de m'avoir suivi dans la réalisation de ce travail, de sa disponibilité, son accompagnement, ses conseils et encouragements.

Je souhaite également remercier les formateurs de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d' Auvergne pour leur accompagnement et leurs réponses à nos questions durant les trois années.

Je remercie les professionnels m'ayant accordé du temps pour les entretiens, afin de réaliser ce travail. Je remercie également le patient ayant bien voulu, lui aussi, participer aux entretiens.

Merci à mes camarades de promotion pour leur soutien dans les moments difficiles, leurs sourires et les souvenirs partagés durant ces trois années.

Et enfin, j'adresse les remerciements à mes proches qui m'ont soutenu et encouragé durant la formation et la réalisation de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION	2
1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE	3
1.1.L'accident vasculaire cérébral	5
1.2.L'ergothérapie dans la rééducation post AVC	9
1.3.La musique dans le domaine de la rééducation post AVC	15
2. PROBLEMATIQUE THEORIQUE	20
2.1.Processus de Production	20
2.2.Autonomie et Indépendance	23
2.3.Théories des apprentissages	26
3. METHODOLOGIE	31
3.1.Choix de la méthode	31
3.2.Choix de la population	31
3.3.Outil de l'enquête	32
4. RESULTATS	34
4.1.Présentation des personnes interrogées	34
4.2.Analyse à plat des résultats	36
4.3.Analyse transversale des résultats	42
5. DISCUSSION	48
5.1.Analyse des résultats par rapports aux éléments théoriques	48
5.2.Réponse à la question de recherche	53
5.3.Analyse réflexive	55
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	59
SITOGRAFIE	61
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de handicap et la troisième cause de mortalité dans le monde. L'incidence augmente. Nous sommes amenés à rencontrer de plus en plus cette pathologie dans les métiers de la rééducation.

Durant un stage dans un centre de médecine physique et réadaptation, une patiente anciennement musicienne s'est livrée sur le regret de ne plus pouvoir faire de musique, en raison de sa situation de handicap. Des idées d'adaptations avaient déjà été pensées et réalisées pour qu'elle puisse rejouer. Mais cela n'a pas été concluant.

Etant musicienne, ce témoignage m'a touchée et par la suite, j'ai essayé de retrouver des solutions, cela a été compliqué et aucune solution n'a pu être mise en place.

C'est donc à partir de ce moment que je me suis questionnée sur la réalisation d'une activité musicale pour les patients musiciens ayant eu un AVC, car il est souvent difficile de renoncer à la musique lorsque c'est une activité souvent réalisée.

Cette situation a donc induit ma question d'étude : **Pourquoi et comment une activité musicale pourrait être amenée en ergothérapie chez les patients hémiplésiques ?**

Dans un premier temps à travers la problématique pratique, je réaliserai un état des connaissances grâce à des recherches bibliographiques. Celui-ci me permettra d'élaborer une question de recherche. Je choisirai et détaillerai ensuite des modèles conceptuels et théoriques pour garder un cadre scientifique à l'étude et qui me permettront d'élaborer un outil de recherche pour répondre à ma question de recherche. Après avoir défini la méthodologie choisie, j'analyserai les résultats obtenus pour apporter des éléments de réponse à ma question de recherche. Je terminerai par une analyse réflexive incluant les critiques, les points forts et les perspectives de travail suite à ce travail.

1. Problématique pratique

1.1. L'accident vasculaire cérébral

1.1.1. Généralités

« Un accident vasculaire cérébral (AVC) ou attaque cérébrale, est une défaillance de la circulation du sang qui affecte une région plus ou moins importante du cerveau. Il survient à la suite de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau sanguin et provoque la mort des cellules nerveuses, qui sont privées d'oxygène et des éléments nutritifs essentiels à leurs fonctions. La gravité des séquelles dépend de la région du cerveau atteinte et des fonctions qu'elle contrôle. Plus la région privée d'oxygène est grande, plus les séquelles risquent d'être importantes. ». (Passeport Santé, 2014)

« Les AVC représentent la troisième cause de mortalité (10 % des causes de décès) et la première cause de handicap non traumatique de l'adulte dans les pays industrialisés. L'incidence en France est de 130 000 cas par an, à l'origine de 40 000 décès et de handicaps lourds pour 30 000 patients. ». (Haute Autorité de Santé, 2007). Aujourd'hui, en 2015, l'incidence est passée à 155 000 AVC par an, ce qui devient un problème de santé publique majeur. (Accident vasculaire cérébral - tout ce que vous devez savoir, s.d.) 25% des accidents vasculaires surviennent chez les personnes ayant moins de 65 ans et 50% chez les personnes de plus de 75 ans. (Haute Autorité de Santé, 2007)

Il existe deux types d'AVC :

1. La thrombose cérébrale et l'embolie cérébrale « sont causées par le blocage d'une artère cérébrale ». On parle d'accident ischémique et « représentent 80 % des AVC ». La thrombose cérébrale, dans les années 2000, « représente 40 à 50 % des cas » et se produit par la formation d'un caillot de sang « dans une artère cérébrale sur une plaque de lipides ». L'embolie cérébrale représente 30 % des cas. Un caillot de sang bloque l'artère cérébrale mais celui s'est produit ailleurs. Il a été transporté par la circulation sanguine.
2. L'hémorragie cérébrale représente les 20 derniers %. « C'est la forme d'AVC la plus grave » et « est causée par une hypertension » chronique ou par la « rupture d'une artère du cerveau ». (Passeport Santé, 2014) Il se peut qu'une artère soit obstruée temporairement et que la résorption se fasse naturellement, sans séquelles.

C'est un accident ischémique transitoire et un signal sérieux car « *il peut-être suivi d'une attaque cérébrale plus grave* » les prochains jours. (Passeport Santé, 2014)

Les facteurs de risques d'AVC sont multiples. Les deux principaux sont l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Ces deux phénomènes affaiblissent les vaisseaux sanguins. Les autres facteurs sont le tabac, la présence de troubles cardiaques, l'obésité, une mauvaise alimentation, la présence de diabète, l'absence d'activité physique, le stress, la prise excessive d'alcool ou drogue, la contraception orale, l'hormonothérapie à la ménopause, sujet à migraine, à l'apnée du sommeil (...). Ces facteurs de risques sont contrôlables, tandis que d'autres non, comme l'âge et le sexe. Les AVC sont plus fréquents chez les personnes de plus de 65 ans. « *Les hommes âgés de plus de 45 ans et les femmes de plus de 55 ans ou ménopausées courent davantage de risques de problèmes cardiaques et donc la survenue d'AVC.* » Les antécédents familiaux et les origines ethniques peuvent également influencer le risque. (Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, 2013)

L'accumulation de plusieurs facteurs augmente le risque de survenue d'un AVC.

L'AVC est une urgence neurologique. La prise en charge doit se faire au plus vite dès la survenue des premiers symptômes afin de minimiser les conséquences et le risque de décès. Dès le début de l'hospitalisation, des bilans sont nécessaires pour évaluer les déficiences acquises et ainsi fixer des objectifs de rééducation. De nombreuses déficiences suites à un AVC sont repérées et pouvant être à différents degrés d'atteinte suivant la gravité et la localisation de l'accident.

1.1.2. Les déficiences et la situation de handicap

D'après les travaux de Philippe Wood, entre 1975 et 1980, une déficience est une « *perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ». Elle « *représente la traduction d'un état pathologique sur l'organe* ». (PENNECOT & CHABROL, s.d.)

1.1.2.1. Les déficiences :

Les déficiences que peut avoir une personne ayant fait un AVC sont dépendantes de la zone du cerveau touchée. Une lésion hémisphérique entraînera une hémiplégié controlatérale. Un patient faisant un AVC dans l'hémisphère droit du cerveau aura une hémiplégié gauche. Ses fonctions motrices seront altérées au niveau de son hémicorps gauche et pourra présenter d'autres déficiences correspondant aux zones touchées. Pour un

AVC au niveau de l'hémisphère gauche, l'hémiplégie sera à droite. (MAILHAN, CANTALLOUBE, & MONTEIL, 2003)

Pour la suite de ce travail, j'emploierai les termes « patient hémiplégique » pour évoquer les personnes ayant fait un AVC.

L'hémiplégie motrice est la déficience la plus courante chez un patient ayant fait un AVC. On la définit comme « *une perte plus ou moins totale de la motricité volontaire dans une moitié du corps* ». On observe alors une perte ou diminution de la commande volontaire avec les extrémités des membres les plus souvent touchées ainsi qu'un trouble du tonus musculaire, c'est-à-dire une hypertonie spastique. (MAILHAN, CANTALLOUBE, & MONTEIL, 2003)

Chez l'être humain, le membre supérieur est un organe très symbolique dans la vie quotidienne. Ce membre, et la main particulièrement, exécute ce que le cerveau pense. Elle a « *le rôle du toucher, du parler, du son ou de la vue* » ; « *la main établit le contact* ». (Matière Esprit Science, s.d.) Chez une personne saine, la main est un élément nécessaire dans la vie quotidienne et sociale. La diminution ou la perte de motricité du membre supérieur hémiplégique entraînera des conséquences dans les activités de la vie quotidienne ainsi que sur le plan psychologique et social du patient.

L'hémiplégie motrice se distingue en 2 phases :

1. L'hémiplégie flasque caractérisée par l'hypotonie, la perte de la force musculaire et les réflexes tendineux.
2. L'hémiplégie spasmodique correspond à « *l'évolution habituelle des hémiplégies flasques* ». Le tonus musculaire réapparaît partiellement ainsi que les réflexes tendineux (Université de Rennes 2, s.d.).

Un patient peut aussi être atteint de troubles sensitifs : hypoesthésie, hyperesthésie, anesthésie (...); ils peuvent avoir une conséquence majeure sur la fonction gestuelle et manuelle, sur l'équilibre et la marche. L'hémianopsie latérale homonyme est un trouble du champ visuel correspondant à une perte du champ de vision de chaque côté des deux yeux. Le patient est conscient de son trouble. L'héminégligence, quant à elle, est un trouble attentionnel correspondant à la négligence de tout un côté du champ visuo-spatial avec une anosognosie. L'héminégligence est principalement repérée lors des lésions de l'hémisphère droit.

Des déficiences cognitives existent, mais sont différentes si l'hémiplégie est droite ou gauche. Avec une hémiplégie droite, on repère un trouble du langage, nommé aphasie. L'aphasie sera différente selon l'aire du langage touchée dans l'hémisphère gauche du cerveau. La parole permet la communication, la création du lien social et l'insertion dans un groupe. L'aphasie est donc considérée comme un handicap psychosocial trop souvent sous estimé. De plus, on retrouve une apraxie et des troubles d'organisation gestuelle : le mécanisme d'élaboration du geste est affecté.

Sur le plan des fonctions cognitives, nous pouvons également retrouver des troubles de la mémoire, des troubles des fonctions exécutives, du schéma corporel, du calcul, des troubles visuo-spatiaux, de planification (...) suivant la localisation de l'AVC.

Avec une hémiplégie gauche, nous pouvons observer une déficience à la reconnaissance et l'exploration de l'espace extra corporel et corporel. Il est impossible pour le patient de « *rendre compte, de réagir et de s'orienter dans l'hémi espace controlatéral à une lésion cérébrale* ». C'est l'héminégligence, déjà évoquée. Ce trouble ne touche pas seulement les capacités visuelles. Les troubles se retrouvent également aux niveaux auditif, tactile et olfactif. Chez les patients hémiplégiques gauches, 15 à 20% d'entre eux présentent des troubles de la mémoire.

Des troubles de l'affect et de l'humeur sont « *recherchés et dépistés des les Iers jours* » post AVC car ceux-ci peuvent retarder le traitement. Environ 40 % des patients présenteront une dépression post AVC. Les symptômes sont similaires à une dépression normale. Il existe deux causes. La première est organique et en rapport avec les modifications lésionnelles. La deuxième serait en lien avec « *la prise de conscience des incapacités et du handicap* ».

Suivant la gravité de l'accident vasculaire cérébral, le patient peut avoir des troubles de la déglutition, vésicosphinctériens, du transit intestinal. (DAVIET, et al., 2002)

1.1.2.2. La situation de handicap:

Du fait des déficiences, les activités de la vie quotidienne (AVQ) peuvent être perturbées. Le patient peut ressentir des gênes par rapport aux déficiences motrices. Si les fonctions cognitives sont atteintes, les AVQ peuvent être perturbées au niveau de la planification des tâches, des gestes à effectuer (...).

Le patient se retrouve en situation de handicap, avec des incapacités dans la vie quotidienne. Selon les travaux de Philippe Wood, entre 1975 et 1980, une incapacité est une « *réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale, ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain* ». L'incapacité ne concerne pas « *l'organe mais la personne dans ses différentes fonctions (se lever, marcher, courir, communiquer...)* ». Mais, « *toute déficience n'entraîne pas forcément d'incapacité, par exemple si elle est bien compensée par un appareillage, orthèse...* ». (PENNECOT & CHABROL, s.d.)

La situation de handicap est à des degrés différents suivant la sévérité de l'AVC mais aussi en lien avec la récupération, grâce à la rééducation.

Dans le cadre du mémoire, je fais le choix de m'intéresser seulement aux AVC léger et modéré. Après un AVC sévère, les incapacités s'avèrent très importantes. Les capacités motrices et cognitives peuvent être diminuées considérablement. Et pour l'activité piano, le niveau minimum de capacités requises n'est souvent pas atteint chez les patients qui ont eu ce type d'AVC.

Lorsqu'il y a la présence de situation de handicap, l'autonomie et l'indépendance de la personne peuvent être altérées. L'autonomie est la capacité qu'a un individu à penser les actes tandis que l'indépendance est la capacité de les réaliser seul. Un patient hémiplegique dépendant est un patient qui aurait la nécessité d'une tierce personne pour les AVQ, par exemple. Cette dépendance peut s'atténuer voir disparaître grâce à l'évolution de la maladie mais aussi grâce à la rééducation. Concernant l'autonomie, elle pourrait être diminuée en raison des déficiences cognitives. L'autonomie et l'indépendance évoluent tout au long de la vie d'un individu.

A la vue de toutes ces déficiences, une prise en charge est nécessaire en rééducation pour permettre à la personne de récupérer un maximum de capacités motrices et cognitives, d'autonomie et d'indépendance, de permettre une réinsertion dans un milieu adapté personnel et professionnel(...).

1.1.3. La rééducation en général, post AVC

La rééducation se ferait en plusieurs temps avec différents objectifs propres à chaque professionnel. Il faut savoir que trois périodes sont distinguées après un AVC :

- La phase aiguë, jusqu'au 14^{ème} jour après l'AVC.

- La phase subaiguë, entre le 14^{ème} jour et le 6^{ème} mois après l'AVC.
- Et la phase chronique, après 6 mois suite à l'AVC. (Haute autorité de santé, 2012)

La rééducation, motrice par exemple, sera présente essentiellement à partir de la phase subaiguë, quand l'hémiplégie devient spasmodique. Durant la phase flasque, la mobilisation passive des membres est essentielle mais le patient est très peu acteur de la rééducation.

Cette rééducation peut se faire dans différents lieux. Certains patients seront accueillis en hôpital de jour, d'autres en service de soins de suite et réadaptation dans un centre hospitalier ou en centre de rééducation fonctionnelle. Une équipe pluridisciplinaire prendra en charge les patients suivant leurs déficiences. Cette équipe peut être composée d'un médecin rééducateur, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de professeurs d'activités physiques adaptées, d'infirmiers diplômés d'état, d'assistant social, psychologues et neuropsychologues (...).

Chacun d'entre eux élabore des objectifs propres au patient. En kinésithérapie, les objectifs seront la récupération des fonctions motrices altérées, sous la prescription du médecin rééducateur. (Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs, 2015) Le kinésithérapeute réduquera la marche, proposera des exercices pour maintenir et améliorer les capacités musculaires (...). L'orthophoniste est un professionnel réduquant les troubles du langage écrit et parlé (Ooreka, s.d.). Le professeur d'activité physique adaptée a pour objectif de ré entraîner le patient à l'effort grâce à un parcours adapté, de montrer des étirements réalisables seul en sécurité, un travail proprioceptif (...). (Fédération nationale profession sport et loisirs, s.d.) Le neuropsychologue s'intéressera principalement à la rééducation des fonctions cognitives. Ces professionnels de santé sont prescrits par le médecin quand celui-ci en juge le besoin pour le patient. Une fois les objectifs posés, la rééducation peut débuter en utilisant les moyens de chaque professionnel. Les objectifs peuvent être réajustés en fonction du temps et de la récupération du patient.

Concernant les infirmiers diplômés d'état, leur rôle est d'assurer les soins infirmiers propres à chaque patient.

Nous allons nous intéresser au métier d'ergothérapeute et ce qu'il peut apporter dans une prise en charge d'un patient hémiplégique.

1.2. L'ergothérapie dans la rééducation post AVC

1.2.1. Définition de l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapeute est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. Il est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. L'ergothérapeute peut trouver des solutions pour relever le défi du quotidien, faire disparaître les barrières et permettre d'agir, de retrouver un rôle social.* » (ANFE, 2016)

Pour une personne hémiplegique, « *l'ergothérapeute est un membre important dans l'équipe de réadaptation* ». Il l'est aussi pour la rééducation. « *L'ergothérapeute commence son suivi en évaluant les limitations de la personne, ses habiletés, ses intérêts et son niveau d'autonomie dans la réalisation de ses activités quotidiennes* ». A la suite, la récupération motrice maximale des fonctions lésées est nécessaire afin de réaliser les activités. L'ergothérapeute pourra proposer des techniques de compensations, voire des aides techniques. Pour un éventuel retour à domicile, il est souvent sollicité pour évaluer le domicile et ainsi recommander des aménagements. Et enfin, il est présent pour accompagner le retour à la vie professionnelle, renseigner sur la conduite adaptée, renseigner les familles (...). (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009)

Avant de commencer la rééducation analytique, des bilans doivent être faits pour situer les capacités du patient

1.2.2. Evaluations et bilans en ergothérapie

La rééducation post AVC est essentielle. Elle a pour but de stimuler les processus de plasticité cérébrale, prévenir et réduire les complications secondaires et d'acquérir la meilleure autonomie pour le patient. La rééducation débute par les bilans, au niveau moteur, fonctionnel et cognitif. Ces derniers pourront être réalisés à nouveau pendant la phase de rééducation afin d'observer l'évolution et de modifier éventuellement les objectifs.

Pour commencer, l'entretien patient-thérapeute est indispensable quand le patient est apte à communiquer. Il permet de faire les présentations mais aussi de discuter sur le projet du patient et ses attentes.

Pour chaque déficience il existe une ou plusieurs évaluations.

Tout d'abord la spasticité. L'évaluation est la seule possibilité de quantifier l'hyperactivité musculaire. Elle peut être mesurée par l'échelle d'Aschworth modifiée mais n'est pas validée chez l'hémiplégie. Il existe aussi l'échelle Tardieu. En parallèle, un bilan actif et passif de la mobilité articulaire est effectué pour connaître les limitations articulaires du patient.

Pour savoir s'il y a un déficit de sensibilité superficielle, il existe plusieurs moyens. On répertorie le test de discrimination des deux points, le test des mono filaments, l'identification d'objets par manipulation. Ces tests sont réalisés à l'aveugle car le but des deux premiers est de dire si le patient ressent quelque chose et la localisation. Pour la sensibilité profonde, nous pouvons demander au patient de rechercher la position des grandes articulations, toujours les yeux fermés.

Concernant l'aphasie, nous pouvons repérer les déficits durant une conversation mais c'est l'orthophoniste principalement qui évaluera et bilantera les capacités du patient. Pour évaluer l'héminégligence spatiale unilatérale, il existe des bilans en ergothérapie comme la BEN « *batterie d'évaluation de négligence unilatérale* ». Il s'agit de passer des épreuves visuographiques et visuoperceptives ; pour un meilleur dépistage, plusieurs tests doivent être réalisés. (DAVIET, et al., 2002) (YELNIK, BONAN, SIMON, & GELLEZ-LEMAN, 2008)

Les fonctions cognitives sont également évaluées par l'intermédiaire de bilans ou d'exercices. On peut citer par exemple l'Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (E.R.F.C). Ces observations sont souvent complétées et approfondies par un neuropsychologue.

Il existe de nombreux tests pour observer et évaluer les capacités fonctionnelles des membres supérieurs. Nous trouvons le Jebsen Test faisant référence aux gestes de la vie quotidienne, le Nine Hole Peg, le Box and Blocks Test, le bilan 400 points, le Perdue Pegboard, l'aire du July (...). Tous ces tests, mis à part le dernier, sont chronométrés. L'autonomie et l'indépendance peuvent être évaluées à travers de nombreux bilans, dont l'indice de Barthel et la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF). L'indice de Barthel est un bilan validé chez le patient hémiplégique. C'est une échelle fonctionnelle qui côtoie

l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne sur 100 points. Il répertorie 10 rubriques : l'alimentation, le bain, la continence rectale et urinaire, les déplacements, les escaliers, l'habillage, les soins personnels, l'usage des WC et les transferts du lit au fauteuil. La MIF comporte 18 rubriques notées chacune sur 7, avec une cotation de 1 à 7. Pour un retour à domicile envisageable, certains professionnels estiment qu'il faut un minimum de 72 points sur un total de 126. (GELLEZ-LEMAN, COLLE, BONAN, BRADAI, & YELNIK, 2005)

Les bilans concernant les membres inférieurs, l'équilibre (...) seront principalement réalisés par les kinésithérapeutes et médecins.

1.2.3. Prise en charge en ergothérapie

On observe trois phases dans la prise en charge : la rééducation, la réadaptation et la réinsertion.

Mais tout d'abord, en phase initiale, il est nécessaire de « *dépister, prévenir et traiter* » les complications (escarres, attitudes vicieuses, complications musculotendineuses...). Pour cela, il existe des règles de bonne installation du patient au lit selon l'hémiplégie, avec écharpes, coussins (...). Il faut également prévenir les douleurs d'épaules, qui sont fréquentes chez les hémiplégies ainsi que les syndromes douloureux régionaux complexes. (YELNIK, BONAN, SIMON, & GELLEZ-LEMAN, 2008)

Une fois l'état du patient stabilisé, la prise en charge en ergothérapie peut être débutée. Après avoir fixé des objectifs de rééducation, l'ergothérapeute peut développer une multitude de moyens. Les méthodes et modes de rééducation peuvent se dérouler en individuel ou en groupe, suivant les projets.

Avant tout, il faut définir la plasticité cérébrale, phénomène important dans la rééducation motrice d'un patient hémiplégique. Le cerveau possède des circuits nerveux, qui servent en partie à apprendre. « *Ces circuits sont constitués d'un certain nombre de cellules nerveuses (ou neurones) qui communiquent entre elles par des jonctions particulières appelées synapses* ». Ce sont ces dernières qui voient leurs capacités augmenter lors d'apprentissage. Pour apprendre, nous répétons plusieurs fois, ce qui provoque la sélection de circuits spécifiques et leurs connexions. « *C'est cette nouvelle association entre certains neurones qui formera le souvenir* ». (Université Mc Gill, s.d.) .

Pour un patient qui doit réapprendre un geste, c'est ce phénomène qui se produit. Ce phénomène se produira en partie chez le patient hémiparétique, et sera entraîné en partie par la rééducation.

Tout d'abord pour la rééducation de la motricité, selon l'HAS, « *la rééducation motrice de l'AVC est définie comme l'application de méthodes thérapeutiques pratiquées manuellement ou à l'aide d'instruments dont l'objet est la prévention secondaire, la conservation, le rétablissement, l'optimisation ou la suppléance des troubles de la fonction motrice consécutifs à un accident vasculaire cérébral avéré* ». « *La récupération fonctionnelle du cerveau est améliorée par un traitement rééducatif actif et des programmes répétitifs et spécifiques impliquant les régions atteintes* » permettant « *d'obtenir une récupération plus rapide et plus complète des fonctions lésées* ». (Haute Autorité de Santé, 2012)

L'évolution et la récupération se fait selon la sévérité de l'atteinte. Elle pourra être globale, par groupe musculaire ou par fonction (flexion, extension...).

Nous repérons tout d'abord la rééducation manuelle individuelle. Elle « *fait référence à l'application des techniques classiques de mobilisations passives et actives réalisées par un rééducateur en tête à tête avec le patient* » et « *permet d'apporter des réponses spécifiques aux situations pathologiques propres à chaque patient* ». « *Elle doit être spécifique à chaque cas et être modifiée en fonction de l'évolution de l'état neurologique et fonctionnel* ». (Haute Autorité de Santé, 2012) L'ergothérapeute peut, par exemple, travailler les préhensions en proposant un exercice avec une ou plusieurs tâches précises, ayant un sens pour le patient. Ces tâches devront être répétées pour établir un système d'apprentissage et favoriser la plasticité cérébrale. Le thérapeute doit être vigilant à éviter l'exclusion du membre hémiparétique lors des activités bi manuelles ou dans les activités de la vie quotidienne. (YELNIK, BONAN, SIMON, & GELLEZ-LEMAN, 2008)

L'ergothérapeute a pour but d'aider le patient à retrouver une gestuelle fonctionnelle, de l'aider à trouver des moyens de compensations (...) à travers des activités concrètes.

Nous pouvons retrouver plusieurs méthodes de rééducation nommées, s'ajoutant à la rééducation traditionnelle comme la méthode Bobath. C'est une des méthodes les plus célèbres. Selon Michèle Gerber, c'est une approche neuro-thérapeutique d'évaluation et de

traitement basée sur la résolution de situations fonctionnelles problématiques... Le but est d'optimiser la fonction, par conséquent l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie, en améliorant le contrôle postural et les mouvements sélectifs ». (Service d'ergothérapie CHUV Lausanne, 2009)

« *Le thérapeute cherchera donc à normaliser le tonus par inhibition de la spasticité et à obtenir des schémas moteurs normaux par facilitations en utilisant une méthode manuelle* ». (BABOT & SAN SEBASTIAN, 2007)

C'est une méthode particulièrement utilisée pour les patients avec une lésion du système nerveux central. L'AVC en est une.

Il existe également la thérapie par contrainte induite, Perfetti, ou encore la thérapie miroir (...).

Selon l'HAS, la contrainte induite « *consiste à limiter ou empêcher l'activité du membre supérieur sain afin de susciter l'activité du membre atteint par la répétition intensive de tâches spécifiques et/ou fonctionnelles* ». « *Les objectifs sont de limiter l'usage du membre supérieur sain afin de faciliter la récupération du membre supérieur atteint, par la répétition de tâches. La méthode s'applique pendant 14 jours* ». « *Le membre supérieur non atteint est immobilisé 90 % du temps d'éveil pour faire travailler le membre parétique. L'usage du membre parétique est donc forcé pendant l'immobilisation.* ». Cette méthode est conseillée en phase chronique, post AVC. (Haute Autorité de Santé, 2012)

La méthode Perfetti utilise des processus cognitifs tel que l'attention, la mémoire, la perception... pour récupérer les fonctions motrices. Dans cette méthode « *le mouvement est considéré comme le moyen fondamental dont dispose notre organisme pour percevoir le monde qui nous environne. Il se manifeste sous la forme d'un comportement adapté à une situation* ». (Haute Autorité de Santé, 2012)

La thérapie miroir, ou thérapie par rétroaction visuelle modifiée, selon l'HAS en 2012, amène à une « *représentation inversée de la main saine* ». « *Par ce système de miroir, la personne a une vision de sa main saine simulant la présence de sa main parétique* ». Les effets bénéfiques de cette technique de rééducation se retrouvent au niveau de la commande motrice, de la proprioception consciente, et de l'héminégligence. Le patient doit effectuer la fonction demandée avec les deux membres, tout en observant continuellement le reflet dans le miroir. (Haute Autorité de Santé, 2012)

Des activités manuelles et créatives peuvent être menées lors de la rééducation. Nous retrouvons souvent la vannerie, la peinture sur soie (...). Il est possible d'adapter les ustensiles utilisés pour compenser et pratiquer l'activité.

D'autres activités, comme la musique, sont culturelles mais sont aussi manuelles par le biais de manipulation d'instrument. Les activités manuelles en rééducation peuvent être proposées individuellement ou collectivement pour favoriser la socialisation.

Je me suis principalement intéressée à la récupération motrice mais l'ergothérapeute intervient également à la récupération des fonctions cognitives par l'intermédiaire d'exercices sur feuille, multimédia, avec des jeux de société ou autres. Concernant la négligence spatiale, l'ergothérapeute entraînera le patient à l'exploration visuelle, comme repérer tel objet sur une feuille. Il peut aussi mettre un indigage visuel à gauche pour inciter le patient à regarder. (YELNIK, BONAN, SIMON, & GELLEZ-LEMAN, 2008)

Pour l'aphasie, c'est avec l'orthophoniste que le patient travaillera mais l'ergothérapeute peut également intervenir.

L'objectif de la rééducation est de faire retrouver un maximum d'autonomie et d'indépendance pour la vie future du patient, que ce soit au domicile ou en établissement. L'ergothérapeute joue un rôle fondamental dans la préparation de cette sortie. L'équipe pluridisciplinaire est également très sollicitée sur cette démarche.

Pendant la rééducation du patient, l'ergothérapeute va évaluer, entraîner (...) le patient aux gestes de la vie quotidienne afin qu'il ait un maximum d'autonomie et d'indépendance. L'ergothérapeute tentera d'adapter les capacités techniques du patient à travers des moyens de compensations, des aides techniques, des nouvelles façons de faire (...). Il peut également proposer des activités de mises en situations, comme la cuisine thérapeutique, pour évaluer et orienter vers des moyens de compensation.

Les aides techniques sont conseillées par les thérapeutes ou demandées par le patient. Elles servent à augmenter le niveau d'indépendance, la sécurité et le confort. Le thérapeute ne doit pas obliger la personne à utiliser ces aides. Le patient reste libre de les essayer mais en aucun cas être forcé. Et enfin, l'ergothérapeute peut être amené à faire des visites à domicile. Si un retour à domicile est prévu dans un lieu inadapté aux situations de handicap résiduelles du patient, le thérapeute peut venir évaluer et proposer des aménagements avec son consentement et celui de sa famille. (DAVIET, et al., 2002)

La prise en charge en ergothérapie d'un patient hémiparétique est très diversifiée et a un rôle fondamental dans la rééducation, réadaptation et réinsertion.

Et maintenant, qu'en est-il de la place de la musique dans la rééducation ?

1.3. La musique dans le domaine de la rééducation post-AVC

1.3.1. Influence de la musique sur le cerveau

L'influence de la musique est reconnue et utilisée depuis toujours. Le musicothérapeute est un professionnel formé et diplômé qui utilise la musique comme thérapie pour la détente, relaxation, stimulation (...). On ne parlera pas de musicothérapie pendant une séance d'ergothérapie avec une activité musicale. (LECOURT, 2011) (LECOURT, musicothérapie: Une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique, 2005)

La musique engage de nombreuses zones sur le cerveau impliquées dans l'émotion, la motivation, la cognition, et les fonctions motrices.

L'écoute et l'activité musicale sont des éléments importants pour modifier et adapter les réseaux multi sensoriels. Selon Altenmüller et Schlaug, en 2013, « *c'est un moteur de la plasticité cérébrale* ». La musique permet d'écouter, de regarder, de sentir, peut amener à déplacer et coordonner, la mémoire (...). Elle amène souvent à des « *émotions fortes comme la joie, le bonheur, la tristesse en allant jusqu'aux larmes parfois* ». De plus, le cerveau est un organe dynamique qui change et s'adapte en fonction des activités et des exigences de l'environnement. (ALTENMÜLLER & SCHLAUG, 2015)

Des études démontrent la pertinence de l'intervention musicale pour améliorer les fonctions neuro-motrices, cognitives, la socialisation et l'humeur de la personne.

1.3.2. Etudes musicales réalisées chez les patients ayant fait un AVC

Plusieurs études musicales ont été réalisées sur des patients ayant fait un AVC mais le nombre reste insuffisant. Il serait intéressant de voir si celles-ci se montrent positives ou non chez le patient.

Globalement, la première a regroupé 9 études pour évaluer les effets de la musique : 4 basées sur l'approche relationnelle, 3 sur l'écoute et 2 sur l'approche de la réadaptation. Toutes les études ont montré des effets positifs sur l'humeur des patients.

Schneider et al, professeurs en neurologie, dans la musique (...), ont proposé une étude « Music-supported moteur », en 2010. Celle-ci consiste à jouer de la musique sur un piano avec le membre supérieur hémiplégié pour essayer de retrouver une motricité fine. L'étude est réalisée sur des patients environ vingt semaines après l'AVC. Les résultats montrent qu'ils regagnent plus rapidement leurs capacités motrices et leur motricité fine. Dans cette étude, l'écoute de la musique améliore aussi les fonctions cognitives au niveau de la mémoire verbale et sur l'attention. (ALTENMÜLLER & SCHLAUG, 2015)

La stimulation rythmique auditive (SRA) est une activité retrouvée dans le domaine de la rééducation. Elle consiste en « *une indication temporelle de mouvement par des marqueurs sonores. Un son indique un instant précis de la séquence d'un geste volontaire* ». Les chercheurs disent qu'il existe une interaction entre l'homme et son environnement, « *l'homme recherche des informations extérieures pour modifier son comportement et adapter son mouvement* ». Suite à un AVC, les centres nerveux intervenants dans les activités rythmiques sont moins performants. La SRA pourrait alors permettre une meilleure coordination des événements moteurs et favoriser la récupération motrice. Il est prouvé par ailleurs que la coordination rythmique est moins régulière chez le membre hémiplégié que le membre sain, lui-même moins régulier que chez une personne saine. Une première étude à partir d'une SRA a été menée par Whitall et al., professeure en sciences de réadaptation à Baltimore, en 2000, avec des patients hémiplégiés sans troubles cognitifs. Le patient doit pouvoir bouger son membre supérieur contre la pesanteur. Pour cette étude, ils utilisent le BATRAC (Bilateral arm training with rhythmic auditory cueing). C'est un appareil qui permet la « *mobilisation bilatérale active-aidée avec des indices auditifs rythmiques* ». Après six semaines de rééducation bilatérale, l'amélioration perdure deux mois après l'arrêt de la rééducation. Cette SRA oblige à répéter des mouvements avec une fréquence constante, cela permet la concentration et l'autocorrection. Luft et al, professeurs en neurologie et neuro réhabilitation, en 2004, ont repris le BATRAC pour une deuxième étude. Ils ont proposé cette méthode à un groupe et une méthode habituelle de rééducation à un second groupe. Il s'avère que le groupe BATRAC obtient de meilleurs résultats au niveau de la fonction

motricité. Richards et al se sont aperçus que ces méthodes montraient de meilleurs résultats niveau moteur chez les patients qui ont une atteinte plus importante.

La SRA a aussi des effets bénéfiques sur les fonctions cognitives. Les troubles cognitifs peuvent être des obstacles dans la rééducation. Särkämö et al., en 2008, ont mené une étude avec un groupe contrôle et un groupe qui devait écouter de la musique au moins une heure par jour, pendant deux mois. Le deuxième groupe est amélioré au niveau de sa mémoire verbale et de sa mémoire à court terme.

Mais actuellement, la SRA ne peut être placée au même niveau que les techniques de rééducation comme la contrainte induite. La technique SRA est récente, « *ne s'applique qu'à partir d'un niveau de récupération suffisant et ne permet pas une rééducation globale de toutes les fonctions* ». En revanche, elle est facile d'utilisation, et a un coût faible. (WORMSER, SCANFF, TORTI, BREMONT, & CARPEZA, 2011)

Le nombre d'études reste faible mais toutes montrent généralement une amélioration de l'humeur, de la motricité des membres supérieurs (...).

Cela nous encourage à utiliser des activités musicales en ergothérapie pour les patients hémiplegiques.

1.3.3. Adaptations possibles d'activités musicales en ergothérapie

Les études précédentes ont montré que les activités musicales rythmiques ont des effets bénéfiques sur les fonctions motrices des membres supérieurs. Elles peuvent alors être inventées, modifiées, adaptées suivant les pathologies et capacités des patients.

Si le pôle de rééducation est doté d'instruments de musique, de simples activités motrices et rythmiques peuvent être proposées. Or il existe énormément d'instruments, n'ayant pas tous les mêmes capacités requises pour les pratiquer. Le piano, instrument où il suffit de venir taper sur une touche pour qu'il y ait un son, est plus accessible qu'une clarinette où il y a nécessité de pincer le bec, tenir la clarinette (...) pour en jouer.

L'exercice peut être basé sur une seule note comme il peut y avoir une partition à suivre.

La partition peut être réelle si le patient est déjà musicien et n'a pas de problèmes cognitifs. En revanche, pour les patients non musiciens ou avec des séquelles cognitives, la partition peut être modifiée. Cela peut être un système de rond de couleur sur une partition avec une

gommette de couleur sur la touche du piano correspondante. Il faut donc savoir si le patient est musicien ou non sachant que l'activité est accessible sans connaissances musicales préalables. De multiples adaptations peuvent être pensées.

Cette activité peut être utilisée pour une récupération des fonctions motrices mais également cognitives pour la concentration, l'exécution.

La musique est une activité qui se pratique seule ou en groupe. Il serait envisageable qu'à la suite d'une activité musicale, un groupe se crée. Celui-ci pourrait avoir plusieurs objectifs, comme travailler les fonctions motrices, favoriser les interactions sociales (...).

Je choisis d'orienter mon mémoire sur la pratique d'un instrument en particulier, le piano, car selon moi, c'est un instrument musical le plus accessible en situation de handicap. Le triangle, les maracas (...) sont des instruments davantage rythmiques donc s'ils sont utilisés seuls, il n'y aura pas de mélodie. Cela n'empêche tout de même pas leur utilisation pour une activité de rééducation car leur utilisation est simple. Mais si un groupe de musique est organisé, ces instruments rythmiques peuvent être intégrés. De plus, ils émettent un son unique, il y a besoin d'un seul signal visuel pour ordonner au patient de jouer, de faire le geste.

Une analyse d'activité du piano a été réalisée (Annexe I). Pour synthétiser cette analyse, le pianiste doit avoir un équilibre assis, un tonus stable, un regard horizontal et une mobilité complète ou partielle d'au moins un membre supérieur (de l'épaule à l'articulation interphalengienne distale). Les sens, sauf le goût et l'odorat, sont sollicités pour l'activité ainsi quelques facultés mentales pour comprendre les consignes.

Cependant, le piano peut être également joué en position semi-allongée si le tonus du tronc est altéré. Les principales capacités recommandées pour cette activité sont la mobilité partielle du membre supérieur et la vue.

Le piano est un instrument qui peut être adapté de multiples façons pour être pratiqué. Il existe une méthode de rééducation motrice de l'AVC par suspension du bras. Cette méthode peut être une adaptation pour jouer du piano. Le bras du patient est suspendu et aidé pour aller pianoter sur les touches de l'instrument.

Par ailleurs, la musique peut jouer un impact sur l'humeur du patient. « *La musique adoucit les mœurs* » cela signifie que la musique apaise, adoucit le comportement et l'humeur des personnes. On peut donc supposer que si le patient aime cette activité

musicale, il sera de meilleure humeur, plus détendu. La musique aurait un impact sur le comportement et donc sur l'environnement du patient. La musique est considérée comme un média.

Toutes ces capacités fonctionnelles pouvant être travaillées par le piano, sont indispensables dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et donc dans l'autonomie et l'indépendance.

Alors à l'issue de cette problématique pratique, je peux élaborer une question de recherche :

Comment l'ergothérapeute, à travers l'activité piano, peut-il développer l'indépendance et l'autonomie chez un patient hémiplegique?

2. Problématique théorique

2.1. Processus de Production du Handicap

Un « modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». En ergothérapie, un modèle conceptuel nous est nécessaire pour apporter un cadre d'intervention structuré et argumenté ainsi que des outils d'évaluations cohérents.

Il existe trois catégories de modèles : les modèles généraux utilisés dans de nombreuses professions, les modèles appliqués, adaptés à certaines pathologies ou handicap et les modèles de pratiques décrivant les techniques et évaluations particulières. (MOREL-BRACQ, Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2009) Je m'intéresse au Processus de Production du Handicap (PPH), un modèle général.

Le PPH est un modèle bio-psycho-social, défini par Patrick Fougeyrollas et son équipe en 1998. Il est présenté comme un « modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement d'une personne » (CANTON, 2010). Ce modèle expose le fait que « les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, humains et matériels » peuvent « influencer l'apparition de situations de handicap ». Le modèle inclue également les habitudes de vie, car celles-ci « sont liées aux facteurs personnels et aux facteurs environnementaux ». (MOREL-BRACQ, Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2009). La figure 1 illustre le PPH.

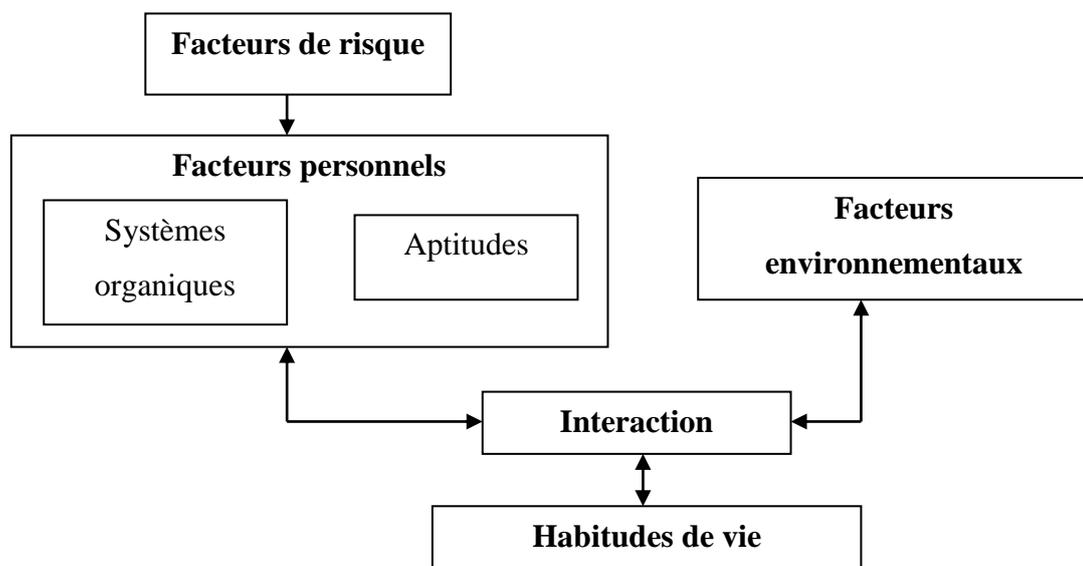


Figure 1, Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas, 1998)

Professionnellement, le PPH engage le thérapeute à prendre en charge le patient dans sa globalité, qu'il ait une situation de handicap temporaire ou permanente et, le patient hémiparétique est en situation de handicap. Celle-ci pourra évoluer positivement mais il est important de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Nous pouvons constater que Fougeyrollas a défini quatre catégories dans ce modèle, que nous pouvons identifier sur le schéma ci-dessus : les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les facteurs personnels et les facteurs de risques.

1. Habitudes de vie :

« Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel. Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. ». Les habitudes de vie « sont reliées » à l'alimentation, les soins personnels, les déplacements, les loisirs ... (MOREL-BRACQ, Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2009) Elles sont généralement similaires d'une personne à une autre, mais l'accomplissement sera différent. (P. FOUGEYROLLAS, 2013) Il est important de prendre en compte les habitudes de vie du patient hémiparétique car celles-ci peuvent influencer sur la rééducation et sur le choix des activités.

Elles sont évaluées sur une échelle allant de la « situation de participation sociale optimale » à la « situation de handicap complète ». (P. FOUGEYROLLAS, 2013) Une situation de participation sociale signifie la réalisation complète des habitudes de vie tandis qu'une situation de handicap est une réduction de la réalisation. Fougeyrollas précise que chaque réalisation, qu'elle soit optimale ou réduite, résulte de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. (P. FOUGEYROLLAS, 2013)

2. Facteurs environnementaux :

« Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. On retrouve deux grandes catégories : les facteurs sociaux (politico-économiques et socio-culturels) et les facteurs physiques (nature et aménagements). ». (MOREL-BRACQ, Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2009)

Ces deux facteurs peuvent être appréciés en étant « facilitateur » ou « obstacle ». Ils sont qualifiés de facilitateur ou d'obstacle en fonction des facteurs personnels et des habitudes de vie de l'individu :

- Facilitateur : « *facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il est en interaction avec les facteurs personnels* »
- Obstacle : « *facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels* ». (P. FOUGEYROLLAS, 2013)

Il est vrai que les facteurs environnementaux, dans le cadre de l'activité piano, peuvent être obstacles ou facilitateurs suivant la situation de handicap. Les prendre en compte permettrait de réaliser au mieux l'activité pour ces patients, d'opter pour de meilleures conditions de travail.

3. Facteurs personnels :

« *Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, tels que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc* ». Le PPH s'intéresse en particulier aux systèmes organiques et aux aptitudes.

- Les systèmes organiques : « *ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune* ». Ces systèmes organiques sont évalués sur « *une échelle allant de l'intégrité à la déficience importante* ». L'intégrité signifie que le système est sain.
- Les aptitudes : « *possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale* », partiellement ou totalement et avec ou sans aide-technique. L'échelle évaluant les aptitudes va de « *capacité sans limite* » à « *incapacité complète* ». (P. FOUGEYROLLAS, 2013)

En effet, les facteurs personnels pourraient permettre de débiter une activité piano ou non avec des patients hémiplésiques. Car certaines capacités incluses dans les facteurs personnels peuvent être requises.

4. Facteurs de risques :

« *Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne* ». (MOREL-BRACQ, Modèles

conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux, 2009) Il existe quatre catégories de facteurs de risques :

- les risques biologiques
- les risques liés à l'environnement physique
- les risques liés à l'organisation sociale
- les risques liés aux comportements individuels et sociaux.

Nous pouvons voir dans le schéma qu'un facteur de risque peut entraîner une cause. Cette dernière est définie comme « *un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte* ».

Les facteurs de risques peuvent être présents suite à l'activité piano et ceux-ci pourraient nuire à la santé du patient hémiplégique. Dans ce cas, la situation de handicap accroitrait.

Le Processus de Production du Handicap est un modèle engageant le thérapeute à prendre en charge le patient dans sa globalité. Et lors de la rééducation auprès d'un patient ayant fait un AVC, la prise en charge globale s'avère indispensable.

Pour l'activité piano, les facteurs personnels, environnementaux, les habitudes de vie et les facteurs de risques varient d'un patient à l'autre, donc l'activité ne sera pas menée de la même manière et les objectifs différents ; d'où l'importance de s'intéresser au patient dans sa globalité, avec sa situation de handicap à part entière.

2.2. Autonomie et Indépendance

L'indépendance et l'autonomie sont deux termes en étroite corrélation. Ils sont souvent utilisés dans le domaine de la santé mais se trouvent parfois confondus ou synonymes l'un de l'autre. Il est donc important de les définir afin d'observer leurs différences.

2.2.1. Autonomie

Etymologiquement, « *autonomie* » vient du grec, du terme « *autos* » qui signifie « *soi-même* » et « *nomos* » signifiant « *la loi* ». L'autonomie se définit par : « *gouverner suivant sa propre loi* ». (TURLAN, 1997)

C'est la capacité de penser l'action. L'autonomie est un terme existant depuis 1596, mais employé seulement depuis le 18^{ème} siècle. (REY, 2010)

L'autonomie est souvent associée à la liberté et l'indépendance bien qu'elle soit pourtant inscrite dans un système d'interdépendance.

Pour comprendre ce qu'est l'autonomie, M-A Hoffmans-Gosset, docteure en sciences de l'éducation, la définit autour de trois axes :

1. Le premier axe va de la dépendance à l'indépendance. C'est-à-dire, que l'autonomie consiste à assumer ses dépendances évoluant vers l'indépendance. Les comportements de communication et de partage avec autrui favorisent ce développement. Nous parlons d'interdépendance. L'homme est alors ni dépendant, ni indépendant totalement.

2. Le deuxième axe aborde le parcours du respect de la loi à la liberté. Il représente la connaissance du territoire temporel et spatial afin de fixer des limites, des règles d'interaction et de collaboration.

C'est la propre connaissance des compétences d'un individu qui l'amène à telle action, et de façon responsable ; il y a une notion de responsabilité dans l'autonomie.

3. Le troisième et dernier axe fait appel aux zones de pouvoirs respectifs et à la fonction de chacun. Ce troisième axe insiste sur la responsabilité de chacun et sa propre conscience pour faire des choix et agir, tout en prenant compte des autres. Les notions de pouvoir et de responsabilité sont associées à l'autonomie.

D'après ces trois axes, l'autonomie est en lien avec la présence d'autrui, les règles et la conscience de soi. Nous pouvons alors la présenter en deux pôles différents : l'environnement, avec autrui et le soi-même. Elle résulte de l'évolution de l'individu qui prend conscience de soi et de son positionnement. L'autonomie permet d'obtenir ce qui est essentiel afin de se construire et d'accéder à son identité, via la relation d'interdépendance reliant chacun d'entre nous aux autres, et à l'environnement. (HOFFMANS-GOSSET, 1987)

Chez les patients hémiplegiques, la notion d'autonomie peut être modifiée en raison de la situation de handicap. La perte soudaine des capacités suite à l'AVC peut venir perturber l'autonomie. La rééducation permettrait de retrouver un minimum d'autonomie. En étant en interaction avec l'équipe soignante et l'entourage, le concept d'autonomie peut être mis en avant.

2.2.2. Indépendance et dépendance

Etymologiquement, « *indépendance* » vient du terme latin « *dependere* » qui signifie « *être suspendu* ».

L'indépendance est la capacité à « *réaliser seul les activités de la vie quotidienne.* » On retrouve sept activités : activités corporelles, domestiques, hors du milieu de vie, activités de déplacement, de communication, de vie personnelle et interpersonnelle et d'activités de gestion. Une personne indépendante ne requiert aucune aide humaine par une tierce personne. Dans le cas contraire, nous parlerons de dépendance. Cependant, une personne utilisant une aide technique est indépendante. (SEVE-FERRIEU, 2008)

Nous pouvons retrouver deux formes d'indépendance. L'indépendance biomédicale est la capacité à réaliser seul les activités de la vie quotidienne. Le niveau d'indépendance dépend alors des capacités L'indépendance sociale signifie que l'indépendance d'un individu est en lien avec l'environnement et l'interaction.

L'indépendance se développe durant l'enfance et « *repose sur les capacités fonctionnelles et neuropsychologiques de la personne* ». Elle est le résultat des capacités de l'individu (indépendance médicale), en lien avec son environnement (indépendance sociale). L'indépendance et la dépendance sont liées. Nous retrouvons la dépendance dès la naissance. Le nouveau né est totalement dépendant mais durant la croissance, cette dépendance « *devient interdépendance dans les relations d'échanges qui s'organisent, permettant de donner et recevoir* ». L'interdépendance est une relation où chacun est dépendant de(s) l'autre(s). Elle est aussi la différence entre l'indépendance au sens biomédical et l'indépendance au sens social.

La dépendance est l'incapacité à réaliser entièrement ou partiellement les gestes de la vie quotidienne retrouvés dans les 7 activités citées auparavant. Les personnes en situation de handicap peuvent être dépendantes. Les patients hémiplésiques peuvent être en situation de dépendance dans leurs activités de la vie quotidienne.

Des capacités diminuées, qu'elles soient motrices ou cognitives, amèneraient à une perte de l'indépendance. Celles-ci seraient compensées par des aides humaines pour palier à la dépendance. Si le patient utilise des aides techniques, son indépendance sera favorisée. Et celles-ci sont souvent utilisées pour palier à leur dépendance. Le concept d'indépendance est important à développer chez les patients hémiplésiques car elle est souvent altérée. La retrouver est un des objectifs principaux de la rééducation post-AVC.

Selon N. Sève-Ferrieu, l'autonomie, l'indépendance et la dépendance sont liés, particulièrement l'autonomie et la dépendance. Un individu autonome peut être en mesure de penser et de poser ses actions mais n'est pas capable d'établir ces actions seul ou doit être accompagné pour les réaliser.

2.3. Théorie des apprentissages

D'après le professeur P. JUILLET, l'apprentissage est « un processus par lequel un individu va acquérir une réponse ou un ensemble de réponses qu'il ne possédait pas dans son répertoire. Ces réponses apprises sont de types variés : comportementales, cognitives, émotionnelles et physiologiques. » (JUILLET, 2000)

Après s'être appuyés sur des fondements théoriques psychologiques, sociologiques, philosophiques et dans les sciences cognitives, les théoriciens en éducation définissent aujourd'hui trois courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage.

- Le béhavorisme
- Le constructivisme
- Le socio-constructivisme

2.3.1. Le Béhaviorisme

Ce premier courant s'intéresse à l'étude des comportements observables et mesurables. Le Béhaviorisme remonte au début du XXème siècle, avec J. Watson, psychologue américain. Ce dernier a travaillé sous l'influence des travaux d'I. Pavlov, sur le conditionnement. Selon J. Watson, chaque humain naît avec des reflexes et des réactions émotionnelles d'amour et de rage ; un comportement différent de réflexe ou d'une réaction émotionnelle serait le résultat des associations stimulus-réponse créées par un conditionnement.

Les grands psychologues s'intéressant au behaviorisme se sont inspirés de points développés par E. THORNDNIKE, psychologue américain, en 1911. Le premier point est la « *Loi de l'effet* ». E. THORNDNIKE explique que tout comportement conduisant « *un état satisfaisant de l'organisme a tendance à se reproduire dans la même situation* ». Le deuxième point développé par ce psychologue est « *l'apprentissage par essais/erreurs* ». Ce phénomène est défini par l'optimisation d'un comportement au travers d'une succession d'essais et d'erreurs.

Puis en 1938, le psychologue américain B.F. SKINNER montre dans ses travaux que le phénomène d'acquisition s'appuie sur le conditionnement opérant. L'apprentissage consisterait à établir une relation stable entre la réponse souhaitée et les stimuli présentés, à l'aide de renforçateurs positifs ou négatifs. Selon B.F. SKINNER, l'individu ne répond pas à son environnement sans intention, il répond parce qu'il veut quelque chose. Il apprend qu'il doit préalablement effectuer certaines tâches pour obtenir ce qu'il souhaite, il opère volontairement par motivation.

Le psychologue américain développe quatre mécanismes opérant sur le comportement d'une personne. Les renforcements positifs ou négatifs sont l'addition (positif) ou le retrait (négatif) d'un stimulus pour encourager la « *reproduction d'un comportement désirable ou approprié* ». Les deux autres mécanismes sont la punition positive et négative. La punition consiste à ajouter (positive) ou retrancher (négative) un stimulus comme conséquence à un comportement, afin de diminuer la probabilité de réapparition du comportement. Les renforcements sont essentiels afin de valoriser ou de faire comprendre au formé ce qui est bien ou non dans les actes réalisés. Ce mécanisme impacte sur le changement du comportement de l'individu.

En rééducation, les renforcements peuvent avoir une place non négligeable. Elles peuvent encourager le patient à réaliser l'activité, à mieux la réaliser.

Dans la pratique professionnelle, le rôle du formateur est de transmettre son savoir. Plusieurs démarches utilisées peuvent se référer à une influence behavioriste.

La démarche principale utilisée est la Pédagogie Par Objectifs (PPO). Il s'agit de la décomposition d'un comportement complexe en plusieurs sous-comportements selon leur ordre d'apparition dans la tâche. Le formateur enseigne par étapes successives graduées comment accomplir une tâche. L'objectif général est décomposé en plusieurs objectifs comportementaux intermédiaires. Un sous-comportement sera enseigné, entraîné et enfin articulé au sous-comportement suivant. Le signal pour travailler le suivant pourrait donc être l'autonomie du patient au comportement travaillé. Le but de l'entraînement est donc de renforcer les réponses qui se rapprochent du comportement attendu. La PPO permet au formateur de construire un programme et une progression de l'activité. Elle amène à la communication entre le formateur et le formé. En effet, l'activité piano pourrait être décomposée en plusieurs étapes avant d'arriver à l'objectif final. Si ce dernier s'avère trop difficile à réaliser instantanément, il peut être reporté. Des sous-objectifs pourraient être envisagés dans l'activité pour réussir à l'objectif final.

Le behaviorisme se résume par « *les efforts que le formé doit fournir pour accumuler les connaissances ainsi que par les efforts de l'enseignant pour les transmettre. C'est une approche transmissive, passive, principalement orientée et contrôlée par l'enseignant* ». Le formé approprie en vue de répliquer et le formateur transmet. (BARNIER, s.d.)

2.3.2. Le constructivisme

Le constructivisme est un courant réflexif : comment les individus apprennent et quelle est la nature des connaissances. Ces deux phénomènes sont dépendants l'un de l'autre. Les concepts évoqués dans le constructivisme sont apparus en réaction au courant béhavioriste. (KOZANITIS, 2005)

Le constructivisme est essentiellement représenté par le psychologue Suisse, J. Piaget, dans les années 1920. Les connaissances se construisent par ceux qui apprennent à travers leurs activités, leurs manipulations d'idées, de connaissances et de conceptions. L'homme est protagoniste du processus de connaissance ; il organise son environnement au fur et à mesure qu'il apprend. Il s'adapte. Les notions d'intelligence et d'adaptation sont alors en liens. Il est cité dans notre enseignement que « *si l'adaptation est l'ensemble des ajustements réalisés par un organisme pour survivre dans un environnement écologique et physique donné, alors l'intelligence est la forme la plus aboutie des moyens d'adaptation biologique* ». Deux processus d'interaction entre l'individu et son environnement sont démontrés comme des capacités d'adaptation : l'assimilation et l'accommodation.

- L'assimilation détermine un processus qui intègre de nouvelles idées, notions (...) à des cadres mentaux déjà existants. Elle permet d'intégrer de nouvelles données aux connaissances que l'homme possède déjà.
- L'accommodation détermine un processus marqué par l'adaptation de l'homme à des situations nouvelles, entraînant la modification des cadres mentaux existants. L'environnement agit sur l'homme et entraîne des ajustements dans la façon de faire, de penser ou de voir.

La complémentarité de ces deux processus adaptatifs caractérise l'équilibre majoré. Ce dernier est la recherche de l'équilibre ou de la solution la plus favorable à l'individu.

Cette théorie Piagétienne permet de valoriser le formé en le plaçant au centre des dispositifs d'enseignement-apprentissage et de considérer l'apprenant « comme l'artisan de ses connaissances ». L'individu est au cœur de l'apprentissage. (BARNIER, s.d.)

A travers cette théorie, le patient hémiplégique serait au centre de l'activité. Il participerait à l'élaboration de solutions pour réaliser l'activité. Il prendrait en compte son environnement, il interagit avec.

2.3.3. Le socio-constructivisme

Le socioconstructivisme inclut une notion supplémentaire au constructivisme : les interactions, les échanges (...). C'est L. Vygotski, psychologue biélorusse, qui le crée en 1934. L'idée du socioconstructivisme est la suivante : « *interagir et connaître, on n'apprend pas tout seul, interagir pour apprendre* ». Le socio-constructivisme a pour objectif de développer la capacité à apprendre, comprendre et analyser par l'interactivité (formateur-formé). C'est ainsi que le savoir se construit.

L'hypothèse principale de L. Vygotski est l'existence d'une Zone Proximale de Développement (ZPD). Ce phénomène est défini comme « *l'écart entre le niveau de résolution d'un problème sous la direction et avec l'aide d'adultes, plus compétents, et celui atteint seul* ». Le formateur ne serait plus seulement transmetteur de connaissances mais une personne ressource, un guide ou encore, un médiateur.

L. Vygotski définit aussi l'« *instrument psychologique* ». Ce processus interactif permet à l'homme de s'adapter au réel. C'est un outil de travail médiateur entre l'homme et la réalité. Les instruments psychologiques sont compris par L. Vygotski comme des « *élaborations artificielles, formant des systèmes complexes* », tel le langage, les formes de comptage et de calculs, l'écriture, les moyens mnémotechniques (...). Les instruments psychologiques peuvent être utilisés lors de l'activité piano pour faciliter des exercices lorsque les capacités cognitives sont altérées ou lire une partition.

Le courant socio-constructiviste est caractérisé également par la notion de « *conflit socio-cognitif* », qui est un prolongement des travaux de L. Vygotski sur l'interaction sociale. L'opposition entre deux individus lors d'une situation d'interaction sociale entraîne un conflit socio-cognitif. La résolution de ce conflit engendrera un progrès cognitif. Mais pour arriver à une résolution, les individus devront se décentrer et reconsidérer leur propre point de vue grâce au dialogue argumenté. Lors de la relation

patient-thérapeute, les avis peuvent diverger. Chacun s'exprime avec des arguments, écoute l'autre. Ainsi, ils pourraient trouver une solution et améliorer les conditions de vie du patient. Cette situation est régulière en rééducation.

Le concept du conflit socio-cognitif s'avère pertinent dans de nombreuses situations en présentant l'individu acteur, amené à dépasser l'obstacle, généré par une situation sociale. (BARNIER, s.d.) (DAGAU, s.d.)

Dans le cadre du mémoire, les théories d'apprentissages pourraient permettre d'observer quel courant est davantage utilisé par les ergothérapeutes durant l'activité piano.

3. Méthodologie

Le développement de la problématique pratique et la problématique théorique m'ont amené à choisir une méthode précise afin de tenter de répondre à ma question de recherche.

3.1. Choix de la méthode

La méthode clinique est la méthode qui me semble la plus appropriée pour ma question de recherche. J'utiliserai alors une méthode de recherche appliquée. La méthode clinique est une méthode qualitative centrée sur la personne et son discours. Une méthode qualitative, basée sur le discours des individus interrogés et donc sur leurs pratiques et connaissances, m'a semblé préférable pour tenter de répondre à ma question.

La méthode clinique s'appuie sur des entretiens avec différents interlocuteurs afin d'analyser différents points de vue et rapprocher ensuite aux problématiques pratique et théorique. Une grille d'entretien est réalisée afin de guider l'échange entre les interlocuteurs. Celle-ci découle d'une matrice théorique créée à partir des éléments de la problématique pratique. (Annexe II)

3.2. Choix de la population

J'ai décidé d'interroger deux ergothérapeutes diplômés afin d'observer, éventuellement, différents points de vue et pratiques en ayant la même profession. J'ai également décidé d'interroger un patient hémiparétique pour avoir sa vision, lui qui serait au centre de l'activité proposée.

3.2.1. Ergothérapeutes

- Critères d'inclusion :
 - Ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé auprès de patients hémiparétiques
 - Ergothérapeute musicien ou intéressé par la musique et sa pratique
 - Ergothérapeutes exerçant en France

- Critères d'exclusion :
 - Ergothérapeute ne travaillant ou n'ayant jamais travaillé auprès de patients hémiplegiques
 - Ergothérapeute inintéressé par la musique et sa pratique
 - Ergothérapeute n'exerçant pas en France

3.2.2. Patient

- Critères d'inclusion :
 - Patient hémiplegique
 - Patient connaissant le piano ou avec de l'intérêt pour la musique
- Critères d'exclusion :
 - Patient hémiplegique avec troubles cognitifs, et notamment des troubles phasiques
 - Patient n'ayant aucun intérêt pour la musique

3.3. **Outil de l'enquête**

3.3.1. Conception de l'outil

En ayant défini un modèle conceptuel, un concept et une théorie dans ma problématique théorique, j'ai pu élaborer une matrice théorique. Les indices retenus découlent des critères et des indicateurs propres au PPH, au concept de l'autonomie et d'indépendance et à la théorie des apprentissages.

Grâce à cette matrice théorique, comprenant les critères, les indicateurs et les indices, j'ai pu réaliser différentes questions et construire la grille d'entretien (Annexe III). Celle-ci est composée de trois axes principaux et une question complémentaire.

J'ai choisi alors de réaliser des entretiens semi-directifs avec questions ouvertes, pour permettre à l'interlocuteur de s'exprimer librement, spontanément, de développer et argumenter ses dires tout en limitant au cadre de l'étude.

3.3.2. Les entretiens

Avant de débiter un entretien, l'interlocuteur connaît le thème de ma recherche et doit avoir donné son accord pour être interviewé et enregistré anonymement.

L'entretien débute avec quelques questions préalables afin d'avoir une meilleure connaissance de l'interlocuteur.

Cet interview continue avec les trois questions ouvertes en laissant la personne développer et argumenter ses propos. Des questions de relance pourront être intercalées si besoin. Une question de conclusion terminera l'échange. Les questions sont les mêmes pour les trois entretiens, mais quelques termes et formulations de phrases sont modifiées pour l'entretien destiné au patient.

Le recrutement des ergothérapeutes s'est réalisé via les réseaux sociaux. Ayant plusieurs retours, je les ai recontactées individuellement pour trouver un temps commun et expliquer les conditions de l'entretien (moyen d'appel, enregistrement, anonymat...). J'ai alors réalisé deux entretiens téléphoniques avec deux ergothérapeutes.

Le recrutement du patient a eu lieu sur un lieu de stage. Ayant les critères d'inclusion, je lui ai demandé s'il était volontaire. Nous avons alors eu un échange en face à face.

Les entretiens terminés, je les ai retranscrits entièrement à l'aide de l'enregistrement de chacun.

4. Résultats

Dans la partie résultats, j'analyserai les différents entretiens réalisés de deux façons. Je ferai une analyse à plat, c'est-à-dire que je relèverai les mots clés de chaque question pour chaque personne pour en réaliser une brève analyse. Puis j'effectuerai une analyse transversale, en confrontant les opinions des chaque personne interrogées à chaque question. Mais tout d'abord, je vais présenter les trois personnes interrogées.

4.1. Présentation des personnes interrogées

- **Entretien avec une première ergothérapeute** : (Annexe IV)

Ce premier entretien a été effectué avec une ergothérapeute diplômée depuis 1982 par Skype™. Elle travaille actuellement à l'Equipe Spécialisée Alzheimer de la Creuse, depuis trois années. Auparavant, elle a travaillé dans différentes structures : un centre de rééducation pour enfants, en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, en services de soins de suite et réadaptation gériatrique, en psycho-gériatrie et dans un réseau mémoire.

Elle a obtenu un diplôme universitaire de gestion pour travailler à la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) en plus d'avoir effectué quelques formations professionnelles continues. Elle a participé également à plusieurs groupes d'écritures de recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Actuellement, elle ne travaille plus avec des patients hémiplésiques, mais a été à leurs côtés durant 14 ans dans un service de soins de suite et réadaptation. Elle prenait en charge les patients environ un mois après leur accident vasculaire cérébral et en entretien après leur sortie du centre.

L'ergothérapeute pratique la musique, elle connaît le piano depuis l'âge de six ans. Un peu plus tard, elle a appris le violon, qu'elle a pratiqué durant 14 années. Elle a déjà eu l'occasion de mener une activité musicale lors de sa pratique professionnelle, mais pas auprès de patients ayant des troubles cognitifs et comportementaux. L'objectif était principalement d'observer les réactions, d'obtenir des réactions informelles à propos des patients lorsqu'elle jouait avec d'autres collègues et lors d'une mise en situation (chorale avec un chant en canon).

- **Entretien avec une deuxième ergothérapeute :** (Annexe IV)

Le deuxième entretien a été réalisé par Skype™ avec une ergothérapeute diplômée depuis 2010. Elle a d'abord travaillé auprès d'enfants handicapés moteurs dans un Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile, puis en centre hospitalier et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Actuellement, elle pratique le métier d'ergothérapeute dans un centre de rééducation à Valence.

Durant ces 6 années, elle a effectué une formation sur un bilan de la main, qui est le Assisting Hand Assessment (AHA), c'est un bilan de la main hémiplegique.

Elle travaille auprès de personnes hémiplegiques, mais le centre accueille toutes pathologies neurologiques périphériques, centrales, dégénératives, de l'oncologie principalement cérébrale, de la traumatologie et des blessés médullaires.

Les patients hémiplegiques sont pris en charge, dans ce centre, quand leur état est stabilisé. C'est-à-dire que leur arrivée peut varier entre quelques jours à plusieurs mois suivant s'ils ont été en réanimation. Ils viennent au centre dès la sortie d'hôpital.

L'ergothérapeute pratique le piano depuis son enfance. Plus tard, elle a appris le violon et la guitare.

Elle a déjà tenté de mener une activité musicale avec un patient mais celle-ci n'a jamais abouti et estime que ce n'était pas une rééducation en tant que telle. C'était davantage un essai de piano chez un patient pianiste, mais peut-être réalisée trop tôt.

Mais elle a déjà pensé plusieurs fois à réaliser une activité musicale en rééducation.

- **Entretien avec le patient :** (Annexe IV)

L'entretien avec le patient hémiplegique s'est réalisé dans le centre de rééducation où il est actuellement pris en charge. Ce patient se définit comme artiste, car il vit, selon lui, dans le monde des arts et essaye de toujours trouver le meilleur de lui-même. En plus de cela, il est essentiel pour lui de transmettre aux autres, d'enseigner. Il est enseignant de musique, pas d'instrument. Il a enseigné de l'âge collège jusqu'à la population préparant l'agrégation à la Sorbonne. Il a également enseigné la musique à des personnes âgées.

Ce monsieur pratique le piano depuis son enfance. Il a d'abord été accordéoniste mais n'ayant pas d'avenir professionnel possible avec cet instrument à ce moment là, il a alors continué avec le piano. Il jouait tous les jours et quand il est passé professionnel, il jouait tout le temps, énormément d'heures par jour.

Après avoir fait un Accident Vasculaire Cérébral à la fin de février 2016, ce patient a déclaré une paralysie totale droite. Il n'a que des troubles moteurs. Il a très vite commencé à récupérer en motricité et au jour de l'entretien, il débutait la marche et s'obligeait à se servir de son membre supérieur hémiparalysé pour essayer de lui redonner une fonction. Selon lui, c'est ce membre qui l'invalide le plus même s'il garde espoir en voyant une amélioration de jour en jour. Il a le besoin de se sentir investi dans sa prise en charge, de comprendre comment les gestes se font et quels muscles travaillent. Il relie ces gestes à ce qu'il a pu travailler lors de l'apprentissage du piano.

Avant son hospitalisation, il ne connaissait pas l'ergothérapie. Il a eu quelques séances à l'hôpital, avant d'arriver au centre de rééducation. Durant les premières séances, il trouvait ça déprimant car il ne pouvait faire peu de choses mais il sentait que la motricité de son bras revenait tout de même. Il n'a donc jamais pratiqué d'activité musicale en ergothérapie mais n'y tient pas forcément car étant professionnel, il travaille constamment les doigts sans avoir besoin d'un instrument.

4.2. Analyse à plat des résultats

Dans cette analyse, j'ai relevé des mots clés qui me paraissent essentiels dans chaque question posée. Grâce à ces mots clés, je ressortirai en une phrase l'idée principale évoquée.

Ergothérapeute 1 :

	Q1 : Envisageons qu'une personne hémiparalysée vous demande de faire une activité piano, pourquoi pourriez-vous envisager cette activité ?
Ergothérapeute 1	Rééducation motrice ; ludique ; apporte du plaisir ; activité signifiante et significative ; volontariat et motivation du patient ; obstacles = attentes trop importantes, déception de l'activité, baisse de moral ; motrice dans la rééducation ; antécédent pianiste ; capacités assises adaptables ; pièce calme ; reprise d'une activité ; travailler plus longtemps ; plus motivant qu'une autre activité ; progression visible

L'activité piano peut être envisagée comme une activité motrice travaillant la main, ludique, artistique et apportant du plaisir chez les patients anciennement pianistes volontaires et motivés.

	Q2 : Par rapport aux activités que vous pouvez proposer aux personnes hémiplegiques, qu'est-ce que le piano pourrait apporter dans sa vie quotidienne, en termes d'autonomie et d'indépendance ?
Ergothérapeute 1	Prise de conscience du handicap ; indépendance des doigts ; absence de lien avec AT ; autre moyen de communication ; transposition par observation ; mise en situation ; rôle important de la famille ; communication à la famille des capacités, explication des troubles

L'activité piano permettrait l'indépendance des doigts et l'observation des possibilités motrices afin de les transposer dans la vie quotidienne par des mises en situations.

	Q3 : Quel processus envisageriez-vous pour réaliser l'activité ?
Ergothérapeute 1	Mise en garde des résultats ; adaptation suivant la motricité ; aller dans le sens du patient ; observer les capacités ; les confronter à la motivation ; évaluer les attentes ; travail de motricité ; travail pour le plaisir ; choisit ce qu'il veut jouer ; plusieurs objectifs ; mesurer la valorisation ; mesurer les compliments ; retravailler la motivation en cas d'échec ; réessayer plus tard ; utiliser une AT suivant le problème ; différents exercices ; intervention de la famille pour un morceau ; aide mnémotechnique non infantilisante ; accord du patient ; aider à faire ce qu'il a envie ; peu importe le moyen ; sécurité obligée ; rééducation = temps donné + liberté ; essais patient-ergo avant l'intégration dans un groupe ; avis du patient pour continuer

Observer les capacités du patient et les confronter à sa motivation pour élaborer des objectifs, mais il faut laisser le patient choisir ce qu'il veut jouer pour garder le plaisir de l'activité.

	Comment l'ergothérapeute, à travers l'activité piano peut-il développer l'autonomie et l'indépendance chez ces patients ?
Ergothérapeute 1	Etre bien dans son corps ; redonner confiance en soi ; travail du plaisir ; donc l'envie et facilités à se débrouiller seul

L'ergothérapeute peut développer l'autonomie et l'indépendance chez ces patients avec l'activité piano, en les aidant à être bien dans leur corps, leur redonner une confiance en soi grâce au plaisir.

Ergothérapeute 2 :

	Q1 : Envisageons qu'une personne hémiplegique vous demande de faire une activité piano, pourquoi pourriez-vous envisager cette activité ?
Ergothérapeute 2	Reprise d'une activité, d'un loisir ; plaisir du patient ; travail de dextérité, sensibilité ; connaît l'instrument ; un moteur dans la rééducation ; volonté et motivation = pré-requis principal ; pas forcément pianiste ; possibilité d'adapter ; travail de l'attention et de la concentration ; médiateur ; difficile si absence totale ou peu de motricité ; loisir avant l'AVC = moteur, plaisir ; influence des habitudes de vie chez le non pianiste ; plaisir ; fierté ; risques = échec, démotivation, fatigabilité ; présence d'un piano ; pièce éloignée sans gênes ; s'exprimer ; pièce claire, spacieuse; balayage du regard ; travail de proprioception ; ouvrir le champ des activités

L'activité piano peut être envisagée pour la reprise d'une activité du patient pianiste ou non, volontaire et motivé, apportant plaisir et fierté au patient et travaillant le membre supérieur dans sa globalité.

	<p>Q2 : Par rapport aux activités que vous pouvez proposer aux personnes hémiplegiques, qu'est-ce que le piano pourrait apporter dans sa vie quotidienne, en termes d'autonomie et d'indépendance ?</p>
Ergothérapeute 2	<p>Dextérité, sensibilité ; attention et concentration ; dépend des patients ; meilleure utilisation du membre supérieur en main d'appoint ; meilleure mobilité ; meilleur contrôle dans les AVQ ; renforcement du bi-manuel ; sensibilité et amélioration de la marche ; meilleure concentration ; double-tâche favorisée ; prise de conscience du handicap ; facteur de démonstration avant-après ; valorisation dans une activité compliquée ; meilleure compréhension de la place du handicap ; expression suivant la façon de jouer ; transposition naturelle de l'habileté ; ressenti dans les AVQ (comme les autres exercices) ; AT au piano aussi utiles dans la vie quotidienne (pas l'objectif principal) ; plus d'endurance ; détente dans les AVQ ; revalorisation familiale dans l'investissement ; rappel du progrès par le thérapeute ; souligne les gains d'indépendance ; appropriation de l'espace</p>

L'activité piano permettrait un meilleur usage du membre supérieur en main d'appoint, une meilleure mobilité et un renforcement bi-manuel, les AVQ seront davantage contrôlés et endurants. Il en est de même pour le membre inférieur.

	Q3 : Quel processus envisageriez-vous pour réaliser l'activité ?
Ergothérapeute 2	Prise en compte de la motivation/volonté ; patient pianiste ou non ; activité soutenue ; rééducation très ciblée ; ou libre avec accès à la pièce ; proposition de l'activité ; inclus dans la séance ou libre ; suivant les bilans ; objectifs moteurs/cognitifs ; séance individuelle dédiée ou autonomie ; montrer aux autres ; apprendre aux autres ; objectifs définis avec le patient et compris ; objectifs et sous objectifs de reprise d'autonomie ; démonstrations aux autres ; échecs/points de vue discutables ; modifier les objectifs ; mise en place d'AT si besoin ; discuter l'arrêt si trop précoce ou manque d'envie ; adapter pour poursuivre ; différents moyens mnémotechniques ; aider pour éviter la mise en échec ; aide suivant l'objectif ; connaître et discuter des désaccords ; arrêt si mise en danger ou non respect des objectifs ; intégration dans un groupe ; adapter les partitions ; aider à répéter ; rencontrer les membres

Il faudrait d'abord prendre en compte la motivation du patient, définir des objectifs de reprise d'autonomie et d'indépendance en fonction des bilans et soutenir le rythme des séances, en dédié ou non, pour des résultats bénéfiques.

	Comment l'ergothérapeute, à travers l'activité piano peut-il développer l'autonomie et l'indépendance chez ces patients ?
Ergothérapeute 2	Activité de rééducation ; moyen de gagner en capacité et donc en autonomie ; aider l'intégration du handicap ; aider à mieux se comprendre et se connaître ; connaissances utiles pour mieux gérer ; aider à reprendre du plaisir ; remettre en activité ; remettre en socialisation ; redonner une valorisation aidant à reprendre goût aux AVQ

L'ergothérapeute peut aider à développer l'autonomie et l'indépendance chez ces patients par le piano comme une autre activité de rééducation, il sera un moyen de gagner en capacité et donc en indépendance et autonomie.

Patient :

	Q1 : Imaginons que vous demandez à faire une activité piano, pourquoi cette activité ?
Patient	Activité flatteuse et créative ; activité stimulante et moins ennuyeuse ; oublier le travail, gratifiant ; pas d'aptitudes pré requises ; accessible à tous ; instrument facile ; pas d'obstacle ; station assise non obligatoire ; pas de façon de faire ; tenir compte de l'histoire du patient ; pas de risques physiques ; ni psychologique ; influence des habitudes de vie ; se reconstruire ; bénéfique ; s'amuser ; pouvoir montrer aux autres ; mise en valeur ; donner l'envie aux autres ; moins déprimant ; motivation ; faire des gestes avec un joli résultat ; se servir du membre supérieur ; préoccupation différente des autres activités

L'activité pourrait être demandée car elle apporte une image moins handicapante et moins déprimante qu'une autre activité motrice en ergothérapie, ce serait une activité flatteuse et stimulante.

	Q2 : Par rapport à une autre activité que vous aviez pu faire en ergothérapie, qu'est-ce que le piano pourrait apporter en termes d'autonomie et d'indépendance ?
Patient	Indépendance des deux mains ; complémentarité ; la maîtrise d'actes simples ; coordination ; conscience du rôle des mains ; prise de conscience du handicap ; face à l'incompétence dans les autres activités ; motivation ; rapport de confiance ; échanges ; aisance des gestes ; précision de mouvement ; absence de mouvements compensatoires ; meilleure utilisation de la main ; aucun lien avec les aides techniques ; aide de la famille facultative ;

Le piano pourrait apporter l'indépendance des deux mains, la complémentarité de l'une à l'autre, une meilleure coordination et précision ainsi que l'aisance dans les gestes dans la vie quotidienne.

	Q3 : Comment imagineriez-vous l'activité piano ?
Patient	<p>Guider le patient ; passer la difficulté par du ludique ; ne pas jouer un morceau ; ordinateur ou casques et circuit audio ; importance du jeu ; ergothérapie qui prime ; établir un programme d'activité (avec un musicien) ; différentes utilisations possibles ; ne pas jouer un morceau ; faire du bruit ; travailler en s'amusant ; ne pas apprendre ; objectifs moteurs ; changement d'objectif en fonction du son souhaité ; oreille qui dirige le bras ; présence de compliments et valorisations ; confiance donnée par le thérapeute ; sans échec car pas de but précis ; proposition d'autres exercices ; progression thérapeutique sans but musical ; pas d'utilisation d'aides techniques sinon il y a un but, retour à une activité quelconque ; détournant l'esprit ; éviter l'échec de l'ergothérapie ; aide de l'ergothérapeute si besoin ; compréhension du thérapeute à faire du son et non un morceau ; jeux en groupe ; s'amuser et se corriger par rapport aux autres ; stopper l'activité si désaccord ; impossibilité si conflit</p>

Il ne faut pas avoir comme objectif de jouer un morceau mais de faire du son par des exercices ludiques pour détourner la difficulté, l'oreille guide le bras.

	Comment l'activité piano, menée en ergothérapie, aiderait à développer votre autonomie et votre indépendance ?
Patient	<p>Développement de l'indépendance en présence de plaisir, de distraction de la tâche ; ouverture d'esprit ; ergothérapie moins difficile ; amusement ; gratification ; mobiliser sans se rendre compte ; détournement de l'attention ; rééducation plus simple</p>

Elle aiderait à développer l'autonomie et l'indépendance en procurant du plaisir et en détournant l'attention.

4.3. Analyse transversale des résultats

Pour l'analyse transversale, j'ai confronté les réponses des deux ergothérapeutes et celles du patient pour chaque question.

Réponse à la question 1 :

Envisageons qu'une personne hémiplegique vous demande de faire une activité piano, pourquoi pourriez-vous envisager cette activité ?

Pour les ergothérapeutes, l'activité piano pourrait être envisagée comme une activité motrice travaillant le membre supérieur, et apportant du plaisir et fierté au patient pianiste ou non dans sa vie antérieure. Le patient doit être volontaire et motivé. L'activité piano permettrait d'ouvrir le champ des activités de rééducation.

Pour elles, c'est une activité signifiante, médiatrice et davantage motivante qu'une autre puisque la progression est observable. Elle permet au patient de s'exprimer. Avant de débiter l'activité, il faut veiller aux attentes du patient qui peuvent être trop importantes et ainsi risquer une altération du moral, une démotivation et un échec. L'absence totale ou quasi-totale de motricité est un frein à l'activité ; la station assise doit être acquise de préférence bien qu'elle puisse être adaptée. Il peut y avoir des risques de fatigue et de recrudescence de spasticité suite à l'activité. Les habitudes de vie du patient pourraient influencer le résultat suivant s'il pratiquait des activités demandant de la dextérité. Selon les ergothérapeutes, l'activité piano permettrait de travailler la dextérité, la sensibilité globale, l'attention et la concentration, le regard ... Et pour finir, l'activité pourrait être envisagée si le centre possède un piano mais aussi une pièce claire et spacieuse à l'abri des regards.

Imaginons que vous demandez à faire une activité piano, pourquoi cette activité ?

Pour le patient, l'activité, qui serait flatteuse et stimulante, pourrait être envisagée car elle apporte une image moins handicapante et moins déprimante qu'une autre activité en ergothérapie. Elle donnerait cette image du fait que ce soit une activité créative et gratifiante. Elle permettrait d'oublier le travail du membre supérieur lors des séances et ainsi être source de motivation. Le choix de l'activité piano, pour le patient, pourrait venir de l'envie de faire des mouvements avec un résultat différent et une préoccupation dissemblable par rapport aux autres activités. De plus il pense qu'elle est accessible à tous

car c'est un instrument simple qui ne demande pas de capacités. Il n'y a pas de façon de faire spécifique. L'activité n'engage aucun risque physique ni psychologique. Il précise tout de même que jouer trop longtemps peut entraîner des répercussions physiques. La connaissance du piano par le thérapeute est indispensable. Pour finir, il pense que les habitudes de vie du patient peuvent influencer le choix de l'activité piano, l'histoire de vie du patient serait à prendre en compte.

Réponse à la question 2 :

Par rapport aux activités que vous pouvez proposer aux personnes hémipariétiques, qu'est-ce que le piano pourrait apporter dans sa vie quotidienne, en termes d'autonomie et d'indépendance ?

Selon les ergothérapeutes, l'activité piano pourrait apporter différents éléments en termes d'autonomie et d'indépendance dans la vie quotidienne. Elle permettrait un meilleur usage global du membre supérieur en tant que main d'appoint, une meilleure mobilité et un renforcement dans les activités bi-manuelles. L'activité permettrait d'observer les possibilités motrices afin de les transposer dans la vie quotidienne tout d'abord par des mises en situation. Les AVQ seront davantage contrôlés et durables. Il peut en être de même pour le membre inférieur avec l'utilisation des pédales du piano, s'il y en a. En travaillant l'attention et la concentration, la double tâche peut être améliorée. La transposition des capacités acquises se fait donc naturellement avec le ressenti favorable du patient dans les AVQ, comme avec les autres activités. Dans la vie quotidienne, l'activité piano selon les ergothérapeutes, peut aider le patient à prendre conscience de son handicap comme étant un facteur de démonstration « avant-après » mais aussi en étant une valorisation à réaliser une activité compliquée. Cependant, l'avis des ergothérapeutes est mitigé sur l'aide à l'acceptation des aides techniques dans la vie quotidienne, ce ne serait pas l'objectif principal ; certaines peuvent tout de même être utilisées lors de l'activité et ainsi être intégrées dans la vie quotidienne pour permettre l'autonomie et l'indépendance. Le piano est un instrument où il serait plus simple de s'exprimer et donc de faciliter la communication dans la vie quotidienne. Pour les ergothérapeutes, la place de la famille en parallèle de l'activité piano est un bénéfice dans le gain d'autonomie et d'indépendance. Les capacités acquises devraient être transmises à la famille afin d'être mises en évidence lors des week-ends thérapeutiques ; leur expliquer les troubles associés à la pathologie peuvent également influencer. L'investissement de la famille et leurs encouragements à

réaliser l'activité pourraient motiver le patient dans ses actes de la vie quotidienne. Elles pensent qu'elles doivent aussi rappeler le progrès réalisé pour le motiver. Ce serait donc tous ces éléments qui permettraient également au patient d'être davantage décontracté lors des activités de la vie quotidienne et ainsi gagner en autonomie et indépendance. Pour finir, elles soulignent que le fait de laisser venir jouer seul en séance non dédiée peut permettre de gagner de l'autonomie et indépendance.

Par rapport à une autre activité que vous aviez pu faire en ergothérapie, qu'est-ce que le piano pourrait apporter en termes d'autonomie et d'indépendance ?

Pour le patient, l'activité piano permettrait d'apporter l'autonomie et l'indépendance dans la vie quotidienne grâce au gain de l'indépendance et de la complémentarité des deux mains, une meilleure coordination, précision et aisance dans les gestes. En effet, l'activité pourrait aboutir à une prise de conscience du rôle des mains et donc à une meilleure maîtrise des gestes simples entraînant l'utilisation de celles-ci. Le patient pense que l'activité permet une prise de conscience différente du handicap car elle ne mettrait pas face à sa propre incompétence. La difficulté rencontrée ici valoriserait quoiqu'il soit. Pour les aides techniques, il ne voit aucun apport du piano sur leur acceptation. Selon lui, le rapport de confiance patient-thérapeute est essentiel pour l'activité. Grâce à celui-ci la communication est possible et peut apporter dans le gain d'autonomie et indépendance. En revanche, l'intervention de la famille en parallèle de l'activité ne serait pas forcément indispensable, il pense qu'elle doit être présente si elle s'avère un moyen utile au gain d'autonomie et d'indépendance du patient.

Réponse à la question 3 :

Quel processus envisageriez-vous pour réaliser l'activité ?

Pour réaliser l'activité, les ergothérapeutes pensent qu'il faudrait d'abord observer les capacités du patient par des bilans et ensuite les confronter à sa motivation. Des objectifs de reprise d'autonomie et d'indépendance peuvent être définis et compris par le patient pour ne pas qu'il ait des attentes trop importantes ; les objectifs peuvent être décomposés. C'est le patient qui peut demander à faire cette activité mais elle peut aussi être proposée. Pour rester une activité de plaisir, il serait préférable que ce soit le patient qui choisisse ce qu'il veut jouer. Les séances pourraient se dérouler en individuel dédié, c'est-à-dire incluses dans les séances de rééducation mais aussi en non dédié, le patient

vient seul à la salle avec des objectifs prédéfinis. A l'avenir, il pourrait s'il le souhaite faire des démonstrations et apprendre l'instrument aux autres. Le rythme de l'activité doit rester soutenu pour obtenir des résultats bénéfiques. L'activité pourrait se réaliser avec des exercices de motricité ou des demandes de morceau par la famille. Des aides techniques ou l'aide du thérapeute peuvent être sollicités. Ces aides varieraient suivant les objectifs, mais elles précisent quand même que peu importe le moyen utilisé à partir du moment où le patient réalise ce qu'il souhaite. Des moyens mnémotechniques, non infantilisants, peuvent être mis en place pour la réalisation de l'activité avec l'accord du patient. Lors d'un échec ou un point de vue différent, elles pensent qu'il est nécessaire de rediscuter de la motivation et des objectifs pour ensuite les adapter ou alors arrêter ou reporter l'activité à plus tard. Il en est de même si le patient se met en danger. Durant l'activité, la valorisation est la bienvenue mais celle-ci doit être quantifiée. Si le patient souhaite intégrer un groupe de musique, les ergothérapeutes pensent qu'il faut réaliser des essais auparavant entre patient-thérapeute et ensuite lui demander ce qu'il en est ; elles soulignent également la possibilité d'adapter les partitions, d'aider à répéter mais aussi de rencontrer les membres du groupe.

Comment imagineriez-vous l'activité piano ?

Pour le patient l'activité piano ne doit pas avoir comme objectif de faire un morceau mais de réaliser du son grâce à des exercices ludiques, sans retomber à des objectifs similaires à d'autres activités. Il faut détourner l'activité. Ce serait d'abord des objectifs moteurs ergothérapeutiques mais avec l'oreille qui guide le bras. C'est-à-dire qu'il pense que l'objectif moteur peut être modifié en fonction du son souhaité et non en demandant d'aller appuyer sur telle touche avec tel geste. C'est en voulant un son moins fort que la personne travaillera le contrôle du bras, par exemple. En n'ayant pas d'objectif musical, le patient interrogé pense qu'il ne peut y avoir d'échec, il suffit de changer d'exercice. Il se place contre l'utilisation des aides techniques à l'activité car cela reviendrait à réaliser une activité de précision telle les cônes (...), non ludique. Le thérapeute peut aider à réaliser les mouvements mais celui-ci doit avoir compris le fait de faire du son et non un morceau. Il pense que l'activité peut être réalisée sur un ordinateur avec un programme élaboré, mais également en groupe pour pouvoir travailler l'ajustement par rapport aux autres. Le patient souligne le caractère fondamental des compliments et de la valorisation durant l'activité ainsi que la confiance patient-thérapeute. Et pour finir, en cas de désaccord majeur, pour lui, l'activité doit être stoppée.

Réponse à la question de synthèse :

Comment l'ergothérapeute, à travers l'activité piano peut-il développer l'autonomie et l'indépendance chez ces patients ?

Selon les ergothérapeutes, l'autonomie et l'indépendance des patients hémipariés peuvent être développées par l'activité piano comme une autre activité de rééducation. Mais il est essentiel d'insister sur le plaisir que celle-ci provoque. Cela entraînerait alors une meilleure connaissance de soi, de son corps et de son handicap. Et pour elles, cela redonnerait l'envie et la facilité à être autonome et indépendant. En apportant de la valorisation, l'activité piano peut aider à reprendre goût aux activités de la vie quotidienne.

Comment l'activité piano, menée en ergothérapie, aiderait à développer votre autonomie et votre indépendance ?

Pour le patient, l'activité piano en ergothérapie peut aider à retrouver de l'autonomie et de l'indépendance en procurant du plaisir et détournant l'attention. Pour lui, l'indépendance se développerait grâce à ce plaisir et à l'ouverture d'esprit provoqués ; l'ergothérapie lui paraîtrait plus simple, amusante et gratifiante.

A travers l'analyse des résultats, nous pouvons observer que l'activité piano pour les hémipariés est une activité ludique qui doit apporter du plaisir et de la fierté au patient, tout en travaillant les capacités motrices. Et ce serait grâce à ce plaisir provoqué et d'autres conséquences que l'autonomie et l'indépendance se développerait chez les patients hémipariés.

Grâce à l'analyse qualitative, je vais maintenant pouvoir confronter ces réponses aux différents modèles et concepts développés ainsi qu'aux éléments de la pratique théorique.

5. Discussion

5.1. Analyse des résultats par rapports aux éléments théoriques

5.1.1. Analyse par rapport au PPH

Les ergothérapeutes et le patient envisageraient l'activité piano pour travailler les capacités du membre supérieur, l'équilibre assis (et les appuis au sol si la personne n'est pas en fauteuil roulant) et pour apporter du plaisir et de la fierté à la personne.

Le patient exprime le fait qu'il n'y ait pas de capacités requises pour réaliser l'activité, or les ergothérapeutes soulignent qu'il faut un minimum de capacités motrices et la station assise. Mais en sollicitant la station assise, nous pouvons penser que cela inclut un équilibre orthostatique, un contrôle des muscles posturaux (...). Ces capacités sont retrouvées dans la grille d'analyse d'activité piano (cf 1.3.3.). Une ergothérapeute envisagerait le travail oculomoteur, ce qui peut laisser penser que c'est une capacité qui devrait être présente ou partiellement chez les patients engageant l'activité. Pour les trois interrogés, l'activité doit être envisagée si le patient est volontaire et motivé pour être source d'encouragement et de motivation à la rééducation. Tous ces éléments intègrent la notion de facteurs personnels du modèle de Processus de Production du Handicap.

Les ergothérapeutes précisent que pour réaliser l'activité il serait préférable d'avoir une pièce spécifique. Une pièce qui devrait être claire et spacieuse et à l'abri des regards pour, selon le patient interrogé, éviter toutes moqueries et commentaires désagréables des autres personnes. De plus, il est dit que c'est une activité d'expression sonore, le bruit peut parfois être fort et ainsi déranger pour les autres. La pièce doit être spacieuse pour accueillir des aides techniques parfois encombrantes, comme une suspension. Pour finir, le patient interrogé précise que le thérapeute doit tout de même connaître l'instrument pour envisager cette activité. En disant ces éléments importants, les ergothérapeutes et le patient font référence aux facteurs environnementaux, qui peuvent être sociaux ou physiques. L'analyse de l'activité piano réalisée en confirme le besoin. Ces facteurs environnementaux seront essentiels à la réalisation de l'activité, ils sont importants à prendre en compte pour pouvoir envisager cette activité.

Les habitudes de vie font partie de la troisième composante du processus de production du handicap. Ici, les trois personnes sont d'accord pour dire que les habitudes

de vie du patient peuvent influencer sur le choix de l'activité, et pourront même avoir des effets bénéfiques sur le résultat de l'activité. Pour une ergothérapeute, le patient doit forcément être pianiste pour engager l'activité donc avoir des pré-requis musicaux. Mais pour les deux autres personnes, que le patient soit pianiste ou non, l'activité peut être engagée ; les habitudes de vie auront peut-être tout de même influencé leur choix. Le patient devant être volontaire et motivé, doit sûrement porter un intérêt pour la musique et peut-être même en particulier le piano. Et cela pourrait être dû à ses habitudes de vie antérieures. L'activité s'avérerait davantage compliquée avec un patient n'ayant aucun intérêt à cette activité.

Si l'activité dure trop longtemps, deux interrogés pensent qu'il peut y avoir des risques physiques comme une recrudescence de la spasticité mais aussi de la fatigue. Or nous savons que la spasticité peut engager des risques secondaires. Il faut alors doser l'activité piano. Un autre facteur de risque lié à l'activité selon les ergothérapeutes serait l'altération du moral et donc une démotivation dans la rééducation. En effet, ce serait le risque encouru si le patient se rend compte que ses objectifs ne sont pas atteints ou réalisables. Et ces facteurs de risques, étant propres à chaque individu, ne sont pas à négliger dans le PPH. Ici, ils pourraient entraîner une altération des habitudes actuelles du patient en centre de rééducation, par exemple.

5.1.2. Analyse par rapport au concept d'autonomie et d'indépendance

5.1.2.1. Autonomie

Dans les résultats, nous pouvons observer que les trois personnes interrogées pensent que l'activité piano aiderait à prendre conscience du handicap et de sa place au quotidien, par différents moyens. Nous pouvons donc penser qu'en prenant davantage conscience des troubles, le patient assumerait alors ses dépendances pour ensuite essayer de les faire évoluer vers une indépendance. Pour passer de dépendance à indépendance, la communication et le lien à autrui sont des éléments essentiels. Et les trois personnes soulignent dans leur discours l'importance de la communication, qu'elle soit verbale ou gestuelle. Une ergothérapeute souligne l'importance du ressenti du patient lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne. Bien que cela parle de l'indépendance, nous ne pouvons le négliger. L'autonomie et l'indépendance se rejoignent souvent. Nous pouvons penser que le ressenti propre du patient l'amène à réfléchir et à formuler ses

propres actes, ses acquis (...). Et donc le patient pourrait alors prendre davantage place dans sa rééducation et ainsi développer son autonomie.

Le deuxième axe développé dans le concept d'autonomie aborde la notion de responsabilité par l'interaction et la collaboration ainsi que le respect des lois. Ce point est peu développé par les interrogés. Les trois personnes disent tout de même que la communication exprimée par l'activité peut faciliter la communication dans les activités de la vie quotidienne. Donc nous pouvons supposer que le patient prendra en compte les éléments qui le conduiront dans ses actes d'autonomie. Une ergothérapeute pensait pouvoir laisser venir seul un patient à la salle dédiée à l'activité piano. Cela pourrait lui laisser le choix de venir quand il le souhaite, donc d'être autonome. Et en venant seul, nous supposons que le patient doit connaître les règles établies par l'ergothérapeute mais aussi l'établissement.

Concernant le dernier axe sur sa propre conscience pour faire des choix et à agir en tenant compte des autres, cela amène le patient à prendre des responsabilités. Tout d'abord en évoquant le fait de venir jouer seul et aussi en laissant choisir le morceau, le patient est face à ses responsabilités, il y a une notion d'autonomie. Tenir compte d'autrui peut laisser supposer que la famille est au premier plan dans la rééducation, en dehors du personnel soignant. Les ergothérapeutes pensent que celle-ci est bénéfique au gain d'autonomie. Car en lui expliquant les capacités acquises et les troubles du patient, elle pourrait faire confiance et ainsi laisser plus d'autonomie au patient. Et à l'investissement de celle-ci s'ajouteraient les encouragements. Le patient serait alors davantage motivé, acteur et son autonomie serait favorisée. Tous ces éléments ainsi que le ressenti du patient lors des activités de la vie quotidienne favoriseraient la responsabilité et la propre conscience de soi, qui sont indispensables dans l'autonomie.

5.1.2.2. Indépendance

Pour être indépendant c'est-à-dire pouvoir réaliser des actes de la vie quotidienne seul, le patient doit avoir certaines capacités fonctionnelles. Les trois personnes interrogées évoquent le travail moteur lorsque nous parlons d'activité piano. En travaillant la motricité, la sensibilité, la coordination (...), les capacités fonctionnelles du membre supérieur pourraient être améliorées. Cela entraînerait un meilleur usage du membre en main d'appoint, une meilleure réalisation des activités bi-manuelles, la conscience de la complémentarité des mains, la précision et de l'aisance dans les gestes. Il en est de même pour les membres inférieurs comme le précise une ergothérapeute, si les pédales du piano

sont utilisées. Un travail de l'attention permettra peut-être une amélioration en double-tâche. Les ergothérapeutes et le patient interrogés insistent donc sur les capacités fonctionnelles pouvant être acquises grâce à l'activité et permettant de retrouver une indépendance. Ensuite ils n'évoquent pas d'apprentissages de techniques particulières par le piano pour réaliser des AVQ seul. Selon eux, la transposition se ferait naturellement.

Un patient est en rééducation pour retrouver un maximum d'indépendance ; il se retrouve souvent en situation d'interdépendance avec le thérapeute et la famille. Le patient interrogé évoque la relation de confiance patient-thérapeute qui est selon lui essentielle, et cette relation de confiance favorisera la communication. Cette relation de confiance implique au moins deux personnes qui sont dépendantes l'une de l'autre. Nous pouvons supposer qu'une relation de confiance construite lors de l'activité piano va se transposer durant le travail des activités de la vie quotidienne. Le thérapeute est donc impliqué et acteur. Le patient est dépendant du thérapeute mais le thérapeute est également dépendant du patient pour transmettre le savoir et la confiance. Et pour la famille, le patient interrogé considère qu'elle doit être impliquée dans le gain d'indépendance du patient uniquement si elle s'avère utile, elle ne serait pas un élément clé. Il n'y a donc pas de réelle interdépendance patient-famille selon lui. En revanche, pour les ergothérapeutes, nous en avons déjà parlé dans l'autonomie, mais il existe un rôle important d'interdépendance. En expliquant les capacités et les troubles du patient à la famille, une interdépendance se crée entre famille-patient. Celle-ci pourra le laisser faire mais aussi l'encourager et le motiver dans son gain d'indépendance. Le patient pourrait se sentir plus en capacité d'essayer et éventuellement réussir des actes de la vie quotidienne. En retour, il pourrait remercier sa famille de son investissement en l'intégrant à la rééducation, ce qu'apprécierait sans doute la famille.

De la dépendance à l'indépendance, le recours à l'adaptation peut être nécessaire. Car une personne utilisant seule une aide technique sera indépendante. Ici, l'activité piano apporterait peu au recours à l'adaptation. Les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que des aides techniques peuvent être utilisées pour réaliser l'activité, et éventuellement utilisées dans les AVQ. Mais l'activité en elle-même ne faciliterait pas forcément l'acceptation et l'utilisation des aides techniques dans la vie de tous les jours. Ce ne serait pas l'objectif principal à la réalisation de l'activité piano selon une ergothérapeute. Le patient ne s'est guère prononcé sur la question mais il y voyait peu d'intérêt également.

5.1.3. Analyse par rapport aux théories des apprentissages

Les ergothérapeutes effectueraient leurs objectifs en fonction des bilans et de la motivation de leur patient. Des bilans de reprise d'autonomie et d'indépendance seraient définis et compris avec le patient. Ceux-ci peuvent être décomposés si besoin. Ces objectifs seraient travaillés par des exercices de motricité au piano. Nous retrouvons ici le caractère behavioriste en décomposant des objectifs. Le fait de laisser venir un patient seul avec des objectifs prédéfinis se rapproche du béhaviorisme.

Pour le patient interrogé, il existerait des objectifs moteurs qu'il aimerait réaliser sans consigne précise (ne pas lui dire quelle touche aller toucher). Les objectifs de l'activité doivent être différents des autres activités rencontrées en ergothérapie. L'objectif peut donc être modifié suivant le son souhaité, l'oreille guide le bras. Nous serions plus dans un caractère constructiviste, c'est-à-dire que le patient ajusterait ses mouvements pour obtenir ce qu'il souhaite mais c'est également proche du béhaviorisme car nous avons tout de même un objectif principal.

Les compliments et les valorisations sont essentiels durant la réalisation pour valoriser le travail effectué, motiver à continuer et à avancer dans les activités de la vie quotidienne. Ces compliments et valorisations se rapprochent de la notion de « renforcements » dans le béhaviorisme. Ceux-ci ont pour objectifs de modifier le comportement de l'individu. Ici, il est possible qu'ils impactent sur le comportement du patient et le modifie. Cependant ils restent à utiliser avec modération comme le dit une ergothérapeute pour que cela reste sincère et ressenti comme tel par le patient.

Les ergothérapeutes pensent que des aides techniques peuvent être utilisées, suivant l'objectif, pour réaliser l'activité. Si l'objectif est de jouer pour retrouver du plaisir, peu importe le moyen utilisé à partir du moment où le patient réalise ce qu'il veut. A ce moment là, nous sommes dans le mouvement constructiviste avec la notion d'ajustement, à trouver comment réaliser quelque chose de beau. Si l'aide technique est utilisée dans un objectif précis, nous serons plus dans le béhaviorisme. Le patient interrogé refuserait l'utilisation des aides techniques pour cette activité. De telles aides changeraient pour lui l'objectif : ne plus du faire du son mais faire une séquence de mouvement précise comme dans une autre activité telle les cônes. Sa pensée se rapproche du constructivisme en voulant jouer, adapter en fonction de l'oreille (...).

Les ergothérapeutes se positionnent pour l'utilisation des aides mnémotechniques ou autres adaptations de partitions par exemple pour faciliter l'activité, mais en ayant l'accord du

patient ; elles pensent qu'il est possible d'aider gestuellement le patient. Nous pouvons retrouver ici des éléments du courant socio-constructiviste qui met en avant l'interaction entre le formateur et le formé, le patient et le thérapeute ici. Nous retrouvons également du socio-constructivisme lorsqu'une ergothérapeute évoque le souhait d'un patient de réaliser des démonstrations et d'apprendre aux autres le piano. Car en montrant et en apprenant aux autres, le patient va interagir et apprendre sur lui-même éventuellement. Et le patient interrogé souligne la possibilité de travailler en groupe, ce qui selon lui permettrait de s'ajuster par rapport aux autres. Nous avons ici l'exemple même du socio-constructivisme avec l'interaction aux autres pour se former. Si le patient souhaite intégrer un groupe, les ergothérapeutes pensent que c'est réalisable. Des adaptations pourront être effectuées si besoin. Il peut arriver que le thérapeute et le patient soient en désaccord lors d'une activité, et ici, les ergothérapeutes pensent qu'il serait nécessaire de rediscuter des objectifs et de la motivation car peut-être que l'activité a été précocement engagée. Dans cette discussion, nous retrouvons la notion de conflit socio-cognitif du socio-constructivisme où chacun est au centre de la réflexion et de l'interaction. Chacun ressort avec un progrès cognitif de conflit. Ici, nous supposons que le patient ressort avec une conscience de son handicap, de sa motivation (...) et le thérapeute peut ressortir avec des informations sur le patient, sur sa façon de faire qui n'était pas adéquate (...). L'activité peut être réengagée ultérieurement. Pour le patient interrogé, le dialogue est envisageable mais l'activité doit être arrêtée car il n'y aurait plus de confiance patient-thérapeute. Et à partir du moment où cette confiance est abolie, selon lui, la rééducation n'est plus envisageable avec ce thérapeute.

Les trois courants de la théorie des apprentissages ressortent lors de cette discussion, mais aucun ne prédomine sur les autres.

5.2. Réponse à la question de recherche

L'objet de ma recherche était de déterminer **comment l'ergothérapeute, à travers l'activité piano, pouvait développer l'autonomie et l'indépendance chez des patients hémiplésiques**. Plusieurs éléments de réponses peuvent être cités et développés :

- Par la récupération des capacités du membre supérieur et des capacités attentionnelles
- Par la modification de l'image de soi avec le handicap
- Par la notion de plaisir et dû développement de l'estime de soi

L'activité piano permettrait de travailler le membre supérieur dans sa globalité : dextérité, sensibilité superficielle et profonde, proprioception... avec des objectifs précis et des objectifs de reprise d'autonomie et d'indépendance. Mais les objectifs pourront être différents des autres activités proposées en ergothérapie car l'activité piano peut être réalisée avec une multitude de moyens, d'exercices. Du coup, cette activité permettrait de gagner en indépendance et autonomie dans la vie quotidienne car, en effet, les patients concernés pourraient observer un meilleur usage du membre supérieur dans les AVQ, un meilleur contrôle, l'utilisation en main d'appoint et bien d'autres fonctions. Le contrôle et l'endurance des membres supérieurs seront développés par l'activité. Grâce à l'activité piano, l'attention et la concentration peuvent être travaillés, et ainsi favoriser la double tâche dans la vie de tous les jours. La relation famille-thérapeute peut avoir un rôle essentiel en parallèle de l'activité. En communiquant les capacités du patient à la famille et en expliquant les troubles, le patient pourrait plus participer aux actes de la vie quotidienne lors des week-ends thérapeutiques et ainsi développer son autonomie et indépendance.

C'est alors grâce à toutes ces capacités obtenues ou partiellement obtenues grâce à l'activité piano que le patient pourrait observer le développement de son autonomie et de son indépendance.

En fonction des déficiences suite à un AVC, la situation de handicap n'est pas la même pour chaque personne. Et l'image de soi avec le handicap reste propre à la psychologie de chaque patient. Il apparaît clairement que l'activité piano aide à prendre conscience du handicap en étant un facteur de démonstration « avant-après » mais aussi en apportant de la valorisation. Faire du piano mettrait moins face au handicap et aux incapacités qu'une autre activité en ergothérapie. En ayant une meilleure image de soi avec le handicap, le patient aurait une meilleure connaissance de soi. Et ce serait grâce à cette connaissance de soi, connaissance de ses incapacités mais aussi de ses ressources, que le patient pourrait retrouver l'envie d'être autonome et indépendant. Mais pour favoriser ce travail, il est nécessaire que le patient soit motivé et volontaire dans l'activité. Le développement de l'image de soi est alors un élément essentiel gagné par l'activité piano pour favoriser l'indépendance du patient.

Parallèlement, la notion de plaisir et de développement de l'estime de soi est l'élément supplémentaire et plus spécifique de l'activité piano. Le plaisir à faire des sons, de la musique, à s'amuser sur un piano, est nous l'imaginons, un bien plus grand plaisir

que de déplacer des cônes. L'activité piano pourrait aussi permettre de lutter contre l'apathie que présente parfois les patients hémiplegiques. Elle permet d'ouvrir le champ de la rééducation, donc peut-être d'apporter de nouvelles sensations chez les patients qui en auraient besoin. Ainsi l'ergothérapie, par l'activité piano, pourrait paraître plus amusante et gratifiante. Le développement de l'autonomie et de l'indépendance serait donc favorisé par cette notion de plaisir et de fierté. Et en reprenant une activité valorisante comme le piano en ergothérapie, apportant du plaisir, le patient hémiplegique pourrait reprendre goût aux activités de la vie quotidienne, et à leurs réalisations.

L'ergothérapeute peut donc développer l'autonomie et l'indépendance des patients hémiplegiques par l'activité piano, car tout en étant un exercice pour le membre supérieur, elle modifie l'image de soi et apporte du plaisir et de la fierté. Et ces éléments sont essentiels au développement de l'autonomie et de l'indépendance chez des patients hémiplegiques.

5.3. Analyse réflexive

5.3.1. Critiques et limites méthodologiques

5.3.1.1. Choix de la population

Pour récolter les résultats, j'ai décidé d'interroger deux ergothérapeutes et un patient, tous musiciens ou portant de l'intérêt pour la musique. Ici, les trois interlocuteurs pratiquaient ou ont pratiqué la musique mais y portent un intérêt important. Les éléments apportés m'ont été très essentiels. Cependant il aurait pu être intéressant de recevoir un avis d'un ergothérapeute ou d'un patient non musiciens. Ils ne verraient peut-être pas l'instrument de la même manière et leurs réponses pourraient être différentes. Si tel était le cas, il aurait été judicieux par la suite de confronter leurs avis. Interroger un ergothérapeute ayant l'expérience d'une activité piano aurait également été intéressant avec peut-être l'évocation des résultats obtenus, d'exercices meilleurs que d'autres (...). Or peu d'ergothérapeutes utilisent l'activité piano, il a donc été difficile d'en trouver.

5.3.1.2. Choix de la méthode

J'ai fait le choix d'utiliser une méthode qualitative pour tenter de répondre à ma question de recherche. Je décidais d'utiliser cette méthode pour aborder le plus d'éléments

possibles et pour en ressortir les points essentiels répondant à ma question. Tous les entretiens ne se sont pas réalisés en face à face, mais toujours avec une grille d'entretien. Même avec une structure semi-directive, l'interrogé peut s'éparpiller. Il peut être difficile alors d'intervenir pour recadrer l'entretien. Mais ce problème peut également venir de la réalisation de la grille d'entretien : les indices de la matrice permettant de réaliser les questions ne sont pas adéquats ou ce sont les questions qui ne sont pas assez ciblées.

5.3.2. Apports personnels de cette étude

Ce travail de fin d'études m'a permis de développer et d'approfondir mes connaissances sur l'accident vasculaire cérébral. En étant en parallèle en stage avec cette population, j'ai pu réaliser davantage de liens entre théorie et pratique que durant les années précédentes. Travailler autour de cette pathologie tout au long du mémoire m'a permis de confirmer le souhait d'exercer auprès de ces patients dans ma future pratique professionnelle. De plus, en voyant que l'activité piano peut être bénéfique auprès des patients hémiplegiques, cela motive encore plus à la mettre en œuvre.

Elaborer la problématique pratique a permis de faire des recherches approfondies et des découvertes inattendues, comme les matériels utilisés pour réaliser les études. Se familiariser avec l'anglais était indispensable pour comprendre certaines études.

Ce travail a permis de découvrir une méthodologie de recherche qui n'est pas toujours simple mais qui est enrichissante pour notre avenir. Elaborer un outil m'a permis de me confronter aux modèles et concepts. Leur compréhension est maintenant plus aisée. En revanche les relier au concret grâce aux résultats m'a paru compliqué.

Et enfin, l'organisation et la gestion du temps de travail ont été compliquées au début de l'année scolaire, mais améliorées par la suite. Il y a eu quelques périodes où le mémoire était secondaire et des périodes de stress où il venait en premier plan, principalement le dernier mois. Mais en travaillant assez régulièrement lorsque des dates limites étaient fixées et non en travaillant à la dernière minute, je me suis rendue compte que c'était moins angoissant.

Malgré les périodes de découragements, d'incompréhension et de remises en questions, l'ensemble de ce travail reste très enrichissant pour ma future pratique professionnelle et me confirme une fois de plus l'envie d'être ergothérapeute.

5.3.3. Perspectives de travail

Après avoir enquêté, l'activité piano est peu envisagée par les ergothérapeutes chez les personnes hémiplegiques suite à un AVC, en France. Si elle était davantage utilisée, il pourrait être intéressant de réaliser une enquête quantitative auprès des patients pour observer les réels avantages et bénéfices que leur apporterait l'activité piano. Dans ce questionnaire, il serait intéressant d'observer si les résultats des patients sont en adéquation avec les résultats obtenus dans cette présente étude.

L'activité piano est donc parfois réalisée par des ergothérapeutes, mais pour différentes pathologies, pas en particulier pour le patient hémiplegique. Connaître leur contenu de programme, leurs objectifs et leur pratique pourrait être intéressant. En regroupant toutes les informations, des programmes pourraient être créés, proposés et ainsi répandus dans les centres de rééducation.

En ayant réalisé une grille d'analyse de l'activité piano (cf problématique pratique), un bilan pourrait être réalisé à partir de celle-ci avant d'entamer un programme. En précisant dans la grille les capacités demandées pour jouer du piano sans situation de handicap, le bilan pourrait être utilisé pour évaluer les capacités du patient à l'aide du piano. Nous pouvons envisager d'évaluer les capacités motrices et cognitives. Cependant, toutes les capacités motrices et cognitives ne pourraient être observées.

L'utilisation de ce bilan pourrait être envisagée même si un programme de rééducation par l'activité piano n'est pas engagé. L'activité est, dans l'étude, perçue comme ludique. En effet, faire un bilan des capacités à travers le piano pourrait être distrayant. Le patient aurait davantage l'impression de faire une activité qu'une évaluation.

Il pourrait être intéressant de travailler en collaboration avec des musicothérapeutes. Ce métier est principalement développé auprès des pathologies mentales. Ils interviennent peu auprès de patients hémiplegiques. Quand ils prennent en charge ces patients, leurs objectifs sont souvent d'apporter un bien-être et du plaisir, de resocialiser (...). Elaborer un programme de collaboration avec musicothérapeute et ergothérapeute autour du piano permettrait d'apporter des éléments supplémentaires à un programme seulement ergothérapeutique. N'ayant pas les mêmes connaissances à apporter et la même pratique, l'intervention d'un musicothérapeute ne pourrait être que bénéfique auprès des patients hémiplegiques lors d'un programme spécifique.

CONCLUSION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un problème de santé public avec plus de 155 000 nouveaux cas par an en France et dans les pays industrialisés. En étant la première cause de handicap en France, les ergothérapeutes sont amenés à travailler de plus en plus auprès de patients ayant eut un AVC.

Suite aux déficiences, ces personnes peuvent observer une diminution de leur autonomie et de leur indépendance dans leurs activités de la vie quotidienne. C'est avec de nombreuses activités et méthodes de rééducation que l'ergothérapeute interviendra dans leur rééducation. Il essaiera de maintenir, de restaurer et de permettre au patient de réaliser ses activités de manière autonome et indépendante. Quant à la musique auprès de ces patients, elle s'avère bénéfique pour les capacités motrices et cognitives.

Le piano est un instrument mélodique qui requiert moins de capacités initiales que d'autres instruments. C'est donc ainsi que j'ai choisi de répondre à la question « **comment l'ergothérapeute, à travers l'activité piano, peut-il développer l'autonomie et l'indépendance chez les patients hémiplegiques ?** ».

En menant une étude qualitative, donc en interrogeant deux ergothérapeutes et un patient hémiplegique, des éléments de réponses à ma question de recherche sont apparus. En proposant l'activité piano, les patients travailleraient la motricité, ce qui favoriserait l'indépendance et l'autonomie dans la vie quotidienne. En parallèle, le piano apporterait du plaisir, de l'estime et une modification de l'image du handicap. Ces éléments seraient essentiels au développement de l'autonomie et de l'indépendance. Le piano serait un média dans la rééducation des patients hémiplegiques.

Suite à cette étude, il pourrait être intéressant d'établir un programme spécifique à l'activité piano, en s'inspirant d'expériences et d'une grille d'analyse d'activité piano. Une collaboration avec un musicothérapeute pourrait être envisagée pour réaliser ce programme afin d'apporter davantage aux patients, grâce aux connaissances des professionnels réunies.

Ce travail de recherche m'a permis de découvrir, de mettre en œuvre une méthodologie de recherche et d'approfondir mes connaissances. Mon souhait de réaliser une activité musicale et plus particulièrement le piano est renforcé.

Bibliographie

ALTENMÜLLER, E., & SCHLAUG, G. (2015). Apollo's gift: new aspects of neurologic music therapy. *Progress in Brain Research* , pp. 217-237.

BARNIER, G. (s.d.). Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement. Aix-Marseille.

CANTON, J. (2010). Interactions. *La classification québécoise dite Processus de Production du Handicap peut-elle contribuer à la production de connaissances et aider à la prise de décisions ?*

DAVIET, J., DUODOGNON, P., SALLE, J., MUNOZ, M., LISSANDRE, J., REBEYROTTE, I., et al. (2002). Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. Dans *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation* (p. s.d.). Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.

GELLEZ-LEMAN, M., COLLE, F., BONAN, I., BRADAI, N., & YELNIK, A. (2005). Evaluation des incapacités fonctionnelles chez le patient hémiplégique: mise au point. Dans g. h.-F.-W. Service de médecine physique et de réadaptation, *Annales de réadaptation et de médecine physique* (pp. 361-368). Paris: Elsevier Masson SAS.

HOFFMANS-GOSSET, M.-A. (1987). *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. Lyon: Chronique sociale.

JUILLET, P. (2000). *Dictionnaire de la psychiatrie*. CILF.

KOZANITIS, A. (2005, septembre). Les principaux courants théoriques de l'enseignement et l'apprentissage: un point de vue historique.

LECOURT, E. (2011). Les thérapies médiatisées, médiations artistiques. Musicothérapie. Dans *Annales Médico-psychologiques 169* (pp. 685-689). Paris: Elsevier Masson SAS.

LECOURT, E. (2005). *musicothérapie: Une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*. Paris: Groupe Eyrolles.

MAILHAN, L., CANTALLOUBE, S., & MONTEIL, I. (2003). Hémiplégies. Dans *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Neurologie* (p. s.d.). Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.

MOREL-BRACQ, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille: Solal Edition.

MOREL-BRACQ, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille: Solal Editeur.

P. FOUGEYROLLAS, F. C. (2013, juillet). EMC-Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation. *Modèle de Processus de production du handicap*. Elsevier Masson SAS.

REY, A. (2010). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert.

SEVE-FERRIEU, N. (2008). Indépendance, autonomie et qualité de vie: analyse et évaluations. Elsevier Masson SAS.

TURLAN, N. (1997, juin). L'autonomie: un concept clé pour l'ergothérapie.

WORMSER, J., SCANFF, J., TORTI, T., BREMONT, J., & CARPEZA, K. (2011). La stimulation rythmique auditive dans le cadre de la rééducation de l'hémiplégie. Dans s.d., *Kinésithérapie, la Revue* (pp. 27-33). Elsevier Masson SAS.

YELNIK, A., BONAN, I., SIMON, O., & GELLEZ-LEMAN, M. (2008). Rééducation après accident vasculaire cérébral. Dans s.d., *EMC Neurologie* (p. s.d.). Paris: Elsevier Masson SAS.

Sitographie

Accident vasculaire cérébral - tout ce que vous devez savoir. (s.d.). *AVC, un problème majeur de santé publique*. Récupéré sur Accident vasculaire cérébral - tout ce que vous devez savoir: <http://www.accidentvasculairecerebral.fr/avc-un-probleme-majeur-de-sante-publique/>

ANFE. (2016). *Définition*. Récupéré sur ANFE: <http://www.anfe.fr/definition>

BABOT, E., & SAN SEBASTIAN, P. (2007). *Le concept Bobath*. Récupéré sur Groupe d'échange des pratiques pédiatriques en ergothérapie: http://www.geppe.free.fr/IMG/pdf/2007_02_-_BABOT_E._SAN_SEBASTIAN_P._-_le_concept_Bobath.pdf

DAGAU, L. D.-C. (s.d.). *Les modèles de l'apprentissage et les mathématiques*. Récupéré sur Site personnel de Laurent DUBOIS: <http://home.adm.unige.ch/~duboisl/didact/theories.htm>

Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. (2015, avril 10). *La profession obtient une nouvelle définition*. Récupéré sur <http://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/10-avr-2015-la-profession-obtient-une-nouvelle-definition>

Fédération nationale profession sport et loisirs. (s.d.). *Fiche métier, professeur d'activités physiques adaptées*. Récupéré sur Fédération nationale profession sport et loisirs: <http://www.profession-sport-loisirs.fr/metier/professeur-dactivites-physiques-adaptees>

Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. (2013). *La prévention des AVC*. Récupéré sur Fondation des maladies du coeur et de l'AVC: http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562141/k.B406/AVC_Pr233vention_d_e_lAVC_et_des_facteurs_de_risques.htm

Haute Autorité de Santé. (2007). *Accident vasculaire cérébral*. Récupéré sur Haute Autorité de Santé: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf

Haute Autorité de Santé. (2012). *Accident Vasculaire cérébral: méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte*. Récupéré sur Haute autorité de Santé: <http://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_argu_avc_methodes_de_reeducation.pdf

Haute autorité de santé. (2012). *Après un accident vasculaire cérébral, quelle méthode de rééducation de la fonction motrice mettre en place chez l'adulte?* Récupéré sur Haute autorité de santé: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1335580/fr/apres-un-accident-vasculaire-cerebral-quelle-methode-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-mettre-en-place-chez-l-adulte

Matière Esprit Science. (s.d.). *La symbolique de la main*. Récupéré sur Matière Esprit Science: <http://www.matiere-esprit-science.com/pages/breves/main.htm>

Ooreka. (s.d.). *Définition Orthophonie*. Récupéré sur Ooreka: <https://orthophonie.ooreka.fr/comprendre/definition-orthophonie>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux*. Récupéré sur Ordre des ergothérapeutes du Québec: <https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/AVC.pdf>

Passeport Santé. (2014). *Accident vasculaire cérébral*. Récupéré sur Passeport Santé: http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=accident_vasculaire_cerebral_pm

PENNECOT, P., & CHABROL, P. (s.d.). *Le concept de Wood*. Récupéré sur Université Paris 5: <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle2/poly/1000faq.asp#sav1,2>

Service d'ergothérapie CHUV Lausanne. (2009). *Le concept Bobath en ergothérapie*. Récupéré sur CHUV Lausanne: http://files.chuv.ch/internet-docs/nps/nps_2_poster_bobath_09.pdf

Université de Rennes 2. (s.d.). *AVC-Hémiplégie-APA*. Récupéré sur Université de Rennes 2: <https://cursus.univ-rennes2.fr/file.php/848/AVC.pdf>

Université Mc Gill. (s.d.). *La plasticité des réseaux de neurones*. Récupéré sur Le cerveau à tous les niveaux: http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_07/d_07_cl/d_07_cl_tra/d_07_cl_tra.html

Annexes

Annexe I: Analyse de l'activité piano

Annexe II: Matrice théorique

Annexe III: Grille d'entretien

Annexe IV: Retranscription des entretiens

Annexe I : Analyse de l'activité piano

Structure d'analyse d'activité :

Activité : Instrument de musique, le piano. Jouer du piano, c'est-à-dire pianoter sur une ou différentes touches du piano. Avec une ou deux mains.

Objets utilisés :

- Piano ou synthétiseur (piano électronique) pour jouer de la musique.
- Table si l'instrument est un synthétiseur, pour pouvoir le poser ou support adéquat pour le poser.
- Chaise pour être assis devant le piano.
- Partition avec la mélodie écrite. On peut quand même pianoter même si on n'a pas de partition.

Exigences concernant l'espace :

- Chaise devant le piano obligatoirement, centrée par rapport au clavier ; partition face à la personne de préférence.
- Pièce lumineuse, éclairée et environnement calme, pas ou peu bruyant pour la concentration et pour entendre ce qui est joué.
- Le niveau sonore peut varier suivant si on appuie fort ou non sur la touche, et sur un synthétiseur, le volume est modifiable.

Exigences sociales :

- Le piano est souvent une activité solitaire, mais il est possible de jouer à quatre mains, c'est-à-dire avec une autre personne sur le même piano. Il est également possible d'être accompagné par d'autres musiciens, chanteurs (...). Une autre personne engagée peut être un professeur de piano.
- Les relations avec les autres musiciens sont d'être à l'écoute de l'autre, écouter ce qu'il joue, pouvoir conseiller si besoin ... Avec le professeur, celui-ci donne les consignes au pianiste, le conseille, son but premier est de lui apprendre l'instrument.

- Le piano peut dégager des significations culturelles et symboliques. La musique peut ramener une personne à des événements qu'il a vécu, à des croyances, à des personnes (...).

Le piano est un instrument qui peut être joué dans beaucoup d'endroits. Il peut être joué en solo, ou avec un orchestre, il existe de multiples façons de jouer du piano. Beaucoup de styles de musiques peuvent être reproduits au piano. La personne peut se représenter, ou se lier à des événements différents suivant les styles de musiques entendus ou joués.

Séquences et temps nécessaire :

- Installation du musicien au piano ; consignes de l'exercice si professeur ou organisation des partitions (...); exercice avec temps de pauses ; arrêt de l'exercice et rangement du matériel (partitions)

Habilités motrices :

Position corporelle : **se positionne**, le corps du musicien doit être face au piano et ensuite il adapte la position de son bras pour venir jusqu'à la touche et appuyer dessus.

Aller chercher et tenir les objets : **atteint** et **manipule**, tout d'abord il doit atteindre la touche avec sa main et plus précisément son doigt. Le musicien mobilise son bras pour **atteindre** la touche et poser son doigt précisément sur celle-ci. Il ne prend pas la touche, mais il a une approche très importante car les touches de piano ne sont pas larges. Ensuite il **manipule**, il appuie sur la touche. La discrimination des doigts est importante, car une fois qu'il a atteint la touche il faut qu'il abaisse le bon doigt. S'il joue avec plusieurs doigts, il faut qu'il puisse discriminer ses doigts.

Se mouvoir et déplacer les objets : **régule**, le pianiste doit contrôler ses mouvements pour arriver à la touche du piano. Les mouvements sont de petite ampleur, il doit contrôler ses mouvements. Il doit également contrôler sa force quand il appuie sur la touche, il doit la réguler. Si la personne appuie trop fort, le son sera fort mais il peut aussi abîmer l'outil à mesure du temps. S'il régule sa force en la modérant, le son sera moins fort.

Soutenir la performance : **soutient son effort**

Habiletés opératoires :

Soutenir la performance : **se concentre**, le pianiste porte son attention à ce qui est écrit sur la partition et ce qu'il joue. Il est concentré visuellement et par l'auditif en particulier. Il doit rester concentré malgré les stimuli sinon il risque de se perdre dans la partition, ne plus savoir où il en est et devoir s'arrêter de jouer.

Appliquer des connaissances : **sélectionne** et **manie avec soin**, tout d'abord, le musicien choisit les outils. Le piano est là mais après c'est à lui de choisir la partition qu'il souhaite jouer, il peut prendre de quoi annoter sur la partition (...). Et il manie avec soin car les instruments de musique sont des objets très fragiles, qui demandent beaucoup de minutie (et qui coutent chers en réparation).

Organisation temporelle : **initie** l'action, c'est lui qui décide quand il a envie de commencer à jouer, quand il veut changer de partition mais aussi quand il veut s'arrêter s'il joue seul. Il commence l'étape ou l'action sans hésitation, peut recommencer un morceau de partition sans être contraint.

Organisation spatiale des évènements : **organise**, le pianiste est libre d'organiser son matériel et l'espace comme il le souhaite.

Adapter la performance : **s'adapte**, quand le musicien est seul il est libre d'adapter ses objets et son espace comme il le souhaite et ainsi que de modifier ses actions. Par exemple s'il souhaite refaire la partition pour s'entraîner et s'améliorer, il peut ; tandis qu'en groupe il ne sera pas libre de ce qu'il veut faire. Pour les objets, il les dispose comme il souhaite afin d'être le plus efficace possible.

Habiletés d'interaction/communication :

Aspect physique : **regarde**, s'il est avec d'autres personnes, ils utiliseront le regard pour communiquer ou interagir. Par exemple, pendant un morceau joué à plusieurs, ils peuvent être amenés à se regarder pour se donner une indication de ralentissement, de fin ... Et le regard est un élément essentiel pour communiquer.

Echange d'informations : **parle** et **demande**, avec d'autres musiciens ou un professeur, le pianiste recherche des informations ou des conseils sur ce qu'il joue, ce qu'il peut améliorer. Il est demandeur d'informations. Du coup il est amené à parler pour se faire

comprendre dans ses envies, ses ressentis... Et pour communiquer, il est amené à parler, par des phrases pour faciliter la compréhension de ses interlocuteurs.

Relations : **centre son intérêt** et **respect**, les échanges présents sont majoritairement centrés sur l'activité piano ainsi que son comportement. Il doit respecter les autres personnes avec qui il est. Hiérarchiquement, un professeur est plus élevé qu'un élève. Il lui doit donc le respect même si il n'est pas forcément en accord avec ses réactions.

Liste des fonctions du corps :

<u>Fonction :</u>	<u>Exemples :</u>
Mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences intellectuelles pour comprendre les consignes. - Attention, pour rester concentré dans l'activité. - Emotion, la musique peut amener à l'émotion. - Cognition, pour se rappeler, faire le lien entre ce qui est vu sur la partition et pouvoir le retranscrire avec le piano. - Langage et sociabilité, pour communiquer avec les personnes. - Savoir jouer du piano et lire la musique pour les musiciens. Mais une personne quelconque non musicienne peut pianoter sur un piano sans faire une mélodie.
Sensorielle	<ul style="list-style-type: none"> - La vue, nécessaire pour lire la partition (existe des partitions en braille) - L'ouïe, pour entendre ce que le pianiste joue et s'apercevoir des fausses notes jouées par exemple. - Toucher, pour se rendre compte qu'il a appuyé sur la touche du piano et à quelle force.
Voix et parole	<ul style="list-style-type: none"> - Voix, articulation de la parole et fluence verbale pour pouvoir communiquer avec ses pairs s'il y en a.

<u>Fonction :</u>	<u>Exemples :</u>
Neuro-musculaire et liée au mouvement	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité articulaire, pour atteindre les touches et appuyer dessus, Mobilité des épaules : flexion et extension légères, abduction et adduction légères Coude : flexion constante Poignet : +/- en position anatomique Doigts : flexion légère des articulations métacarpophalangienne et inter phalangiennes. ➔ Présente aux deux membres supérieurs si on joue avec les deux mains. - Puissance musculaire et tonus musculaire - Station assise, équilibre orthostatique

CONCLUSION :

La personne qui joue du piano doit avoir un équilibre assis correct, un regard horizontal et une mobilité complète ou partielle d'au moins un membre supérieur (épaule à la l'articulation interphalangienne distale). Des fonctions cognitives doivent être requises Les sens sauf le goût et l'odorat sont sollicités.

Annexe II : Matrice théorique

THEORIE – CONCEPT – MODELE	CRITERE	INDICATEUR	INDICE
Processus de production du handicap (Fougeyrollas, 1998)	Facteurs personnels	Systèmes organiques	Equilibre orthostatique Sensibilité superficielle et profonde Système sensoriel : Ouïe, vision muscles
		Aptitudes	Equilibre assis Motricité oculaire Capacités motrices du membre supérieur dans l'espace (en infradouloureux) Aptitudes cognitives (compréhension de consignes et exécution)
	Facteurs environnement aux	Facteurs sociaux	Obstacle ou facilitateur : Connaissance de l'instrument du formateur Cadre de la pièce
		Facteurs physique	Obstacle ou facilitateur : Regard de l'entourage (autres patients, professionnels ...) Aide technique pour réaliser l'activité Environnement actif durant l'activité (bruits...)
	Habitudes de vie	Participation sociale	Pré requis musicaux non obligatoires Intérêt pour la musique Loisirs avant l'AVC

THEORIE – CONCEPT – MODELE	CRITERE	INDICATEUR	INDICE
Processus de production du handicap (Fougeyrollas, 1998)	Habitudes de vie	Situation de handicap	Communication altérée Aucun intérêt pour la musique
	Facteurs de risques	Risques biologiques	Etat de santé et condition physique
		Risques liés à l'environnement physique	Facteurs de risques déclencheurs non traités Aides-techniques, positionnement inadaptés
Autonomie (Pôlet-Masset, 1993)	Interdépendanc e à autrui	Dépendance à indépendance	Besoin de l'aide du thérapeute au début de l'activité piano, qui s'atténue Conscience de ses difficultés et donc de ses dépendances dans les activités de la vie quotidienne Acteur de sa rééducation, avec l'aide des professionnels de santé Le patient demande moins d'aide
		Environnement	Le patient peut communiquer à son entourage, aux professionnels ses souhaits, ses envies Le patient veut jouer en public
	Connaissance de son territoire	Respect des lois	Le patient respecte et comprend les temps et obligations de la rééducation Le patient connaît sa pathologie, ses déficiences et ses limites d'actions Comprend et respecte les consignes imposées lors de l'activité piano
		Interaction et collaboration	Le patient communique avec les professionnels pour avoir des conseils, des informations Le patient interagit avec le thérapeute durant l'activité piano
	Fonction de soi, l'agir	Conscience de soi et responsabilité	Le patient connaît et utilise ses connaissances s'il en a pour l'activité piano Le patient a conscience de ses difficultés dans les AVQ et accepte les propositions d'aide d'autrui

THEORIE – CONCEPT – MODELE	CRITERE	INDICATEUR	INDICE
Autonomie (Pôlet-Masset, 1993)	Fonction de soi, l'agir	Partage à autrui	<p>Le patient partage des activités quotidiennes avec son entourage, en autonomie, avec aide humaine/technique ou non</p> <p>Le patient est capable de prendre une décision en présence d'autres personnes</p> <p>Le patient est capable de choisir la mélodie qu'il veut jouer</p>
Indépendance (Sève-Ferrieu, 2008)	Capacité à réaliser seul les activités	Capacités fonctionnelles du patient	<p>Capacité à réaliser seul l'activité piano</p> <p>Capacités du patient à réaliser seul des AVQ</p> <p>Apprentissages de techniques fonctionnelles pour réaliser seul les AVQ</p>
	Interdépendance	Famille	<p>Acteurs dans les AVQ du patient</p> <p>Niveau d'implication dans les AVQ</p> <p>Acceptation et des aides techniques auprès du patient</p>
		Thérapeutes	<p>Patient demande des conseils pour réaliser l'activité piano</p> <p>Conseils auprès du patient pour aides techniques</p> <p>Soutien au patient</p> <p>Patient capable de demander un autre moyen d'aide ou une adaptation</p>
	Recours à l'adaptation	Utilisation seul des adaptations proposées	<p>Peut utiliser seul une ou plusieurs aides techniques pour les AVQ</p> <p>Acceptation de l'aide technique et utilisation courante</p> <p>Le patient réalise l'activité piano avec une adaptation</p>

THEORIE – CONCEPT – MODELE	CRITERE	INDICATEUR	INDICE
<p align="center">Théorie des apprentissage (Skinner, Piaget, Vygotski)</p>	Behaviorisme	Pédagogie par objectif	<p>Patient capable d'enchaîner plusieurs notes</p> <p>Le thérapeute a programmé des objectifs intermédiaires</p> <p>Le patient répète plusieurs fois l'exercice concernant un objectif intermédiaire, et peut le répéter automatiquement</p> <p>Le patient joue la mélodie en entier</p> <p>Le patient arrive à faire un objectif intermédiaire de la tâche quotidienne, seul</p>
		Renforcement	<p>Le thérapeute valorise le patient du travail accompli</p> <p>Les acquisitions sont valorisées</p> <p>Le patient reçoit les paroles du thérapeute comme une valorisation</p> <p>Les paroles entraînent le patient à reproduire l'exercice</p> <p>Les acquis peuvent être utilisés pour les activités de la vie quotidienne</p>
	Constructivisme	Assimilation	<p>Une autre solution est cherchée et trouvée quand le patient échoue à l'exercice proposé</p>
		Accommodation	<p>La solution proposée est réalisée et effective</p> <p>Le patient utilise une aide technique pour réaliser l'activité piano</p> <p>Le patient utilise les aides techniques pour l'indépendance dans les AVQ</p> <p>Essais-erreurs</p> <p>Aide gestuelle par un tiers</p>

THEORIE – CONCEPT – MODELE	CRITERE	INDICATEUR	INDICE
<p align="center">Théorie des apprentissage (Skinner, 1938 ; Piaget, 1923 ; Vygotski, 1934)</p>	Constructivisme	Notion d'équilibration	<p>Le patient réalise l'activité sans problème majeur</p> <p>Le patient est autonome est indépendant dans les activités, avec aides techniques ou non</p>
	Socio-constructivisme	Instrument psychologique	<p>Des moyens mnémotechniques sont mis en place pour réaliser l'activité piano</p> <p>Des moyens similaires sont mis en place dans la réalisation d'AVQ</p>
		Zone proximale de développement	<p>Le thérapeute aide le patient à réaliser l'activité piano</p> <p>Le patient accepte l'aide des autres pour réaliser une activité</p>
		Conflit socio-cognitif	<p>Points de vue différents entre thérapeute et patient sur les capacités de celui-ci dans les activités de la vie quotidienne</p> <p>Existence de points de vue différents entre les deux personnes sur les capacités, les solutions proposées...</p> <p>Etre capable de jouer en groupe</p>

Annexe III : Grille d'entretien

ERGOTHERAPEUTES:

Questions préalables :

- Depuis quand êtes vous diplômée ?
- Quel est votre parcours professionnel et avez-vous des formations complémentaires?
- Actuellement, où travaillez-vous ? Vous prenez en charge des patients hémiparétiques, et quelles autres pathologies prenez-vous en charge ?
- Pour les patients hémiparétiques, à quel stade les prenez-vous en charge ?
- Pratiquez-vous la musique dans vos loisirs ? Quel instrument ? Connaissez-vous le piano ?
- Avez-vous déjà mené une activité musicale au sein d'une prise en charge en ergothérapie ?

Q1 : Envisageons qu'une personne hémiparétique vous demande de faire une activité piano, pourquoi pourriez-vous envisager cette activité ?

Questions de relance :

- Pensez-vous qu'il doit avoir des aptitudes pré requises pour réaliser l'activité ?
- Pensez-vous que certains obstacles ou facilitateurs peuvent influencer l'activité ?
- Est-ce que les habitudes de vie antérieures et actuelles du patient peuvent influencer le choix et les conditions de l'activité ?
- Pensez-vous qu'il existe des risques pour la personne liées à cette activité ?
- Comment aménageriez-vous l'environnement, le milieu ? L'environnement personnel ?

Q2 : Par rapport aux activités que vous pouvez proposer aux personnes hémiparétiques, qu'est-ce que le piano pourrait apporter dans sa vie quotidienne, en termes d'autonomie et d'indépendance ?

Questions de relance :

- Pensez-vous que l'activité peut aider le patient à prendre davantage conscience de son handicap et d'accepter de l'aide au début de la rééducation, par rapport à une autre activité ?
- Pensez-vous que le piano peut aider le patient à communiquer, interagir plus facilement qu'une autre activité ?
- Quels avantages voyez-vous à pratiquer cette activité en parallèle du travail des Activités de la Vie Quotidienne ?
- Pensez-vous que les capacités acquises durant l'activité peuvent être transposées dans les AVQ ? Comment ?
- La famille et le thérapeute peuvent-ils aider ce gain d'indépendance ? Comment ?
- L'activité avec des adaptations aiderait-elle à utiliser des aides techniques dans les AVQ ?

Q3 : Quel processus envisageriez-vous pour réaliser l'activité ? (mise en place, programme...)

Questions de relance :

- Décomposeriez-vous l'activité en plusieurs objectifs ?
- Voyez-vous une motivation, une acquisition plus rapide lors de compliments ou valorisations ?
- Que faites-vous en cas d'échecs de votre méthode ? Proposez-vous des aides-techniques/aide humaine pour la réussite ?
- Mettriez-vous des aides mnémotechniques pour réaliser l'activité ?
- Aideriez-vous le patient à réaliser l'activité au début du programme ?
- Comment envisageriez-vous les situations où vos points de vue avec le patient sur l'activité seraient différents ? (à propos de ses capacités, de manière de faire...)
- Comment envisageriez-vous la réalisation ou l'intégration du patient dans un groupe de musique déjà existant ?

Synthèse : comment, en tant qu'ergo, à travers l'activité piano développerez-vous l'autonomie et l'indépendance chez ces patients ?

PATIENT :

Questions préalables :

- (Quelle est votre profession ?)
- Pratiquez-vous la musique ? Quel(s) instrument(s) ? A quelle fréquence ?
- Quelle est votre situation de handicap ? quelle est le trouble le + invalidant pour vous dans la vie de tous les jours ?
- Connaissez-vous le piano ?
- Avez-vous déjà eu recours à de l'ergothérapie ? quelles activités ?
- Avez-vous pratiqué une activité musicale en rééducation ?

Q1 : Imaginons que vous demandiez à faire une activité piano en ergothérapie, pourquoi cette activité ?

Questions de relance :

- Pensez-vous qu'il doit y avoir des aptitudes pré requises pour participer à cette activité ?
- Pensez-vous qu'il existe des obstacles ou facilitateurs pouvant influencer cette activité ?
- Pensez-vous que vos habitudes de vie peuvent influencer les conditions de l'activité ? → Pensez-vous que les loisirs ou les activités de la vie quotidienne peuvent influencer ?
- Pensez-vous qu'il existe des risques, liés à cette activité ?
- Comment voyez-vous l'environnement matériel, personnel ... pour l'activité ?

Q2 : Par rapport à une autre activité que vous aviez pu faire en ergothérapie, qu'est-ce que le piano pourrait apporter en termes d'autonomie et d'indépendance ?

Questions de relance :

- Par rapport à une autre activité proposée, pensez-vous que cette activité peut vous aider à prendre conscience de vos difficultés et aider à accepter la rééducation ?
- Pensez-vous que l'activité piano peut aider à communiquer et à interagir plus facilement qu'au travers d'une autre activité ?
- Voyez-vous des avantages à pratiquer cette activité en parallèle d'un travail des activités de la vie quotidienne avec un thérapeute ?

- Comment voyez-vous la transposition des capacités acquises durant cette activité dans vos AVQ ?
- Pensez-vous que la famille et le thérapeute peut vous aider au gain d'indépendance ? Comment (si oui) ? pourquoi (si non)

Q3 : Comment imagineriez-vous l'activité piano (programme, apprentissage) ?

Questions de relance :

- Pensez-vous que l'activité doit être décomposée en plusieurs objectifs ?
- Est-ce que la présence de compliments et valorisations vous motiverait dans l'activité ?
- Comment réagiriez-vous en cas d'échec à un exercice proposé au piano ? Cherchez-vous une méthode avec le thérapeute pour y arriver ?
- Comment voyez-vous l'aide que le thérapeute peut apporter pendant l'activité ?
- Si vous avez un point de vue différent avec le thérapeute (sur la méthode, les objectifs...) comment envisagez-vous la situation ?
- Quels seraient les bénéfices de jouer dans un groupe de musique avec d'autres patients du centre ?

Synthèse : Comment l'activité piano, menée en ergothérapie, vous aiderait à développer votre autonomie et votre indépendance ?

Annexe IV : Retranscription des entretiens

1. Entretien avec une ergothérapeute :

Moi : « Pour commencer, depuis quand êtes-vous diplômée ? »

Ergothérapeute : « Alors je suis diplômée depuis 1982. Donc ça ne date pas d'hier ! »

Moi : « Et quel a été votre parcours professionnel ? »

Ergothérapeute : « Donc moi j'ai fait l'école de Montpellier, après j'ai travaillé trois ans dans un centre de rééducation pour enfants, après je me suis dit que psychologiquement ce n'était pas possible. Donc après pour raisons familiales je suis partie dans la Manche et j'ai travaillé en maison de retraite et ça a duré 5 ans. Après je suis venue dans la région de l'Allier où j'ai travaillé 14 ans en hôpital local en SSR gériatrique, ensuite deux ou trois ans en hôpital psycho-gériatrique et 5 ans en réseau mémoire. Et maintenant je suis à l'ESA depuis 3 ans dans la Creuse. »

Moi : « Depuis que vous êtes diplômée, est-ce que vous avez fait des formations complémentaires ? »

Ergothérapeute : « Oui un diplôme universitaire de gestion pour travailler à la MAIA et des formations professionnelles continues. Après j'ai participé aussi à plusieurs groupes d'écriture de recommandations de l'HAS. »

Moi : « Quand vous avez eu des patients hémiplegiques, à quel stade étaient-ils dans leur rééducation ? »

Ergothérapeute : « Pas en immédiat, en SSR gériatrique c'est variable, mais environ 1 mois après l'AVC ou alors en entretien quand ils reviennent de temps en temps. »

Moi : « Par rapport à la musique, est-ce que vous la pratiquez ? »

Ergothérapeute : « Oui, j'ai commencé le piano à 6 ans mais aujourd'hui plus trop trop ! J'ai fait 14 ans de violon aussi. J'ai fait les deux. »

Moi : « Et est-ce que vous avez déjà mené une activité musicale en séance d'ergothérapie ? »

Ergothérapeute : « Alors pas avec des hémiplésiques mais avec des patients qui ont des troubles cognitifs et des troubles du comportement. C'était super intéressant. »

Moi : « C'était pratiquer un instrument ou écouter ? »

Ergothérapeute : « Non c'était plutôt... je jouais avec des collègues et on voulait voir la réaction des personnes et une autre fois c'était une chorale où on a essayé de chanter en canon mais pour des patients qui ont des troubles cognitifs c'est un peu compliqué ! C'est plutôt des choses relativement informelles. Vous-même vous jouez ? »

Moi : « Oui, mais je ne joue pas du piano. Je joue de la clarinette depuis l'âge de 8 ans. »

Moi : « **Envisageons qu'une personne hémiplésique vous demande de faire une activité piano, pourquoi pourriez-vous envisager cette activité ?** »

Ergothérapeute : « Parce que déjà je la connais donc ça ne me fait pas peur et puis pour des questions de rééducation motrice. Il y a de la motricité dedans. Et puis il y a aussi l'aspect ludique, ça fait plaisir de jouer. Et si la personne demande, c'est tout bénéf parce que c'est une activité qui est motivante. C'est une activité qui est signifiante et significative. Si c'est demandé, il faut en profiter ! Et comme moi-même je joue, ça ce m'inquiète pas, je connais. »

Moi : « Et est-ce que vous pensez que le patient doit avoir des aptitudes pré-requises pour réaliser l'activité ? »

Ergothérapeute : « Ben je vais lui poser la question de si il a déjà fait du piano, combien de temps il l'a abandonné ou pas. Après, en fonction, je vais le mettre en garde sur les résultats qu'il peut obtenir pour qu'il ne soit pas trop déçu et que ça le baisse en motivation. »

Moi : « Et pour la motricité vous pensez qu'il doit avoir un minimum de mobilité récupérée ou est-ce que c'est adaptable ? »

Ergothérapeute : « C'est adaptable, c'est-à-dire que s'il n'a pas de motricité d'un côté, on joue avec l'autre main. S'il a une motricité au niveau de l'épaule et pas au niveau de la main ben on peut déjà se servir de la motricité de l'épaule pour taper avec le pouce par exemple. Et après on adapte au fur et à mesure avec la motricité qu'il récupère et qu'il a. Je pense que le principal c'est qu'il soit volontaire et qu'on aille dans son sens. »

Moi : « Et est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir des éléments obstacles ou facilitateurs qui peuvent influencer l'activité ? »

Ergothérapeute : « Ce qui peut être négatif, c'est que les attentes de la personne soient trop importantes. C'est-à-dire que si il y a une anosognosie, ça peut être très décevant et surtout au niveau du moral. Ça peut être compliqué à gérer car ils sont déjà pas mal déprimés les hémiplegiques donc si on les met dans une activité où ils sont encore en échec, ça peut être plus compliqué à gérer au niveau du moral. Et au niveau de la motricité je pense que c'est tout à fait adaptable. Après ce qui est facilitateur, c'est si la personne est motivée, elle a envie, et si elle consciente qu'elle ne va pas avoir l'usage qu'elle avait avant. Ce qui peut être gênant aussi, c'est le regard de l'entourage. Si l'entourage le démotive et lui dit « mais non arrête », « ce n'est pas possible »... ça peut être embêtant pour lui. »

Moi : « Par rapport aux habitudes de vie qu'il pouvait avoir avant, est-ce que vous pensez qu'elles peuvent influencer ? »

Ergothérapeute : « Forcément parce que si c'est une activité qu'il avait avant et abandonnée depuis longtemps et qu'il a envie de reprendre, ça va être plus compliqué que si c'est une activité qu'il avait toujours au moment de l'avec. Donc forcément ses habitudes de vie vont influencer mais pas que pour le piano, c'est pour un peu tout. »

Moi : « Et suite à l'activité, est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir des risques liés ? Je pensais par exemple au moral qui peut être en baisse s'il n'arrive pas l'activité. »

Ergothérapeute : « C'est ça c'est ça ou alors le risque c'est d'avoir une image négative. Donc effectivement le risque c'est qu'il soit plus en échec que ce qu'il avait prévu et que du coup il y ait une baisse de moral et de motivation. Et après ce peut être bénéfique au contraire si la personne voit qu'elle peut faire quelques trucs. Même si c'est modeste. Par contre le rôle de l'ergothérapeute ça va être que le patient ne se borne pas, qu'il ne s'imagine pas qu'il va pouvoir faire des trucs magnifiques. »

Moi : « Et comment aménageriez-vous le lieu où se réaliserait l'activité ? »

Ergothérapeute : « Alors déjà il faut voir l'installation assise. Si la personne a des troubles de la station assise, forcément il faut un siège qui soit réglé aux pieds, aux bras ... et s'il a un bon équilibre assis, on peut utiliser un tabouret beaucoup plus confortable, u n

tabouret un peu plus large. Sinon après il ne faut pas que ce soit distrait, c'est-à-dire qu'il ne faut pas être dans un couloir, il ne faut pas qu'il y ait des gens qui rentrent et qui sortent tout le temps, qu'on ne soit pas dérangé par le téléphone car le niveau attentionnel peut être déjà compliqué pour les hémiplegiques et si en plus ils sont en train de faire une activité qui est gourmande en attention comme la musique, forcément ça va être plus compliqué. Donc il va falloir faire attention à ça. »

Moi : « **Par rapports aux activités que vous pouvez proposer aux hémiplegiques, qu'est-ce que le piano pourrait apporter en termes d'autonomie et d'indépendance ?** »

Ergothérapeute : « Alors déjà s'il a demandé à faire du piano, c'est qu'il en faisait déjà avant. Donc je pense que c'est pouvoir reprendre une activité. »

Moi : « Mais si c'est vous qui proposez une activité piano à un patient lambda ? »

Ergothérapeute : « Je ne vais pas la proposer à quelqu'un qui n'en a jamais fait. Je vais forcément la proposer ... quoique ça peut arriver... non mais à quelqu'un vraiment où on sent que c'est une motivation forte. Parce que sinon la mise en échec elle est tellement risquée et évidente qu'on ne va pas s'en sortir. Pour moi c'est retrouver quelque chose qui soit satisfaisant pour la personne. »

Moi : « Est-ce que vous pensez que ça peut aider à prendre conscience du handicap ? »

Ergothérapeute : « Un peu mais ça demande à l'ergo d'avoir un minimum de psychologie pour pouvoir gérer un peu le plus comme le moins. Après cette activité elle permet aussi de bouger les doigts et d'avoir une indépendance au niveau des doigts et on va forcément s'en servir dans la vie quotidienne. »

Moi : « Et vous pensez qu'en même temps ça peut l'aider à accepter des aides techniques ? »

Ergothérapeute : « Hum. Je ne sais pas. Ça va plus être dans le sens de l'acceptation du handicap. Une acceptation d'aide technique c'est tellement dépendant de la psychologie antérieure de la personne que du coup le piano... je ne vois pas ce que le piano seul peut apporter de plus ou de moins. A part la prise de conscience du handicap... le reste ça ne me paraît pas évident. »

Moi : « Et pendant l'activité est-ce que vous pensez que ça peut aider le patient à parler, interagir plus facilement que pendant une autre activité ? »

Ergothérapeute : « Je pense que oui parce que c'est une activité artistique et que les activités artistiques, on a un autre moyen de communication. Et ça demande des qualités pour pouvoir décoder du non verbal de la part de l'ergothérapeute. S'il joue trop fort d'un coup ça veut dire qu'il est énervé par exemple, s'il n'arrive pas à faire un truc et d'un seul coup il va taper sur toutes les touches d'un air énervé, ça permet aussi de s'exprimer, c'est un moyen d'expression. Faut que l'ergo il soit vigilant pour décoder ça. Il donne un grand coup sur la piano ça peut vouloir dire pleins de choses. »

Moi : « Et après quels avantages vous pouvez voir à pratiquer cette activité en parallèle du travail des activités de la vie quotidienne ? »

Ergothérapeute : « C'est parce que justement c'est l'aspect ludique. Parce que faire des cônes ou des machins comme ça, c'est assez rébarbatif enfin j'imagine et le piano c'est plus cool, ça me paraît plus motivant. »

Moi : « Ca fait travailler dans un autre contexte ? »

Ergothérapeute : « C'est ça et puis ça peut faire travailler plus longtemps que s'il travaillait avec des cônes. Donc ça va forcément plus le motiver si devant un morceau de musique il voit une petite progression, plus que des cônes ou des allumettes. »

Moi : « Et par la suite, vous pensez que les capacités acquises durant cette activité elles peuvent être transposées dans les AVQ ? »

Ergothérapeute : « Ah ben après c'est tout le boulot de l'ergo. »

Moi : « Et comment vous pensez qu'elles peuvent être transposées ? »

Ergothérapeute : « Ben justement par l'observation que l'ergo fait des mouvements qui sont possibles dans l'activité piano et de lui montrer en lui disant, pendant l'activité piano, pour que le patient prenne conscience et qu'il puisse se dire « ah bah oui je pensais que je ne pouvais pas mais en fait je peux ». Par exemple étendre le linge avec les pinces à linges, la personne elle dit qu'elle n'arrive jamais à pincer les pinces à linge et si nous on lui dit à ce moment qu'il faut qu'elle joue les 4 mesures très fort, à ce moment là si ça a du sens dans le morceau, il va le faire plus spontanément. Et on va lui dire « vous voyez vous avez

de la force dans les doigts » et après si on transpose le truc avec une pince à linge, on va lui dire « regardez vous avez assez de force pour utiliser une pince à linge ». C'est qu'il en prenne conscience pendant l'activité piano et de le mettre en situation presque dans la foulée à la limite. »

Moi : « Après est-ce que vous pensez que la famille elle peut intervenir et aider dans ce gain d'indépendance par rapport à l'activité? »

Ergothérapeute : « Ca c'est sur, ça c'est clair que la famille a un rôle immense. La famille elle a un rôle énorme qu'il ne faut absolument pas négliger et qu'il faudrait prendre plus en compte, même pendant la rééducation. Pas que pour le retour à domicile. C'est-à-dire que quand ils partent en week-end, dire à la famille « bon bah voilà il est capable de faire ça » sans dire qu'il faut faire de la rééducation pendant le week-end et ne pas s'amuser mais voilà, leur montrer que c'est possible car il y a deux classes de familles : soit elle sur stimule c'est-à-dire que le patient doit faire plein de choses et soit ceux au contraire « non tu ne peux pas faire ça, tu y arriveras pas, ça va être une catastrophe... ». Et du coup il est démoralisé. Il faut trouver le juste milieu entre les deux et aider la famille à comprendre ce qui se passe. C'est souvent un problème de compréhension. Expliquer aux familles ce que c'est que les apraxies par exemple, que le cerveau ne fonctionne plus comme avant... et après c'est beaucoup mieux pour la personne une fois que la famille a compris et qu'elle ne met plus la pression « je ne comprends pas que tu ne puisses pas attraper une fourchette ». Du coup prendre le temps d'expliquer à la famille pour qu'ils comprennent. »

Moi : « **Par rapport à l'activité, quel processus envisageriez-vous pour réaliser l'activité ? Pour la mise en place, le programme...** »

Ergothérapeute : « C'est-à-dire ? »

Moi : « Comment organiseriez-vous l'activité, pour les objectifs, la mise en place... »

Ergothérapeute : « Alors déjà je regarderai la motricité globale que je confronterai à la motivation globale de la personne. Ensuite j'évaluerai ce qu'on peut attendre de cette activité. Etre sur que le patient ne s'attende pas à jouer la sonate au clair de lune de Beethov. Avant de mettre les mains sur le piano, il faut que les choses soient claires. A la fois pour l'ergo et pour le patient. Soit d'abord c'est la rééducation, la motricité et qu'on utilise l'activité pour de la motricité, soit c'est plutôt pour trouver une motivation et contre la dépression et du coup là on cherche le plaisir et on joue comme ça. Ca pour moi c'est

primordial et qu'on soit d'accord des objectifs avant de commencer cette activité là. Après on va vers le piano, on s'assoit, on s'assure que la personne soit confortablement assise, ça demande de l'installation et après on commence à toucher le piano. Et là c'est la personne elle-même qui décide ce qu'elle va jouer. Avec partition, sans partition. »

Moi : « Du coup, pour vous, vous décomposeriez l'activité en plusieurs sous objectifs ? »

Ergothérapeute : « Oui en fonction de la motivation de la personne. »

Moi : « Est-ce que vous pensez que si on complimente le patient, on le valorise, ça va le motiver et peut-être avoir une acquisition plus rapide de la motricité ? »

Ergothérapeute : « Alors ça il faut se méfier de la valorisation. C'est-à-dire que si on valorise un résultat qui est très moyen, le patient il n'est pas idiot. Il se rend bien compte qu'on valorise pour le plaisir de valoriser. Et il ne tombe pas dans le panneau « non mais vous me prenez pour une bille, vous me félicitez pour ça mais c'est nul ». Donc du coup il faut mesurer ses compliments à la psychologie de la personne. Et puis aussi en fonction de si c'était quelqu'un qui était très exigeant au départ ou non. »

Moi : « Et si vous vous trouvez en situation d'échec de ce que vous attendez de l'activité, comment vous feriez ? »

Ergothérapeute : « Alors si c'est un échec, il faut retravailler sur la motivation, revenir sur ce que la patient a dit au départ et lui dire « est-ce que vous voulez qu'on réessaye une autre fois, est-ce que vous voulez attendre quelques semaines qu'on continue la rééducation et on essaye après... ». On peut reporter l'activité un peu plus tard dans la rééducation. »

Moi : « Si jamais ça vient d'un problème de motricité, est-ce que vous adapterez avec des aides techniques ou pas ? »

Ergothérapeute : « Ca dépend d'où vient le problème. Est-ce que... si le problème vient de la motricité en elle-même, je pense que du coup il faut proposer l'activité pour plus tard se disant que plus tard il aura avancé dans l'acceptation du handicap et que plus tard ce sera plus facile de renoncer à l'activité. Mais pas d'emblée « non mais toute façon vous n'en referez jamais plus ». Donc peut-être on peut lui reproposer l'activité plus tard et faire ça de façon plus valable. Après si c'est au niveau apathie, c'est beaucoup plus difficile à gérer parce que les patients hémiplésiques ils sont très souvent apathiques et ça va être

compliqué à gérer. Il faut peut-être lui proposer des petits défis à relever mais des défis en fonction de sa motivation et de sa motricité. Et du coup s'appuyer là sur la famille si c'est possible. La famille peut jouer le jeu « tiens il y a l'anniversaire du petit dernier, ce serait bien que tu nous joues joyeux anniversaire sur le piano » ce n'est pas hyper compliqué à jouer et suivant le niveau on peut lui proposer de le jouer avec un doigt, le pouce ou avec plusieurs doigts en fonction de la motricité. Du coup ça peut être quelque chose qui peut motiver. »

Moi : « Et si jamais le patient il a des troubles de la compréhension, de la mémoire est-ce que vous mettriez des aides mnémotechniques par exemple ? »

Ergothérapeute : « Pourquoi pas, pourquoi pas avec des codes couleurs. Ca peut être envisageable en fonction du niveau de la personne. »

Moi : « Il ne faudrait pas que ce soit trop infantilisant ? »

Ergothérapeute : « Voilà c'est ça. Et toujours en accord avec la personne, est-ce qu'elle est d'accord pour utiliser ce moyen là où est-ce qu'elle pense que faire cette activité avec ce moyen là ce n'est pas valable. Faut en discuter car certains ne veulent pas passer par des biais pour arriver à faire quelque chose. Faut discuter avec la personne. »

Moi : « Et est-ce qu'au début du programme vous aideriez le patient à la réaliser, si besoin ? »

Ergothérapeute : « Ah oui oui oui. Moi du moment que quelqu'un me dit « j'ai envie de faire ça », je fais ce qu'il faut pour que ce soit réalisable. »

Moi : « Donc vous êtes prête à l'aider dans l'activité. »

Ergothérapeute : « Oui oui complètement. »

Moi : « Et si avec le patient vous vous retrouvez avec un point de vue différent, comment vous envisageriez cette situation ? »

Ergothérapeute : « Alors là moi je suis d'une souplesse extrême, c'est-à-dire que je pars du principe que le patient, du moment qu'il a envie de faire son activité, il s'y prend comme il veut. Du moment qu'il arrive à faire ce qu'il veut, peu importe le moyen qu'il utilise et du moment qu'il reste en sécurité. Par exemple quelqu'un qui se met à jouer du piano sur un pied, je dis n'importe quoi, mais non ça ne va pas ! S'il ne se met pas en

danger, je ne vois pas pourquoi je lui imposerai une manière de faire. Sauf si c'est dans un but de rééducation et là on est dans un autre but. Mais ce serait sur un temps donné, c'est-à-dire pendant 10 minutes on va faire de la rééducation avec le piano avec des exercices mais avant ou après il peut y avoir un moment il fait ce qu'il veut pour faire plaisir. »

Moi : « Et comment vous verrez la réalisation ou l'intégration du patient dans un groupe de musique déjà existant ? »

Ergothérapeute : « Ca c'est vachement plus compliqué. Peut être que comme je joue déjà du violon, peut-être que j'essayerai de voir comment il joue avec moi déjà. Ou un quatre mains ou un machin comme ça. Parce que jouer à plusieurs ça veut dire être capable de jouer en même temps qu'on écoute. Ce qui va faire double voir triple voir quadruple tâche en orchestre et ça au niveau cognitif pour un hémiplégique c'est compliqué. Du coup j'essayerai ça, soit du quatre mains, soit avec mon violon, voir ce que ça donne et après on y va ou on n'y va pas. Mais après lui demander l'avis, pour lui est-ce que ça c'est bien passé ou est-ce qu'il a l'impression que ça c'est mal passé et est-ce qu'il a envie d'aller plus loin. »

Moi : « **Donc comment vous en tant qu'ergo, à travers l'activité, vous développeriez l'autonomie et l'indépendance chez ces patients hémiplégiques ?** »

Ergothérapeute : « C'est-à-dire que s'ils sont bien dans leur peau, ils ont forcément plus envie de se débrouiller tout seul. Si on a confiance en soi, si on se sent bien dans sa peau et qu'on est bien dans ses baskets, on a forcément plus de facilités d'être autonome que si on est déprimé et qu'on se dit qu'on n'est plus capable de ne rien faire. Et là on ne va pas chercher à être autonome. C'est travailler sur le plaisir qui est ressenti. Le plaisir qui est ressenti dans l'activité telle qu'elle soit. Pour moi c'est le moteur. Après c'est aussi à nous de trouver les moyens de faire et comme on aimerait qu'ils soient faits. »

2. Entretien avec une ergothérapeute :

Moi : « Depuis quand vous êtes diplômée ? »

Ergothérapeute : « Je suis diplômée depuis 2010, ça fait 6 ans »

Moi : « Quel a été votre parcours professionnel ? »

Ergothérapeute : « Alors d'abord j'ai travaillé auprès d'enfants handicapés moteurs dans un SESSAD, ensuite j'ai travaillé dans un hôpital de ville et j'ai aussi travaillé un peu dans une maison de retraite pour ensuite finir dans un centre de rééducation où je prends en charge des AVC. »

Moi : « Et est-ce que pendant ces 6 ans vous avez fait des formations complémentaires ? »

Ergothérapeute : « J'ai une formation sur un bilan de la main : assisting hand assessment, le AHA. C'est un bilan de la main hémiplégique en fait. »

Moi : « Donc vous prenez en charge des patients hémiplégiques, mais est-ce qu'il y a d'autres pathologies ? »

Ergothérapeute : « Oui, c'est un centre où on accueille des patients en neurologie aussi bien périphérique que centrale, neurologie dégénérative, on commence à faire de l'oncologie un petit peu, surtout au niveau cérébral, de la traumatologie dans tous les sens et des blessés médullaires. C'est assez varié. »

Moi : « Pour les patients hémiplégiques, ils sont pris en charge à quel stade ? »

Ergothérapeute : « Il y en a qui arrivent une semaine après leur AVC et il y en a qui arrivent... ça dépend des tableaux en fait, quand leur état est assez stabilisé pour passer en centre de rééducation. Ça peut aller de quelques jours, une semaine après leur AVC parce que leur état est stable jusqu'à des mois parce que la personne a été en réanimation, elle a été intubée. Dès que leur état est pseudo stabilisé ils viennent chez nous. »

Moi : « Donc c'est vraiment quand ils sortent de l'hôpital ? »

Ergothérapeute : « Voilà c'est ça. »

Moi : « Concernant la musique, est-ce que vous la pratiquez ? »

Ergothérapeute : « Oui, je pratique le piano, le violon et la guitare. C'est déjà pas mal. »

Moi : « Depuis combien de temps ? »

Ergothérapeute : « Le piano depuis que je suis toute petite et le reste c'est venu un peu après. »

Moi : « Et est-ce que vous avez déjà mené une activité musicale ? »

Ergothérapeute : « Non elle n'a jamais abouti. Avec mon dernier patient j'ai essayé de faire, on s'est entraîné un petit peu sur une table et une fois qu'on est arrivé chez lui et qu'il y avait un piano, ça n'a pas duré longtemps. Ce n'était pas une vraie rééducation en tant que telle, c'était plutôt un essai de piano à un moment un peu précoce, et le patient avait pour consigne de réessayer un peu chez lui mais il n'a pas eu la motivation. Donc pas de prises en charges réelles sur la musique. Mais c'est un truc qui m'a souvent traversé l'esprit. »

Moi : « Envisageons qu'une personne hémiplegique vous demande de faire une activité piano, pourquoi pourriez-vous envisager cette activité ? »

Ergothérapeute : « Pourquoi je pourrais envisager cette activité, sur la demande d'une personne hémiplegique ? »

Moi : « Oui. »

Ergothérapeute : « Alors moi, il y a pour la reprise d'une activité, d'un loisir. Si la personne demande c'est que ça doit être quelque chose qui lui plaît. Pour la dextérité, je trouve que c'est un moyen super pour la dextérité, la sensibilité profonde, la sensibilité superficielle... de rythmique... Voilà c'est déjà pas mal. Et visiblement si les gens demandent ça c'est que ce n'est pas un premier apprentissage et que c'est pour reprendre une activité plaisir, une activité qui est motrice dans la rééducation. »

Moi : « Et est-ce que vous pensez que la personne elle doit avoir des aptitudes pré-requises pour l'activité ? »

Ergothérapeute : « Je pense que ce sera... des aptitudes pré-requises pour l'activité piano... si c'est une personne qui veut commencer comme ça et qui est hémiplegique ça va être dur de s'y mettre. Après le pré-requis, qu'elle ait commencé deux semaines avant ou il y a 6 ans, je vais plus prendre la volonté de la personne, la motivation. Je pense que le pré-requis principal c'est la motivation de la personne. »

Moi : « Mais pour vous, il ne faut pas forcément que le patient soit pianiste ? »

Ergothérapeute : « Non, pas forcément pianiste avant. Juste que l'activité lui plaise parce que d'expérience, c'est dur de s'y remettre, ça demande beaucoup de coordination et de rythmique et si on n'est pas motivé, ça va lâcher. Donc faut juste que la personne ait envie. Si elle n'a jamais fait de piano et qu'elle a envie, je serai juste la plus heureuse mais j'ai

jamais essayé... je l'ai proposé plusieurs fois à des personnes « mais vous êtes sur que vous n'avez jamais fait de piano, vous n'auriez pas envie de vous mettre à la musique ». Si les gens ils n'ont pas envie, je n'ai pas l'impression qu'ils vont avoir envie de se mettre dans les contraintes d'apprendre à jouer de la musique ou jouer du piano alors qu'ils ont déjà des difficultés motrices à gérer. Donc pour moi c'est vraiment la volonté, qu'il ait envie de faire ça mais les antécédents qu'il soit pianiste ou non, pas forcément. »

Moi : « Donc là on a parlé de la motivation, mais pour d'autres aptitudes comme les cognitives par exemple? »

Ergothérapeute : « Aptitudes cognitives, non pas forcément, parce que ça peut le faire travailler sur la tâche. Avec l'attention soit on écrit les notes, soit on met des gommettes sur le clavier, il y a plein de techniques d'adapter la musique à quelqu'un. C'est pas parce qu'on ne sait pas lire une partition qu'on ne peut pas jouer. C'est juste qu'il va y avoir des capacités d'attention mais attention et concentration on peut le travailler grâce au piano aussi. Je pense que c'est un médiateur comme un autre. »

Moi : « Et est-ce que vous pensez qu'il existe des éléments obstacles ou facilitateurs qui peuvent influencer cette activité ? »

Ergothérapeute : « Alors le premier obstacle pour quelqu'un qui a fait un AVC ça va être l'absence totale de motricité. Là ça va être quand même bien compliqué. Après ça va être du piano à une main mais... donc l'absence de motricité et le deuxième obstacle c'est d'avoir un piano ou quelque chose qui ressemble à un piano. On n'a pas forcément les moyens techniques, on a besoin d'un mémoire qui prouve que le piano c'est super pour arriver à le faire rentrer. Donc ouais l'absence totale de motricité ou la motricité trop peu efficace, et encore on va pouvoir pallier, et l'absence du matériel parce que du piano sur une tablette ce n'est encore pas pareil. Ou le trop peu d'attention de la personne, les capacités limitées de la personne. Que ce soit cognitives ou motrices en fait. »

Moi : « Et après, les habitudes de vie antérieures du patient peuvent influencer son choix et les conditions de l'activité ? »

Ergothérapeute : « Je pense oui énormément. Quelqu'un qui a déjà fait du piano régulièrement pour son plaisir où le piano était un loisir, la reprise du piano en rééducation ça va être moteur car c'est un plaisir. Quelqu'un qui a fait, à mon avis, des concours, qui a fait le conservatoire, qui avait un très très haut niveau et des exigences assez extrêmes dans

sa pratique du piano, suite à un AVC je pense que ça va être très compliqué. Ça va être difficile. Mais l'habitude de vie antérieure, le fait d'avoir déjà joué, de créer, c'est sûr que ça va être facilitant. Le piano c'est un geste appris, c'est un geste qui peut rester à part dans des troubles praxiques mais ... en plus c'est un geste automatique donc plus il y aura des habitudes de vie antérieures plus il y aura une technicité, plus ça va être simple à retrouver. Ce qui peut être gênant c'est la confrontation du patient face à un échec parce qu'il n'a plus le même niveau et que ça peut être très très dur à accepter. Quelqu'un qui vit dans un univers moins professionnel aura plus de facilité à s'y remettre et acceptera mieux les échecs comme ils ont l'habitude à la maison quand ils n'arrivent pas à jouer la partition. »

Moi : « Et pour quelqu'un qui ne connaît pas du tout le piano ? »

Ergothérapeute : « Pour quelqu'un qui ne connaît pas du tout, ben après ça va être à l'ergothérapeute de s'adapter. On va commencer avec des morceaux à une main, on va faire des morceaux où on va pouvoir jouer en synchronisations, jouer la même note de la main gauche et de la main droite, on peut faire travailler l'attention sur la partition... moi je pense que s'il y a des habitudes de vie qui ne seraient pas liées au piano, bah c'est sûr que quelqu'un qui a des habitudes de vie dans lesquelles il a plus de dextérité et dissociation main droite/main gauche et de dissociation des doigts, ce sera plus facile. Je pense quand même, par rapport à quelqu'un qui a toujours été peu adroit, qui s'est peu servi de la main plégique, à mon sens ça pourrait être plus difficile après on adapte tout dans notre quotidien donc pour moi ce n'est pas non plus insurmontable, je pense qu'il y aura des facilités mais si la motivation de la personne est là ça peut se faire. »

Moi : « C'est la motivation qui prime. »

Ergothérapeute : « Je pense que oui, en ce moment je suis très motivation et je trouve que la motivation elle fait beaucoup. Si on force le patient à faire du piano alors qu'il n'a jamais aimé la musique et qu'il n'a jamais aimé ça et qu'en plus il n'était pas habile de ses mains avant, on court à la catastrophe. Mais si il n'est pas habile et qu'il a la motivation, on va toujours arriver à lui faire faire deux trois petits trucs et il va quand même trouver du plaisir et avoir de la fierté d'avoir réussi quelque chose comme ça. La valorisation ... je pense qu'en plus le piano ce n'est pas une activité musicale si difficile, les notes elles sont forcément justes. Je pense que c'est une activité, même qu'avec peu de capacités motrices, peu de capacités attentionnelles, peu d'habileté antérieure, on arrivera toujours à sortir un petit morceau qui ressemble à quelque chose même si c'est avec un doigt, même si c'est

avec qu'une main. Et du coup, si on avait envie de la faire, la valorisation elle est là, on a réussi. Donc pour moi ce n'est pas forcément quelque chose qui met énormément en échec, si on a envie... parce que si on s'attendait à jouer du Mozart à deux mains et on a plus qu'une main, ça ne marchera pas. »

Moi : « Et est-ce qu'il existerait des risques pour la personne à faire cette activité ? Par exemple l'échec mais il y en a peut-être d'autres. »

Ergothérapeute : « Voilà, pour moi le plus gros risque c'est l'échec, la démotivation, la mise à l'échec. Mais comme tout autre activité manuelle ou de loisir, à l'ergothérapeute de préparer, de baliser, de prévenir le niveau adapté à la personne. Donc c'est dans la préparation de la séance, de la mise en place de l'activité que l'ergothérapeute va avoir à agir. Le risque oui c'est un échec. Sur certains patients j'imagine suite à un AVC que des séances trop longues de concentration et de travail de dissociation des doigts vont peut-être avoir un effet sur la fatigabilité et peut-être sur une recrudescence de spasticité et encore voilà je pense que ça reste à tester parce qu'on ne crée pas de la spasticité à chaque fois qu'on fait un exercice. Pour moi il n'y a pas de risque à part la mise en échec si l'activité n'est pas bien encadrée et si les motivations ne sont pas assez claires. »

Moi : « Comment vous aménageriez l'environnement, le milieu pour l'activité ainsi que l'environnement personnel autour du patient ? »

Ergothérapeute : « L'environnement dans le cadre d'une rééducation, moi c'est vrai que ma rééducation elle se fait en centre donc j'imagine que l'ergothérapeute libéral il peut être dans son cabinet en tête à tête avec le patient, après si il va au domicile faudrait que le patient il ait un piano. Moi personnellement dans mon centre de rééducation j'imaginerai une pièce avec un piano à l'intérieur, un peu éloignée pour ne pas avoir à gêner les autres patients mais aussi pour que le patient ne se sente pas gêné et qu'il n'ait pas peur d'appuyer sur les touches, qu'il n'ait pas peur de faire du bruit donc dans une pièce bien insonorisée ou mise à l'écart pour que le patient puisse bien s'exprimer. Des adaptations après tout est possible, il faudrait avoir de la place derrière parce que j'avais déjà pensé pourquoi pas à mettre une potence de suspension, qu'il puisse y avoir des aides techniques autour. Donc pour l'environnement tel de la rééducation je verrai ça. Après pour l'environnement personnel je ne vois pas bien la question... »

Moi : « Est-ce que il pourrait y avoir des patients autour ou est-ce qu'il doit être isolé ? »

Ergothérapeute : « Ben moi la pratique qu'on a dans le centre, et je suis d'accord, les premières rééducations où c'est compliqué, on risque l'échec, il y a une prise de risque, on préfère mettre le patient dans une pièce un peu à part pour qu'il découvre l'outil et qu'il ne soit pas gêné par le regard. Je pense qu'en plus l'activité piano est une activité globalement bruyante donc même pour les autres personnes comme on travaille à plusieurs, il ne faut pas que ça gêne le reste des rééducations. Pour moi c'est plutôt une pièce à part, le patient pris en charge seul en tête à tête. Après qu'il y ait de la place pour pouvoir accueillir d'autres gens, que le patient puisse le montrer aux autres, pour qu'il soit fier de lui. Je pense que l'activité piano est une activité valorisante et que pour être valorisé, il pourrait demander à d'autres gens de venir voir. Donc pour moi le piano doit pouvoir être accessible en dehors des heures de séances de rééducation, pas être en libre service et un outil de récréation mais que le patient soit assez valorisé pour pouvoir se permettre de montrer aux gens et donc de pouvoir venir répéter comme il aurait pu faire chez lui avant pour faire des gammes, des exercices... donc il peut être utilisé en séance individuelle comme en non dédié où le patient vient à un horaire plus ou moins prédéfini où il peut s'en servir tout seul. »

Moi : « **Par rapport aux activités que vous pouvez proposer aux personnes hémiplegiques, qu'est-ce que le piano pourrait apporter dans sa vie quotidienne en termes d'autonomie et d'indépendance ?** »

Ergothérapeute : « Le piano peut apporter ... Pour moi c'est ... en tout cas pas en terme d'autonomie mais en terme d'analytique, c'est rapporter de la dissociation, rapporter de la dextérité, dissociation des doigts, dissociation des mains, balayage du regard, proprioception... Qu'est-ce que ça va avoir comme impact dans leur vie quotidienne, mais ça va dépendre des personnes mais ça peut être une meilleure utilisation de la main hémiplegique en main d'appoint puisqu'elle va s'être réhabituée à bouger un peu plus vite ou en tout cas être plus mobile indépendamment. Donc pour moi il y aura un meilleur contrôle dans les gestes de la vie quotidienne, tout ce qui est bi-manuel va pouvoir être renforcé. Bi-manuel quand il y a une main d'appoint et une main dominante, on aura renforcé l'activité de cette main qui pourra être plus facilement utilisée, ça va être pour le repas, pour les préhensions, l'habillage... Je pense que ça peut globalement servir dans toutes les activités de la vie quotidienne où on peut avoir besoin des mains. Sachant qu'en plus, je n'ai pas pensé aux pieds où il peut y avoir des pédales et là on va pouvoir faire travailler les releveurs, donc on peut acquérir une meilleure sensibilité de la jambe... donc

on peut améliorer la marche, l'équilibre debout. Donc ça peut être pour tout. Pour moi si l'activité piano est suivie d'une façon soutenue ça aura des impacts bénéfiques sur pas mal d'activités de la vie quotidienne qui utilisent le bi-manuel. Je vais pouvoir aussi ajouter la concentration parce que ça aura un grand impact sur le cognitif donc tout ce qui demandera de l'attention, de la double tâche ça va être aussi favorisé. Donc c'est toujours toutes les activités de la vie quotidienne. Voilà. »

Moi : « Est-ce que cette activité peut aider davantage le patient à prendre conscience de son handicap par rapport à une autre activité en ergothérapie ? »

Ergothérapeute : « Globalement oui surtout si c'est quelqu'un qui l'a déjà pratiqué. La fameuse comparaison avant-après. Ça peut être un facteur démonstration pour montrer qu'en effet le handicap il est là et il agit au quotidien, typiquement dans l'activité piano il n'arrive plus à faire comme avant. Donc le handicap il est présent et donc il est limitant mais comme on va pouvoir montrer à quelqu'un, qui ne savait pas jouer avant. Ça va être aussi valorisant et donc une prise de conscience ou la relativité du handicap en montrant aux personnes que même des choses qui sont compliquées comme jouer du piano, ils arrivent à le faire donc je pense qu'en effet ça peut avoir un côté positif dans l'acceptation de la lourdeur du handicap comme dans l'acceptation des capacités résiduelles du handicap. Après pour d'autres, les personnes qui ne veulent pas accepter leur handicap, le piano ils vont juste dire que c'est quelque chose de très compliqué et trop complexe et que peut-être même avant c'était trop compliqué... donc je pense que le piano il peut s'inscrire au même titre qu'une activité, la personne elle ne le verra pas plus avec le piano. Mais la personne qui accepte d'ouvrir les yeux pourrait en effet mieux comprendre la place de son handicap dans sa vie grâce au piano, oui. »

Moi : « Est-ce que cette activité elle peut aider à communiquer et à interagir plus facilement qu'une autre activité ? »

Ergothérapeute : « Oui, je pense qu'on peut exprimer plus de choses avec une activité piano qu'avec un solitaire, pourtant je suis une grande fan du solitaire. Le piano ça peut être revalorisant et la musique ça peut être très figé et sentimental, ça peut permettre d'exprimer plein de choses, il y a des gens qui s'expriment par la parole, par les mimiques, par les blagues et pourquoi on n'exprimerait pas par la musique ? Et le piano, des instruments que je connais, ça va être le plus accessible pour exprimer ses sentiments musicalement. Il y a peu d'autres instruments qui permettent à une main de jouer des

mélodies. Le piano il a des notes, on peut jouer en majeur, on peut jouer en mineur, on peut faire des tonalités graves, des choses rapides, gaies et je pense que même avec un handicap assez majeur on peut arriver à commencer à exprimer des choses. On peut taper fort dessus pour exprimer sa colère, on peut jouer un morceau doux pour exprimer un apaisement, on peut exprimer plus de choses avec le piano qu'une activité vannerie, menuiserie, une activité standard. »

Moi : « Et quels avantages vous voyez à pratiquer cette activité en parallèle du travail des activités de la vie quotidienne ? »

Ergothérapeute : « Ben déjà ouvrir le champ des activités de rééducation qui en tout cas dans mon cas, quand on a les patients 6 mois un an, on tourne vite en rond. Voir une nouvelle corde d'un autre arc pour proposer un peu de changement tout en ayant des objectifs assez ciblés et faciles d'accès. Ce n'est pas long à mettre en place, le tout c'est d'avoir un piano et après de mettre en place l'activité mais une prise en charge autour du piano ça ne doit pas être compliqué. On peut faire des exercices, ça peut être une rééducation très ciblée avec des consignes très précises comme un moment de liberté, une activité en tant que telle, ça peut être un outil de rééducation. Et en plus si c'était une activité antérieure on repart sur les habitudes de vie et donc on repart sur une activité de la vie quotidienne de la personne. »

Moi : « Et comment vous pensez que les capacités acquises durant l'activité piano peuvent être transposées dans les AVQ ? »

Ergothérapeute : « Pour moi il n'y aura pas une transposition réfléchie, il y aura une habileté qui se sera créée et naturellement elle va se transposer parce que si la main est plus mobile, si la dextérité s'est améliorée de la main plégique ou de la main saine, tout ça ça va se ressentir dans les activités de la vie quotidienne, la personne sera plus habile. Donc pour moi il n'y aura pas de transposition réfléchie analysée, il y aura une transposition naturelle comme pour un autre exercice, on se demande pas bien pourquoi le solitaire va améliorer la vie quotidienne... et pourtant on voit bien qu'on le sait, donc pour moi ça va se transposer tout seul sans techniques particulières. Mais avec une habileté améliorée ben la personne elle sera plus habile dans tous ses gestes de la vie quotidienne, avec une attention qui sera un peu plus soutenue, elle arrivera à mieux gérer plus d'actes de la vie quotidienne et avec une endurance, voilà, avec une détente si le piano arrive à la détendre, ce sera aussi

plus facile de gérer tous les actes de la vie quotidienne. Pour moi je ne vois pas de parallèles précis, je ne vois pas de techniques précises, pour moi ça va être naturel. »

Moi : « Et par rapport aux aides techniques qu'on peut proposer, est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir un lien avec l'utilisation, le but ? »

Ergothérapeute : « Je ne voyais pas beaucoup d'aides techniques en commun entre le piano et la vie quotidienne mais en même temps je suis en train de me dire que certains n'ont pas la dextérité du doigt et je suis en train de penser au bracelet métacarpien avec des bâtons et oui en effet ça pourrait pour certaines aides techniques... en tête je n'en ai pas beaucoup... j'ai deux trois aides techniques en tête, en effet on peut les mettre en place sur le piano et ensuite se rendre compte que ça peut aider dans le quotidien. Je pense que oui mais je n'ai pas beaucoup d'aides techniques en tête, en effet j'ai le bâton avec le bracelet métacarpien mais c'est peut-être pas trop pour les avc, et pour certains avc on se sert aussi du ... ce truc qu'on met sous l'avant bras et qui aide à bouger mais j'ai oublié le nom. Je n'ai que ces deux aides techniques en tête qui pourrait marcher parce que chaque fois que j'utilise la suspension, ça ne va pas être utilisé au quotidien. C'est qu'une technique de rééducation. Dans les aides techniques de la vie quotidienne de l'hémiplégique, je ne vois pas bien le parallèle, après je pense que probablement que oui, après le peu que j'ai en tête je pense que ça va permettre d'accepter mieux l'aide technique donc si j'avais un piano, je ne vendrai pas au supérieur l'achat d'un piano pour l'utilisation des aides techniques. Après si j'avais plus d'aides techniques en tête, ça marcherait mieux... donc pour moi oui, mais dans une utilisation secondaire. En complément. »

Moi : « La famille et le thérapeute, est-ce qu'ils peuvent aider au gain d'indépendance en parallèle de l'activité ? »

Ergothérapeute : « Alors l'entourage en tout cas, je pense que oui, car la musique souvent ça se fait en famille car quand on joue depuis longtemps, on l'a montré, on a joué ensemble et l'entourage est partie prenante et c'est des personnes à qui on faisait écouter donc pour moi l'activité piano la famille va pouvoir participer, va pouvoir aider la personne à se motiver, va pouvoir revaloriser et en effet va pouvoir être moteur de l'investissement de la personne. Et du coup je pense que c'est pareil, le thérapeute il va pouvoir stimuler la personne, la revaloriser et motiver la personne. En fait le thérapeute va être le lien pour les personnes qui n'ont pas fait du piano avant et le thérapeute va être le lien entre l'explication de ce qui se passe sur le piano et ce que ça va apporter à l'extérieur. Le

thérapeute va être aussi le rappel du progrès, tout ce qu'il va gagner en indépendance, le thérapeute va pouvoir le souligner à la personne. Et sur une activité piano si en plus on la laisse en libre accès, la personne elle peut aussi gagner en indépendance parce qu'elle va venir toute seule le faire, elle va s'installer et elle va ouvrir le piano, elle va jouer. Et je pense que c'est des choses comme ça anodines où le patient ne verra pas la rééducation dedans et si c'est quelque chose qu'il aime, il va profiter, il va venir et des fois c'est tout bête mais c'est comme ça qu'on acquiert le déplacement en fauteuil roulant ou la mise du frein ou le déplacement avec une canne si il n'y a pas le fauteuil ou l'acquisition du transfert pour passer sur le tabouret. Et je pense qu'en effet ça peut gagner en indépendance mais le thérapeute, juste parce qu'il aura ouvert la porte, parfois il aura guidé mais je pense qu'en effet l'entourage va stimuler la personne à investir l'activité alors que l'entourage a quand même... quand l'entourage dit « vas-y joue moi un morceau » c'est quand même plus valorisant que quand l'entourage dit « vas-y aligne-moi 5 pions sur le solitaire ». C'est une activité qui est très valorisante et donc je pense qu'en effet l'entourage va être encore plus stimulant et motiver la personne qui a plus envie de prendre son indépendance et de gagner en autonomie et de continuer à avancer sur cet exercice qui va être un moyen de gagner en autonomie. »

Moi : « Est-ce que l'activité avec des adaptations elle aiderait à utiliser des aides techniques dans les AVQ, on en a déjà un peu parlé tout à l'heure ? »

Ergothérapeute : « Oui alors avec le peu d'adaptations que j'ai en tête ça pourrait permettre de créer une habileté à utiliser une adaptation et donc ensuite aider la personne à la transposer derrière. »

Moi : « **Quel processus envisageriez-vous pour réaliser l'activité piano ? Pour la mise en place de l'activité, le programme, les objectifs...** »

Ergothérapeute : « Ben moi j'utiliserai de deux façons différentes : soit je pourrai le proposer à quelqu'un « est-ce que ça vous tente de faire un peu de piano » et si quelqu'un a déjà fait du piano, lui proposer aussi et si c'est quelqu'un qui en a jamais fait et que ça tente de passer par ce moyen de rééducation, à ce moment là ce serait l'inclure dans des séances. Donc ce serait installer la personne devant le piano, suivant l'objectif ça dépend du bilan de la personne, si la personne elle n'a pas de motricité du tout et dans ce cas là l'objectif ce sera de s'installer au piano et de recréer, d'augmenter la dextérité et la mobilité de la main saine qui sera des fois la main non dominante. Il pourra y avoir comme

objectif, si la personne elle a un peu de motricité, essayer de tenir une note, essayer de faire quelques notes, un accord c'est peut-être un peu trop mais voilà d'arriver à gérer que la main gauche. On va pouvoir aussi travailler la coordination bi-manuelle si la récupération elle est assez bonne par l'activité piano, si la récupération est bonne la coordination bi-manuelle, on va pouvoir travailler comme objectif la récupération ou l'entretien de la proprioception, on va pouvoir travailler tout ce qui est capacité d'attention, tout ce qui est exploration visuelle, tout ce qui est contrôle oculo-manuel, travailler l'oculomoteur aussi parce qu'il va falloir balayer le regard sur le piano... On peut travailler grâce à l'activité piano, on peut travailler les transferts, on peut travailler avec une personne qui est en fauteuil roulant la mise en place et l'escamotage des cale pieds pour s'approcher du piano, on va pouvoir réintégrer l'utilisation du pied dans la rééducation si on se sert des pédales... Comme objectifs il y a tout ça donc pour moi ce serait du cognitif, du moteur dans des séances de rééducation individuelles en dédiées. On va travailler la mémoire aussi. Et après si c'est des personnes qui savent plus jouer et qui ont un peu de récupération, ou qui commencent à comprendre suite aux séances individuelles à comprendre comment peut marcher l'activité piano, ce serait plutôt des séances non dédiées, c'est-à-dire que la personne est en pseudo-autonomie sur un laps de temps précis où elle pourrait venir se servir du piano, faire des exercices qu'on aurait définis à l'avance ensemble, jouer des morceaux qui lui plaisent et encore dans un autre cadre, dans les moments de valorisation demander à avoir l'accès à la salle du piano pour pouvoir montrer aux autres, montrer leurs compétences, reprendre du plaisir à jouer pourquoi pas des petits concerts s'il le souhaite. Et je suis en train de me dire aussi, pourquoi pas, une personne ayant fait un AVC et ayant des très bonnes connaissances en piano, on pourrait lui laisser le piano à disposition pour qu'il apprenne aux autres personnes. Il pourrait y avoir un échange de patient autour du piano avec là, pas forcément des objectifs ergo mais plus généraux comme trouver une place, arriver à guider, arriver à avoir une valorisation, une reprise de l'estime de soi grâce au piano. »

Moi : « Donc du coup vous décomposeriez l'activité en plusieurs objectifs ? »

Ergothérapeute : « Oui à chaque fois ce qui est important surtout, face à un piano qui peut être une activité rapportée à Mozart, Beethoven, ça va être important de toujours bien cibler l'objectif avec la personne avant de venir s'asseoir devant le piano parce que c'est une activité qui peut rapidement mettre en échec. Donc il faut que les objectifs soient prédéfinis, bien compris à l'avance et qu'on soit bien d'accord avec le patient de l'objectif

de la séance qu'on est en train de faire qui peut être juste appuyer sur une touche ou jouer un morceau, mais qu'on soit bien d'accord avec le patient avant de ce qu'on attend. Il y aura des sous objectifs, en effet des objectifs généraux de reprise d'autonomie. »

Moi : « Et vous verrez une motivation, une acquisition plus rapide lors de compliments, de valorisations ? »

Ergothérapeute : « Oui je pense. Je pense qu'en effet ... un musicien ça joue de la musique pour lui et certains souvent jouent aussi de la musique pour les autres. La musique ça s'écoute donc on estime qu'il y a quelqu'un qui va écouter en plus de soi et quelqu'un qui va pouvoir avoir des mots qui peuvent être valorisants donc je pense que le piano c'est un moyen de se revaloriser, de retrouver l'estime de soi et grâce à la démonstration à l'entourage ou autres patients qu'on peut côtoyer, et même l'admiration du thérapeute, pouvoir retrouver de l'estime et être valorisé. »

Moi : « Et que feriez-vous en cas d'échec d'une méthode que vous avez pu proposer pour faire tel exercice au piano ? »

Ergothérapeute : « Ben je pense, que ce soit du piano ou que ce soit autre chose, il y a différentes façons de le gérer. Le plus souvent, personnellement, quand l'activité proposée ne convient pas ou quand il y a un échec, on en rediscute avec la personne. Je reverrai avec le patient si c'est un échec parce que la méthode n'était pas adaptée pour qu'on revoit les objectifs et les exercices avec une difficulté inférieure ; est-ce qu'il faut, voir avec la personne si elle est d'accord pour mettre en place des aides techniques ou si, en effet en discuter avec le patient pour voir si ce n'était pas trop précoce ou si ce n'était pas une mauvaise idée parce que ça ne lui donné pas envie, ce n'était pas le bon moment, ce n'était pas le bon moyen. Et donc ce serait discuter avec le patient pour voir si il veut arrêter complètement, passer à autre chose et revenir plus tard sur l'activité piano ou si c'est juste la méthode ou les objectifs ou les difficultés qui étaient trop grandes et dans ce cas là on réadapte l'activité piano pour qu'il puisse la poursuivre. Mais comme toute autre activité qu'on peut proposer en rééducation. »

Moi : « Et est-ce que vous pourrez mettre en place des aides mnémotechniques pour réaliser l'activité ? »

Ergothérapeute : « Oui oui complètement, le piano quand on est petit on n'apprend pas les notes, on apprend avec des gommettes, soit avec des choses écrites sur les touches et ça

je pense que ça en effet en mnémotechniques ça peut être ça. Sur les touches du piano pour se souvenir quelle note est à jouer et après ça peut être des systèmes de couleur pour avoir une partition en face et, pas une partition sur une portée, mais une partition avec une ligne soit de notes écrites « do » et avoir écrit sur le clavier ou des codes couleurs, une couleur sur la feuille et on appuie sur la bonne couleur... mnémotechniques moi je verrais ça. Après il pourrait y avoir aussi pour travailler la mémoire auditive, mais ça ne serait pas forcément une aide mnémotechnique, avec un enregistrement, telle note à tel moment. Suivant les pianos on peut aussi avoir des claviers où la touche s'illumine au moment où il faut appuyer dessus, avec des morceaux pré enregistrés. Soit il y a une petite led en haut de la touche qui s'allume là où il faut appuyer soit peut-être même un rétro-éclairage de la touche. Ca doit exister, sinon c'est une bonne idée. »

Moi : « Et vous est-ce que vous aideriez le patient à réaliser l'activité au début du programme ? »

Ergothérapeute : « Bien sur, je pense. Pour éviter la mise en échec en tout cas et suivant l'objectif, mais il y a un objectif d'accompagnement et du coup ça peut être supporter un bras parce qu'il manque de motricité, ça peut être aider à guider le bras parce que la personne elle n'a de la motricité qu'en distal : il bouge le doigt et nous on bouge le bras. Ca va pouvoir être montrer les notes à la personne si c'est plus des difficultés d'attention cognitive ou de mise en place au piano parce qu'elle ne connaît pas ou comme dire les codes couleurs parce que la personne n'arrive pas bien à lire. Donc bien sûr on peut aider la personne au début que ce soit cognitif ou moteur. Donc oui, oui on peut aider. »

Moi : « Comment vous envisageriez les situations où les points de vue avec le patient sur l'activité, seraient différents ? Vous serez en désaccord tous les deux. »

Ergothérapeute : « Comme une autre activité, on en discute, on essaye de savoir pourquoi on est en désaccord et au final, soit le désaccord est sur le cadre, la mise en pratique ou une mise en danger potentielle du patient qui veut jouer debout sur un pied ou avec les mains directement dans les cordes... en fait si il y a une notion de sécurité ou du non respect des objectifs ben peut-être qu'il faudra arrêter l'activité ou la reprendre plus tard. Si c'est un désaccord mineur sur une volonté de faire différemment du patient mais qui ne porte pas atteinte ni au cadre ni à l'objectif de rééducation, je le laisserai faire. C'est toujours pareil comme avec une autre activité, on voit ce qui est dans l'intérêt du patient. La sécurité d'abord et ensuite les objectifs, si ça ne nuit pas ces objectifs, si ça ne fait de mal à

personne, si on n'est pas d'accord, si il n'y a pas de raisons de l'empêcher ... ça peut être aussi un moyen de poser un cadre à l'activité piano mais comme tout autre activité. Donc s'il y a désaccord, si ce n'est pas un risque, si ce n'est pas une atteinte au cadre et à l'objectif il continuera comme il a envie, quitte à ce que peut-être ça va le permettre de se mettre en échec et d'avancer derrière. Donc c'est des choses à tenter. »

Moi : « Et après comment envisageriez vous la réalisation et l'intégration d'un patient dans un groupe de musique au centre ou à l'extérieur ? »

Ergothérapeute : « Je n'avais pas pensé à ça ! Et bah ça peut être ... alors si c'est dans le centre, ce qui n'est pas le cas chez nous actuellement, soit c'est des patients qui sont autonomes et qui ont décidé de créer un groupe de musique et dans ce cas là on peut aider le patient à s'intégrer dans ce groupe en aidant à adapter les partitions, en l'aidant à répéter, en l'aidant à réussir des passages un peu plus compliqués. En tout cas à trouver sa place, à adapter la partition à ses capacités. Si c'est un groupe crée par les animateurs, aider les animateurs à aider le patient à trouver sa place et à lui demander des choses en adéquation en tout cas avec ses capacités. Si c'est un groupe à l'extérieur, ce serait rencontrer les autres membres du groupe en tout cas si le patient est d'accord. Accompagner le patient dans l'explication de ses capacités aux autres membres du groupe. Et accompagner le patient dans le choix des morceaux qui lui sont accessibles, aider le patient à rendre accessible les morceaux pour lui je pense. »

Moi : « Comment vous en tant qu'ergo, à travers l'activité piano, développeriez-vous l'autonomie et l'indépendance chez ces patients hémiplésiques ? »

Ergothérapeute : « Comme le reste des rééducations en fait. Vraiment pour moi l'activité piano ça serait une autre activité de rééducation et de réadaptation au même titre que les autres. Ce serait soit dans un versant à visé rééducatif ou créer une habileté, faire de la rééducation grâce au moyen piano pour qu'ensuite la personne puisse gagner en capacité donc gagner en autonomie, aider la personne à intégrer sa déficience et donc arriver, aider la personne à mieux se gérer, mieux se comprendre, mieux se connaître. Et donc pouvoir derrière se servir de cette connaissance pour mieux gérer son indépendance et son autonomie au quotidien. Et dans un troisième temps, aider la personne à être valorisée, aider la personne à trouver un moyen de reprendre du plaisir dans une activité qu'elle connaissait ou qu'elle ne connaissait pas, en tout cas arriver à remettre une personne qui a eu un AVC, qui a potentiellement des séquelles, à la remettre en activité, ce qui est souvent

difficile pour ces personnes là, par la proposition de l'activité piano. Et donc voilà remettre le personne en activité, remettre la personne dans une socialisation, dans une revalorisation qui pourrait l'aider à reprendre goût aux activités de la vie quotidienne. »

3. Entretien avec le patient :

Moi : « Quelle est votre profession ? »

Patient : « En fait, j'ai deux professions. Non on peut dire j'ai deux passions. J'ai deux façons d'être. Je vais dire je suis artiste, mais pas au sens prétentieux. Artiste ça veut dire que je vis dans le monde des arts et que je cherche à ce que tout soit art. Et comme on dit, « recherche absolue de l'homme ». C'est ça pour moi un art. Quoiqu'il fasse c'est toujours être à la recherche de la perfection, peu importe ce qu'il peut faire. Donc la première passion que j'ai dans la vie c'est cela, essayer de toujours trouver le meilleur de moi-même. Et puis deuxième chose, ma deuxième raison de vivre pour moi, c'est de transmettre aux autres, donc enseigner. »

Moi : « Et donc vous vous dites enseignant, enseignant de quoi ? »

Patient : « De musique mais pas d'instrument. Qu'est-ce que la musique ? Donc ça, j'ai été enseignant depuis des gens de collège jusqu'au plus haut niveau d'université, c'est-à-dire que je m'occupais des gens de l'agrégatif à la Sorbonne. Donc j'ai eu tout le panel, j'ai même donné des cours pour des personnes âgées enfin je crois avoir fait tout ce qui semble pédagogique. Au bout du compte je me rends compte que tout est pareil dans l'enseignement, il faut trouver les manières les plus efficaces. »

Moi : « Donc vous pratiquiez la musique, et est-ce que vous pouvez-me dire quel instrument ? »

Patient : « Alors, moi je suis pianiste. Je suis pianiste, mais à l'origine je suis accordéoniste. J'ai eu la chance de rencontrer un accordéoniste extra-ordinaire, musicien pas populaire, et puis je me suis mis au piano parce qu'un piano est arrivé un jour à la maison et petit à petit je suis passé au piano parce qu'il n'y avait plus de débouché à l'accordéon à ce moment là. »

Moi : « Je suppose que vous jouiez tous les jours ? »

Patient : « Alors le piano... déjà n'importe quel instrument, c'est tous les jours. Parce que vous savez, le cerveau est d'une lenteur extraordinaire et fabuleusement paresseux et donc tous les jours il faut redire redire les choses en espérant que petit à petit des automatismes arrivent. Et puis faut qu'il comprenne ça aussi, il a du mal à comprendre ce qu'on veut. Donc c'est tous les jours, tous les jours. Et à un moment quand on devient professionnel, c'est en moyenne à travailler pendant 15 ans 10 heures par jour, enfin vacances comprises ! C'est ça tout le temps. »

Moi : « Et aujourd'hui, quelle est votre situation de handicap ? »

Patient : « Actuellement, ça a été d'abord une paralysie totale de tout le côté droit, brutalement, d'un coup. C'est assez bizarre. Dès le départ j'ai eu la chance d'avoir un AVC situé que sur la motricité et c'est ce qui se récupère le plus. On s'est aperçu deux jours, trois jours après qu'il y avait quelques petites choses qui revenaient. Et qui fait qu'il y avait l'espoir que la motricité revienne. Aujourd'hui je recommence à marcher un peu et je m'oblige à me servir du bras droit bêtement pour ouvrir une porte de placard... j'essaye de lui redonner un rôle. »

Moi : « C'est arrivé quand votre AVC ? »

Patient : « Il est arrivé il y a cinq semaines. Ça a d'abord été annoncé par un AVC transitoire, je suis ressorti 24 h après en pleine forme et 5 semaines plus tard, c'était très violent. Donc en gros je me retrouve bien handicapé quand même. »

Moi : « Et du coup pour vous, maintenant que vous avez commencé la rééducation, quel est le trouble le plus invalidant dans la vie de tous les jours ? »

Patient : « Dans la mesure où la marche semble revenir et qu'a priori ça devrait aboutir à un résultat très positif, ce qui m'invalide le plus, c'est le bras. Je ne peux strictement rien en faire, donc c'est ce qui me gêne le plus. Mais là aussi il y a quand même pas mal d'espoir puisque tous les jours petit à petit j'arrive à refaire un petit machin et je sens une reconstruction des choses. Ce que je trouve très très intéressant, c'est le fait que j'ai l'impression de prendre en charge la reconstruction parce que je suis extrêmement bien aidé, que je pose plein de questions, que j'essaie de comprendre comment les choses fonctionnent et qu'à partir de là je deviens vraiment à part entière responsable d'un geste. Si j'arrive à faire un geste je sais pourquoi, on m'a expliqué on m'a montré les muscles. »

Moi : « Vous avez besoin d'entendre et comprendre ? »

Patient : « Ah bah c'est fondamental ! Sinon je ne maîtrise rien du tout. Je dois comprendre comment m'y prendre pour ouvrir une porte par exemple. Si je fais bêtement je ne peux pas l'ouvrir. C'est donc fondamental de comprendre et en plus je peux le rattacher à tout ce que je connais quand j'ai pu travailler le bras avant avec le piano. Tout ça a fait un tissu de connaissances qui m'aide énormément. »

Moi : « Et est-ce que vous avez déjà eu recours de l'ergothérapie ? »

Patient : « Non ! Et je ne savais même que vous existiez. Je ne savais pas ce que c'était avant l'ave. »

Moi : « Et avant d'arriver dans l'établissement de rééducation... »

Patient : « Ah si j'ai eu deux trois séances à l'hôpital. Avant l'hôpital je n'avais jamais entendu parler de l'ergothérapie. »

Moi : « Et donc à l'hôpital, on vous a expliqué ce que c'était ? »

Patient : « On m'a lancé dans le bain directement. On m'a mis des petits poids suspendus, c'était complètement déprimant car je ne pouvais pratiquement rien faire. Je sortais des séances abattu... »

Moi : « Et quelles activités vous avez fait pendant ces quelques séances ? »

Patient : « C'était essayer de prendre des cônes, essayer de faire des mouvements avec une planche à roulette pour avoir un minimum de petits mouvements. Et puis j'avais des flux qui passaient, je sentais bien que ce n'était pas mort. »

Moi : « Donc je suppose que vous n'aviez pas pratiqué d'activité musicale en ergothérapie ? »

Patient : « Pas du tout, et je n'y tiens pas forcément ! Parce qu'ils m'ont dit dès le départ qu'ils allaient trouver un instrument mais moi je n'ai pas besoin de son pour bouger un doigt. Si je prends un doigt et que je fais ça : « tap », je l'entends le son, je l'ai travaillé des milliers d'heures. Je me retrouve dix minutes en salle d'attente, je vais travailler les doigts, tout le temps. Je ne pense pas avoir besoin d'instrument pour ça. »

Moi : « Imaginons que vous demandez à faire une activité piano en ergothérapie, pourquoi choisissez-vous cette activité ? »

Patient : « Pourquoi est-ce qu'on pourrait avoir envie ... Je pense que ça peut être extrêmement porteur dans la mesure que c'est flatteur. On n'est pas entrain de tapoter sur des bouchons, on fait des sons. La personne se rend compte qu'elle est en train de créer. Notre but c'est de remuer les doigts et si au bout des doigts il y a du son et qu'on commence à faire des petites mélodies, à ce moment là, taper des doigts devient un moyen. Donc c'est beaucoup moins rasoir et ennuyeux et c'est simplement plus stimulant que bouger les doigts simplement. L'avantage de la musique dans ce cas là c'est qu'elle peut permettre de moins se rend compte qu'on travaille et que c'est plaisant, gratifiant. Ca met en valeur et c'est d'autant vrai que l'ergothérapie c'est très exigeant et compliqué, c'est plutôt déprimant qu'encourageant. Donc là ça peut aider et encourager. De la même façon que faire une autre activité manuelle en ergothérapie, avec de la pâte à modeler par exemple. Là ce sont les mains qui travaillent mais on oublie au bout d'un moment que c'est le travail des mains et je pense que c'est très porteur. Ca me paraît très très stimulant, c'est gratifiant, ne serait-ce que de jouer qu'au clair de la lune ou une note. Vous pourrez trouver des combinaisons toutes simples à faire pour travailler le poignet ou la pesanteur du bras. »

Moi : « Après est-ce que vous pensez que vous devez avoir des aptitudes pré requises pour faire l'activité ? »

Patient : « Ah non pas du tout ! Il faut arrêter de croire qu'il faut être doué pour faire de la musique. Tout le monde fait de la musique ! Ca n'existe pas les gens doués. Tout le monde peut faire de la musique. Si vous donnez aux gens l'envie de faire quelque chose, ils vont travailler. Donc n'importe qui s'en donne l'envie. Un patient avec un clavier aura envie de taper sur la touche, il le fera forcément bien. C'est obligé. Après vous pouvez guider, pour que ce soit plus flatteur, pour qu'il organise, pour qu'il ai une image sur le son comme c'est abstrait. »

Moi : « Et est-ce qu'il pourrait y avoir des obstacles ou des éléments facilitateurs pour réaliser cette activité ? »

Patient : « Ah bah le piano c'est facile, on appuie sur une touche n'importe comment et ça fait un son, il est rarement épouvantable sauf si on tape comme un malade. Mais sinon le

piano c'est flatteur au départ. Mais passer devant un clavier, tout le monde l'a fait, on tape dessus et c'est joli. Je ne vois pas en quoi ça peut rebuter du monde. On peut même passer ses doigts sur les cordes, si on peut soulever son bras hémiparétique et ça fera un son différent et c'est rigolo, ça va intriguer. Il aura peut-être envie de pincer les cordes. Le piano c'est déjà du son fait. La clarinette faut se tenir debout faut savoir souffler, faut savoir pincer et si jamais on pince mal : « ouic », l'anche se met à hurler ... c'est ingrat ! Un piano c'est tout prêt. A priori en tout cas, la première approche c'est ça. »

Moi : « Du coup, vous dites que c'est tout fait, mais vous pensez qu'il doit y avoir des aptitudes prérequis ? »

Patient : « Ah mais non, mais non ! On n'a pas besoin de s'asseoir devant comme un élève qui va se mettre à apprendre le piano. On s'en fout du clavier, ce qui compte c'est ce qu'on entend. Le clavier c'est une petite partie par rapport à tout ce qui est derrière, qui est le son. La seule chose qui compte en musique c'est l'oreille, ce n'est pas la façon dont on s'y prend. Ça veut dire qu'il ne faut pas s'asseoir devant un piano et donner un cours de piano. Là les gens deviennent fous, ils partent en courant parce qu'on va les dégouter comme des générations entières depuis des dizaines d'années. On essaierait, on jouerait des choses. Faire passer la difficulté de l'ergothérapie avec un côté ludique et faire construire des sons. Je crois. »

Moi : « Et pour un patient, comme vous, est-ce que vous pensez que les loisirs et les habitudes de la vie quotidienne qu'il avait peuvent influencer l'activité ? »

Patient : « Certainement, après ça dépend des personnes. Je pense que oui quelqu'un qui doit être fou de pétanque ou de tricot on peut réutiliser ça, bien sûr, au contraire. Toute façon le problème c'est qu'un patient est une personne isolée parmi les autres, le patient est unique donc tout dépend du besoin des gens et de leur histoire. Je pense que dans n'importe quelle situation, moi c'est le cas, il faut que je tienne compte de son histoire et de ce qu'il est pour essayer de le sensibiliser à des choses. Et je pense que quand on a des responsabilités comme les vôtres, et qui sont beaucoup plus importantes parce qu'elles sont physiques et c'est beaucoup plus grave, tous les moyens sont bons pour trouver de quoi stimuler la personne. Bien sûr bien sûr. »

Moi : « Et est-ce que vous pensez qu'il existe des risques qui peuvent survenir après avoir joué du piano en ergothérapie, par exemple ? »

Patient : « Des risques non, je ne vois pas de risques du tout. Déjà sur le plan physique il ne peut pas y avoir de risques, ce n'est pas méchant un piano. Il ne peut pas y avoir de risques à ce niveau puisqu'on est dans de la rééducation. Le piano est très mauvais comme tous les instruments de musique s'ils sont mal pratiqués à haute fréquence. A haute dose ça peut être dangereux, moi j'ai eu énormément de problème avec le poignet droit par exemple avec le piano. Bah oui parce que petit à petit une espèce de crampe chronique s'installe, sans qu'on s'en rende compte. Alors on se met à lutter et on en revient à l'ergothérapie. En ce moment je suis en train de lutter contre des forces qui bloquent en fait mes gestes. Et quand on a une espèce de crampe, on lutte ça devient un combat en concert. On ne sait jamais si ça va bien marcher ou pas. Mais psychologiquement il n'y a aucun risque, pas du tout. Parce que en fait on va avoir une activité ludique, le but ce n'est pas de dire il faut que j'arrive à jouer la lettre à Elise dans trois jours, dans trois semaines parce qu'on s'en fiche complètement ! Le but c'est de s'amuser avec des sons pour se reconstruire sans vous en rendre compte et rééduquer votre corps mais en veillant comme guide quelque chose qui est un peu magique. Je crois. Et c'est pour ça que si on arrive à réincorporer des petites gestes tous simples sur le piano dans une bande magnétique qui va se mettre en arrière, qu'il suffit de mettre deux notes, c'est magique, c'est bien ! Je pense que ça c'est très facilement adaptable. Mais faudrait travailler avec des musiciens par contre, qui vont eux élaborer avec les médecins, avec les spécialistes que vous êtes, vont élaborer vraiment une méthode hein, un réservoir musical. Ça ne peut être que bénéfique pour moi si les gens ont envie. C'est obligé, c'est obligé. »

Moi : « Après, si on imagine qu'une activité piano se met en place, comment vous voyez l'environnement matériel et personnel autour de la personne ? »

Patient : « C'est-à-dire ? Qu'est-ce que vous voulez dire par environnement ? »

Moi : « Pour l'environnement je veux dire ... Vous êtes dans la pièce d'ergothérapie par exemple avec l'activité piano, est-ce que vous préféreriez être isolé dans une pièce ou vous vous en moquez qu'il y ait du monde autour ? »

Patient : « Alors je pense qu'il vaut mieux que ce soit isolé, c'est-à-dire que, à ce moment là ce qu'il faut c'est utiliser des ordinateurs et des synthétiseurs avec des casques. Que les gens soient dans leur coin et on peut être dans un circuit audio, sans gêner les autres. Parce qu'évidemment c'est à double tranchant, on peut déranger les autres parce que les autres n'ont pas envie d'entendre des notes ! Et de la même façon que vous-même, vous n'avez

peut-être pas envie d'entendre des choses qui vont être laides et très dégradantes ! « Oh il est nul avec son piano, il nous casse les pieds ! ». Ca peut être gênant pour les patients. Par contre, pourquoi ne pas faire de temps en temps des petites démonstrations ? ca peut mettre en valeur et peut-être donner aux autres l'envie de la faire ? »

Moi : « **Alors après par rapport à une autre activité que vous aviez pu faire en ergothérapie, qu'est-ce que le piano pourrait apporter en termes d'autonomie et d'indépendance ?** »

Patient : ...

Moi : « Vous comprenez le terme d'autonomie et d'indépendance ? »

Patient : « Oui oui je comprends bien. Ben je suis en train de chercher ce qu'on pourrait faire comme exercice au piano. L'avantage du piano c'est qu'il nous apprend à avoir les deux mains indépendantes. Donc on peut utiliser le piano comme complémentarité, je vais dire que... la première chose très simple à faire dans toute éducation, c'est le jeu de la réponse. Si je fais à la main gauche deux bruits, je réponds à la main droite deux bruits. Vous comprenez, je suis en complémentarité, je suis en écho. Ça peut même se faire à plusieurs. Ca peut être un atelier par exemple, pourquoi pas. Où des gens vont les uns après les autres, imaginons il y a un cercle, chacun va jouer deux coups... créer une activité collective. Ce qui fait que vous êtes obligés de faire des gestes, de maîtriser des choses très très simples, mais ça peut être un support en tout cas la musique. Et puis les coordinations aussi. Je ne sais pas si je réponds en fait exactement à ce que vous voulez dire en termes d'autonomie. »

Moi : « Ce qu'on entend par autonomie et indépendance, nous, ça va être principalement dans les gestes de la vie quotidienne par exemple. Et donc en quoi travailler l'activité piano pourrait ... ? »

Patient : « Bah déjà... je reprends, c'est bien comme ca que je le voyais mais essayer de trouver des techniques pour... déjà oui je disais l'indépendance des deux mains. J'entends par exemple beaucoup dire « ohlala je suis droitier, faut que j'écrive de la main gauche c'est pas possible, c'est infernal ! » c'est pas difficile d'écrire de la main gauche. On écrit pas de la main gauche aussi bien que de la main droite si on n'a pas l'habitude et puis ça s'apprend mais ça n'est pas difficile. C'est simplement une espèce d'indépendance des mains. Et ça le piano ça nous apprend ça par exemple. On est capable d'ouvrir une porte

aussi bien de la main gauche que de la main droite ! On devrait tous être, je sais pas moi, 50 % ambidextre. Et je pense que le piano ça peut permettre de développer directement ça chez les gens en ergothérapie. »

Moi : « Donc pour vous, c'est un avantage ? »

Patient : « Oui ! Ça peut l'être ! Encore une fois tout part au départ de l'envie. Si le patient n'a pas envie, ce n'est pas la peine ! Bien entendu que ça va donner de l'autonomie. Je pense essentiellement à ça. Essentiellement à ça, d'apprendre à prendre conscience du rôle des mains. Voyez-vous, je ne sais pas, je crois que je ne m'étais jamais posé la question mais j'ai l'impression que... demandez à n'importe qui dans la rue « comment utilises-tu tes mains » et je suis sûr que personne ne peut répondre. « à quoi servent tes mains ? » l'une et l'autre. Demandez à un droitier à quoi te sert la main gauche. C'est une question que je ne me pose absolument pas car je me sers des deux mains en permanence. J'allais dire à la limite je n'ai pratiquement pas de main privilégiée. Mais ça c'est le piano qui m'a donné ça. Parce que les deux mains elles servent tout le temps. »

Moi : « Donc pour vous c'est essentiellement l'importance des deux mains. »

Patient : « Bah oui parce que le jour où on est privé d'une, c'est utile de pouvoir se servir de l'autre déjà et puis c'est ce qui rend la vie courante déjà plus facile. De ne pas savoir laquelle on va choisir, c'est la main qui se trouve là qui va faire ! Et en ergothérapie, enfin je crois, qu'on prend souvent l'exemple d'une main pour faire fonctionner l'autre. En piano on peut faire des choses complètement... je repense en même temps à la thérapie miroir... en piano on travaille en miroir, toujours ! Quand j'ai découvert la thérapie miroir à l'hôpital par exemple, je voyais ma main gauche qui bougeait avec l'illusion que ma main droite était en train de faire la même chose, mais en fait ce que j'ai dit à l'ergothérapeute, c'est exactement ce que je travaille depuis trente ans ! C'est-à-dire que si je travaille chaque doigt séparé, je fais la même chose aux deux mains, donc c'est inversé, c'est miroir ! On a tout un travail de technique de doigt qui est entièrement basé sur ce jeu du miroir. On fait exactement la même chose aux deux mains. Ça je pense que ça rejoint énormément de choses en ergothérapie, avec la thérapie mais également avec le fait que la deuxième main sert aussi d'exemple à la première. Je pense à ça puisque cette après-midi en kinésithérapie, on essayait de faire un mouvement et pour que je comprenne bien, elle me la fait faire avec l'autre bras. Et je l'ai refait jusqu'à temps que je sente exactement ce qui se passe dans le bras et ensuite en essayant d'appliquer au bras touché. Donc je pense

que ça doit apporter beaucoup d'autonomie et d'indépendance et après la psychologie, l'accessibilité, c'est la musique mais là on ne parle pas de musique. »

Moi : « Et sinon est-ce que vous pensez que ça peut aider à prendre conscience des difficultés ? »

Patient : « Ah bah évidemment, évidemment ! Quand on voit tout d'un coup qu'on ne peut rien faire du tout, quand on voit ce qu'on est capable de faire avec le bras valide et qu'on n'est plus du tout capable avec l'autre ... c'est le gouffre ! C'est d'ailleurs ce qui est le plus dur dans la vie sur le plan psychologique. »

Moi : « Et donc par rapport à une autre activité ? Imaginons il y a une activité piano et des cônes à côté, vous pensez qu'il y a une différence, qu'elle fait prendre conscience de la même façon ? »

Patient : « Je ne sais pas ... les cônes je trouve ça d'une cruauté épouvantable. Parce que là on est vraiment face à son incompetence, c'est bête. Et alors quand on imagine tous les mouvements simplement pour prendre un cône, c'est délirant ! C'est vraiment déprimant ! Si je faisais des exercices avec le piano, s'ils sont bien étudiés et qu'ils soient jolis... à partir de là, on se rendrait compte « ah zut je peux rien faire avec ma main droite » mais ne serait-ce que si j'arrive à faire quelque chose c'est déjà pas si mal ! Puisqu'on va l'incorporer dans un truc qui nous met en valeur ! »

Moi : « C'est une sorte de motivation dans la rééducation ? »

Patient : « Ben oui car si on fait quelque chose de dégradant, on a envie d'arrêter. Ils vont prendre conscience qu'ils ne savent plus faire mais avec peut-être l'espoir quand même de se dire « ben finalement je m'en sors un peu ». Vous comprenez ce que je veux dire ? C'est un peu comme ça que je verrais, comment j'essaierais de trouver une solution. »

Moi : « Et selon vous, est-ce que l'activité piano peut aider à communiquer et interagir plus facilement, qu'à travers une autre activité ? »

Patient : « Bah c'est ce que j'ai dit tout à l'heure... »

Moi : « Si on garde l'exemple des cônes, par exemple. »

Patient : « Bah à partir du moment où plusieurs personnes sont ensemble, on peut créer un jeu ludique. »

Moi : « Mais imaginons que vous êtes seul avec le thérapeute. »

Patient : « On peut avoir un jeu de piano. C'est très important qu'il y ait, comment dirai-je, le côté jeu, le côté plaisir. A mon avis le piano peut permettre de donner du plaisir à l'activité. Un rapport avec l'ergothérapeute ou un médecin ou avec qui vous voulez, faut que ce soit gai ; faut que ce soit un rapport humain riche, intéressant, qui donne envie, qui a un rapport de travail, un rapport de sérieux mais c'est aussi basé sur le rapport de confiance. Et la confiance elle ne peut venir que si la personne qui vous en prend en charge vous donne envie, prend conscience de vous, vous met à l'aise. Il y a surtout, dans ce genre d'accident, une psychologie énorme pour l'ergothérapeute! Et pour en revenir au piano, le piano il va permettre de faire des échanges, des jeux ... de s'amuser. C'est important la notion de s'amuser dans la rééducation. Parce qu'il y a beaucoup de personnes quand même qui le vivent très mal ! Si on réussit par la musique, il y a tout un tas de possibilités ne serait-ce que par le jeu de la réponse... »

Moi : « Et vous avez fait l'activité piano, vous avez appris des choses. Comment vous voyez la transposition des capacités acquises dans la vie quotidienne ? »

Patient : « Ben ce sont les gestes qui deviennent plus simples ! Je veux dire moi le fait d'avoir beaucoup travaillé le piano, je me sers des mains avec beaucoup plus d'aisance. La rééducation sur un piano ça va forcément apprendre à se servir des mains, ça me paraît évident ! Il y a des tas de gestes qui vont se faire ! Et puis quand vous travaillez en plus le travail technique du piano, l'ergothérapie c'est la même chose, tout est basé sur la précision du mouvement, sur l'absence de mouvements compensatoires, sur la pesanteur... tout ! Ce n'est que ça le piano. La première chose à dire pour comprendre, c'est que faire une note, ce n'est pas ce que pensent les gens mettre le doigt, l'articuler et faire boum. Faire une note sur un piano c'est je prends mon bras ballant, comme ça, et le jeter sur le piano. Et en le jetant sur le piano, je prends conscience du poids du bras, la vitesse à laquelle il arrive et de la conséquence de ce que j'entends. C'est-à-dire « je vais faire ça, comme ça ». C'est exactement pareil en ergothérapie, ce que je vous disais au début. Donc je pense que ça ne peut qu'aider les gens à mieux se servir de leurs mains, s'ils s'en sortent hein. »

Moi : « Et vous savez qu'il existe des aides techniques, vous n'en avez peut-être pas, mais est-ce que vous pensez que le piano peut aider à accepter ? Parce que certains patients ne

veulent pas l'utiliser car ça peut montrer le handicap ... et est-ce que justement l'activité comme celle-ci pourrait aider l'utilisation ? »

Patient : « Je ne vois pas en quoi ... je crois surtout que l'utilisation de façon générale c'est ludique, étonnant, valorise sur le plan psychologique. Parce qu'il se passe des choses, parce que je n'avais jamais fait, parce que c'est gratifiant... et je pense que sur le plan physique, ergothérapie même, c'est réapprendre à faire des gestes. Non pas pour faire des gestes comme prendre un cône ce qui est très très abstrait, mais au contraire pour faire quelque chose « ah ça va être joli ». Ce qui fait que les gestes seront peut-être mieux comme ça. »

Moi : « Pensez-vous que la famille et le thérapeute peuvent aider au gain d'indépendance ? »

Patient : « Je ne sais pas du tout. Je pense qu'il faut une complicité. On en revient à ce que je disais il y a dix minutes : c'est une question de confiance. Moi si j'ai confiance en quelqu'un je le suis au bout du monde. Je fais si j'ai confiance. Parce que j'ai envie d'avoir confiance. Si on est dans un état de faiblesse on veut qu'on nous aide. Et à ce moment là toutes aides deviennent importantes. Mais ça part sur le rapport psychologique au départ. Donc éventuellement une complicité avec la famille peut aider mais là on en revient à ce que je disais tout à l'heure, chacun a son histoire chacun a ses besoins. »

Moi : « Donc pour vous c'est important que la famille soit impliquée. »

Patient : « Si le cas nécessite que la famille soit là, il n'y a pas de règles. C'est un peu ce qu'on disait au tout début, finalement c'est l'histoire de chacun avec ses propres besoins, ses problèmes, ses frustrations, ses rêves. Et je pense qu'un médecin, un thérapeute ne peut fonctionner que s'il s'adapte parfaitement à la personne qui est en face de lui. Et non pas si la vie gagne. En ergothérapie pour moi on peut compter sur la famille si elle est utile, ça devient aussi un instrument. Et le piano est un instrument de travail ici. »

Moi : « **Ensuite, comment imagineriez-vous l'activité piano, que ce soit au niveau du programme, de l'apprentissage ... ? Comment vous voyez l'activité en ergothérapie ?** »

Patient : « Ben toute façon que ce soit en terme de programme, ce n'est pas le piano qui va primer. En termes de programme, c'est l'ergothérapie qui prime. Un patient, quels sont ses

problèmes ? Si vous partez de quelqu'un qui est complètement hémiparétique, du haut, je vois plutôt en quoi le piano peut-il aider à éveiller des mouvements et développer des mouvements. Donc il faut établir tout un programme d'activité mais ça je veux dire faut le faire avec un musicien qui a vraiment envie de s'impliquer dans l'affaire. Autrement dit, on peut se servir aussi des cordes avec un piano démonté : les frotter, les pincer ... encore une fois, théoriquement on devrait partir, en musique pour n'importe qui « fais-moi du bruit, débrouille-toi comme tu veux, fais-moi du bruit », comme on dit « donne-moi de la pâte à modeler ». C'est de la pâte à modeler du son. « Donne-moi de la matière ». « bouing bong douing », qu'est-ce qu'on a envie de faire avec ça ? Et là on va prendre conscience par exemple des éléments du son : tu veux jouer fort, tu veux jouer faible, tu veux que ça résonne, tu veux que ce soit sec... le but encore une fois c'est pas de faire jouer la lettre à Elise, le but c'est qu'il travaille et qu'il s'amuse à tripoter du son, et que de ce son qu'ils vont tripoter comme un môme avec morceau de pâte à modeler à Noël, petit à petit il s'instruit des choses. Pour moi c'est comme ça que je ferai, je n'aurai aucune ambition à faire apprendre des notes, surtout pas. On est déjà dans un état de diminution, de faiblesse et si en plus on va leur apprendre le solfège, c'est foutu ! Non, non, c'est vraiment on fait du son, on tripote le son ; au bout d'un moment le gamin il fait une maison, un saucisson... eh bah voilà c'est ça. »

Moi : « Et du coup vous pensez que l'exercice doit être décomposé en plusieurs objectifs ? »

Patient : « Ben l'objectif c'est quoi en fait, c'est qu'il se serve de son membre... donc en fait encore une fois, je pense que c'est l'ergothérapie qui prime. « Qu'est-ce que je veux lui permettre de faire ? » donc à partir de là en quoi le piano va amener en plus à l'activité. Autrement dit, quel geste vous voulez travailler. A partir de là avec un piano, en quoi ce geste peut-il permettre de créer un son ? Ou comment est-ce que je peux m'y prendre pour petit à petit que ce geste devienne automatique. Imaginons ce geste là, je peux le faire en pinçant des cordes, en frottant le clavier ou est-ce que j'ai un geste comme ça (poing sur la table). Imaginons pour apprendre à lever le bras : on va le lever et (baisse son bras et bruit sur la table) on entend « bam ». Est-ce que ce bruit plaît ? C'est dégueulasse, c'est dur. Alors maintenant il faudrait essayer de faire mieux, plus joli. Et on pourrait retenir le bras pour faire moins fort, arriver à contrôler. C'est un objectif d'ergothérapie, mais c'est l'oreille qui fait finalement que ça va diriger le bras. J'ai l'impression que ça pourrait être dans ce sens là qu'on pourrait travailler musique-ergothérapie. Essayer de trouver, par le

côté flatteur du son, par le côté plaisant, « j'ai fabriqué un son ». Donc à ce moment là la préoccupation ce n'est pas comme en ergothérapie à agripper les cônes, la préoccupation c'est « bon ce n'est pas joli mais comment je pourrais faire pour que ce soit plus joli ».

Moi : « Et s'il y a le thérapeute à côté, comme beaucoup de prises en charge, est-ce que les compliments et la valorisation motiverait dans l'activité ? »

Patient : « Evidemment, bah évidemment. Evidemment !! Vous n'allez pas dire à un gars « c'est nul ce que vous faites, vous n'êtes pas foutu prendre un truc et de le mettre dans la boîte ! » le gars il est dépité, il se suicide en sortant ! Vous allez vider l'institut ! (rire) Bien entendu, c'est fondamental. Surtout encore une fois, sur le plan psychologique, parce que les gens sont en état de faiblesse, subitement. Parce qu'en une minute, vous n'êtes plus rien. C'est terrible, vous étiez libre, brillant, et vous n'êtes plus rien du tout, c'est complètement dingue ! Donc c'est très très dur à accepter quand même. Et après ce qui est dur aussi c'est de regarder la pente, parce qu'à des moments la pente ... faut les pousser les cubes pour arriver en haut de la table ! Non mais bien entendu, il y a des moments de doutes. Je suis un peu privilégié parce qu'on m'a donné confiance, « tu devrais t'en sortir » et puis petit à petit il y a quelque petites choses qui se passent ! Et en même temps je suis teigneux et volontaire, donc je fais ce que je peux mais il est certain que quand on ne voit pas le résultat ou des résultats très faibles... ça doit être vachement dur, vachement dur ! Donc en fait oui on a besoin de gratification. C'est fondamental de la part des thérapeutes. »

Moi : « Comment réagiriez-vous en cas d'échec à un exercice proposé ? »

Patient : « Ca n'a pas d'importance et il n'y a pas d'échec. Il y a un échec quand vous voulez jouer la lettre à Elise et que vous n'y arrivez pas. »

Moi : « Mais si un thérapeute vous propose un exercice et vous voyez que ça ne va pas, est-ce que vous cherchez une façon de faire avec lui pour y arriver ? »

Patient : « Evidemment. Ce que je veux dire quand je dis qu'il n'y a pas d'échec, c'est qu'il n'y a pas de but ! Le but c'est de trouver une façon d'utiliser le son, du son pour permettre à des mouvements, des gestes d'exister. Et de progresser. C'est ça le but. Si tel exercice proposé ne va pas, vous en faites un autre mais il ne peut pas y avoir d'échec en tant que tel. On n'attend pas un résultat donné, on est dans une progression thérapeutique, c'est bien ça l'idée. C'est petit à petit remettre en route le mouvement, le flux. Il n'y a pas de but musical. »

Moi : « Et si vraiment on vous dit, vous êtes devant le piano, allez toucher cette touche là et ce n'est vraiment pas possible. Est-ce que vous pensez que des aides techniques, par exemple la suspension ou autre chose, peut aider ? »

Patient : « Oui mais à ce moment là vous allez retomber dans des exercices comme les cubes, les sphères, les cônes et je ne sais pas quoi vous retombez dans la même chose. Donc le piano là ne va rien nous amener. Si finalement au lieu d'appuyer sur le bouton rouge, au lieu de prendre le cube vert et si c'est pour jouer sur un sol bémol, on s'en fout, c'est la même chose ! »

Moi : « Vous n'y verrez pas d'intérêt ? »

Patient : « Aucun ! Le piano ne nous est plus utile. Parce que si vous allez toucher un sol bémol, ou aller chercher un truc rouge, finalement c'est toujours aller chercher un truc. Donc à la limite on s'en fout, on préfère aller prendre un cube ! C'est plus concret. Donc je ne pense pas qu'on puisse s'en servir de cette façon là. Ca implique d'inventer complètement une thérapie ou encore une aide thérapeutique par le piano. Créer quelque chose qui soit gratifiant tout de suite et qui permette de détourner l'esprit pour que justement le patient ne soit pas dans l'échec de l'ergothérapie. Parce que c'est ça le problème de l'ergothérapie, c'est l'échec. Parce que quand vous passez 10 minutes à vous arracher le corps pour attraper un cube qui fait guère quelques centimètres de large et vous emmène jusqu'à l'épuisement, c'est quand même déprimant ! Donc c'est cet échec là qu'il faut essayer de masquer par autre chose. Enfin c'est comme ça que je vois. Ca me passionnerait d'inventer un programme d'ergothérapie comme ça. A priori mais tout me passionne. »

Moi : « Et après comment verriez-vous l'aide que le thérapeute peut apporter pendant l'activité ? »

Patient : « Euh ca implique déjà que l'ergothérapeute ait parfaitement compris l'utilisation de l'instrument. Qu'il ait vraiment compris comment ça fonctionne. »

Moi : « Vous pensez que l'ergothérapeute doit être pianiste ? »

Patient : « Non non non non, qu'il sache utiliser le piano, c'est-à-dire ce que je disais tout à l'heure, je vais faire des bruits. Mais on travaille vraiment sur un jeu de son, surtout ne jamais penser des notes. Il n'y a pas de but musical, le but ce n'est pas de leur faire jouer

quelque chose. Leur but c'est de ... j'en reviens à ça, pétrir du son, travailler du son, s'amuser avec du son. En prendre conscience et c'est important que l'ergothérapeute comprenne cette technique. Vous voyez ce n'est pas du tout avoir un musicien traditionnel au sens du terme qui va jouer la lettre à Elise. C'est quelqu'un qui comprend que le son va détourner l'attention du patient parce qu'il va penser à autre chose. En musique, le son est la conséquence des gestes, et ça c'est très important. Comment réussir à faire le bon geste, et bien c'est exactement ça que nous dit le son. Donc en fait pour moi la musique dans l'ergothérapie c'est cela, utilise le son comme guide. Pendant que le patient pense à faire un son, « tiens je vais le faire moins fort »... si vous le dites « essaye de maîtriser la pesanteur » ça ne va pas aller ... vous lui dites « et si on essaye un peu moins fort ». Et c'est plus du tout le même procédé psychologique. Et c'est pour ça qu'il n'y a pas de but musical. Et c'est en ça que l'ergothérapeute lui doit bien comprendre qu'il travaille sur la sensation, « qu'est-ce que ça va te faire ». Donc pour moi l'ergothérapeute doit maîtriser cette espèce de maîtrise du son. »

Moi : « Après, on a déjà évoqué brièvement dans la première question, mais quels seraient les effets bénéfiques de jouer dans un groupe de musique avec d'autres patients? »

Patient : « Bah sur le plan technique ce qu'on disait tout à l'heure, si on veut s'amuser, si on veut faire un groupe c'est faire le jeu des réponses. Il n'y a rien de plus simple que de jouer les uns après les autres. Après chacun amènera son rôle, ce qu'il peut faire. Ça veut dire que de là, suivant ce qu'il va se passer dans le groupe, les gens vont forcément se corriger par rapport aux autres. Et puis ça implique petit à petit de prendre conscience de la complémentarité qu'on peut avoir, qu'on peut apporter quand quelqu'un fait quelque chose, des éléments supplémentaires. Mais chacun va avoir un rôle et je pense que le fait de travailler en groupe peut être un stimulant, et être gratifiant. On va avoir envie « dis-donc-on s'est bien marré en ergothérapie ». Ce n'est pas un truc que vous entendez souvent ! Mais vous imaginez des patients qui diraient ça, ce serait d'arriver à ça dans l'idéal. »

Moi : « Et dans l'activité, imaginons que vous avez un point de vue différent avec le thérapeute en ce qui concerne les objectifs, la méthode utilisée... comment envisageriez-vous la situation ? »

Patient : « Là on va rentrer dans des egos, ce n'est pas par rapport à la musique. Si l'ergothérapeute est quelqu'un de très fin, il est capable de s'adapter à la psychologie du

patient, et ça revient à ce que je vous ai dit bien avant. Il est évident que si on rentre dans une certaine zone de conflit, c'est fini il faut plier ou changer de personne. Il faut même changer de thérapeute, car il faut que vous donniez envie au patient de travailler. Ça peut être un problème de confiance. Donc non le conflit ce n'est pas possible. »

Moi : « Et donc pour conclure cet entretien, comment, pour vous, l'activité piano menée en ergothérapie aiderait à développer votre autonomie et votre indépendance ? »

Patient : « Elle va permettre mon indépendance à partir du moment où je vais m'amuser, elle va distraire mon cerveau de la tâche ardue qui consiste à lever un doigt, mon poignet ou le bras, ce qui n'est pas un but excitant évidemment. On peut supposer que ça peut aussi ouvrir l'esprit aux gens, donner plus l'envie, on en revient au problème d'envie. Moi je crois que c'est bénéfique à ce niveau là. L'envie, le fait d'avoir du gratifiant, de détendre l'esprit pour rendre l'ergothérapie beaucoup moins austère et difficile à supporter. Pour moi l'activité elle doit être fondamentale pour ça. Pour quelqu'un qui est volontaire, quelqu'un qui ne veut pas, il ne veut pas ! Mais surtout au départ ce qu'il faut comprendre c'est que le but ce n'est pas de jouer de l'instrument : « moi j'en suis pas capable, je ne connais pas les notes ». Les gens disent ça et dix minutes après ils s'éclatent sur un piano, ils improvisent comme des dieux. Ne faut surtout pas qu'ils croient encore une fois qu'ils vont se retrouver face à un échec programmé. Le problème je crois, et dans toute relation avec des gens, c'est de faire miroiter un rêve. Toujours montrer qu'il y a un bel horizon en face et c'est là qu'on va. Donc si je dois incorporer le piano et la musique dans l'ergothérapie, ce n'est surtout pas avec, encore une fois, le fantôme de l'échec. Au contraire on va s'amuser, c'est rigolo, c'est sympa et encore une fois, le but ce n'est pas de jouer de la musique. Moi je crois que ça peut être très bénéfique mais le problème c'est d'arriver à tomber sur quelqu'un de très très sérieux et qui est capable de comprendre et pouvoir élaborer vraiment un programme. Et c'est lourd, ça ne doit pas être facile. Un programme c'est le plus fructueux possible et le plus gratifiant possible, surtout pas qu'on se sente dévalorisé. »

Moi : « Pour vous ce ne serait pas juste le but de taper, de bouger les doigts... »

Patient : « Ah non. Le but en étant plus précis, c'est de leur faire bouger les doigts sans finalement qu'ils ne s'en rendent compte. C'est exagéré ce que je dis, on est bien d'accord. Mais, encore une fois, le but pour ne doit pas être de remuer les doigts, c'est de faire

quelque chose et détourner l'attention. Je pense que ça permettrait de faire passer la pilule de façon moins amère. »

Résumé

Introduction: Avec plus de 155 000 nouveaux cas dans les pays industrialisés, l'Accident Vasculaire Cérébral est un problème de santé publique. Les déficiences provoquées par cette pathologie peuvent réduire l'autonomie et l'indépendance des patients dans leur vie quotidienne. Le but de mon étude est de montrer comment l'activité piano menée en ergothérapie peut développer l'autonomie et l'indépendance de ces patients.

Méthode: Une méthode qualitative a été choisie pour répondre à ma question. Deux ergothérapeutes et un patient hémiparétique, tous musiciens, ont été interrogés.

Résultats: Le piano peut être utilisé comme une activité motrice permettant l'indépendance des mains, une meilleure coordination et donc un meilleur usage du membre dans la vie quotidienne. L'activité piano pourrait aider à la prise de conscience du handicap tout en apportant du plaisir et de la fierté.

Conclusion: L'activité piano, menée en ergothérapie, peut développer l'autonomie et l'indépendance chez les patients hémiparétiques en les aidant à être bien dans leur corps et en leur redonnant confiance en soi grâce au plaisir, tout en travaillant la motricité du membre supérieur.

Mots clés : Autonomie et indépendance ; vie quotidienne ; activité piano ; ergothérapie

Abstract

Introduction: With more than 155 000 new cases in industrialized countries, stroke is a worldwide public health issue. The disabilities due to strokes can reduce a patient's autonomy and independence in his or her daily life. The aim of my study was to show how the piano activity in occupational therapy can develop the autonomy and independence of these patients.

Method: A qualitative method was chosen to answer my question. Two occupational therapists and a stroke patient, all of them musicians, were interviewed.

Results: Playing piano could be used as a motor activity allowing hand independence, better coordination and so consequently better usage of the hand in daily life. The piano activity could raise handicap awareness through the pleasure and pride induced.

Conclusion: The piano activity in occupational therapy can develop autonomy and independence for stroke on patients by improving their well-being and self-confidence thanks to pleasure, while working upper limb motor capacities.

Keywords: Autonomy and independence ; daily life ; piano activity ; occupational therapy

