

INSTITUT INTER REGIONAL DE FORMATION
EN ERGOTHERAPIE
MULHOUSE

ERGOTHERAPIE ET PROTOCOLE DE MOSELEY : VERS UN GAIN
D'INDEPENDANCE DANS LES ACTIVITES SIGNIFIANTES DU PATIENT
ALGODYSTROPHIQUE ?

Mémoire d'initiation à la recherche

Cécilia BENASSAR

Mai, 2016

« L'activité est une autre chose qu'une simple effectuation »

Francine Best

Remerciements

*Merci à Mme LUTHRINGER Noémie, mon maître de mémoire,
Et Mr VAISSIER Mathieu, mon référent professionnel,
Pour leur accompagnement, leurs conseils et leur disponibilité tout au long de l'élaboration
de ce travail.*

*Merci à l'ensemble de mes tuteurs de stage,
Mmes GROSSIN Frédérique et ACHER Florence,
Mr MAZELIN Julien,
Mmes JACQUES Candice, LEFEBVRE Bérénice, COUDOR Nadine,
Mmes FRANCOIS Brigitte, PERQUIN Jessica, BRESSON Pascale, et Mr FRANCOIS Jean-
Marc,
Mme ROUGET Valérie,
Ainsi que leurs collègues,
Pour leur accompagnement, leurs conseils et leur confiance,
C'est grâce à vous que j'ai pu devenir la future ergothérapeute que je suis aujourd'hui.*

*Merci à l'ensemble des professionnels et des patients qui m'ont accordé du temps pour
répondre à mes questions, et sans qui je n'aurais pas pu élaborer ce mémoire.*

Merci à Mme COUDOR Nadine, pour son soutien et ses encouragements durant ce travail.

*Merci à Mr HAMMOUDI Alaaeddine, pour son aide prépondérante dans le traitement
statistique des résultats.*

*Merci à Mme GRILLOT Brigitte, pour ses fructueuses recherches à la Bibliothèque
Universitaire de Besançon.*

*Merci à tous les formateurs et le personnel de l'IIRFE, pour leur accompagnement durant ces
trois années de formation.*

Merci à mes relecteurs, pour leurs analyses constructives.

*Merci également, à toutes les personnes qui ont pu me donner un avis critique et constructif sur
l'élaboration de ce mémoire*

Merci enfin à mes proches, pour leur présence et leur soutien.

Glossaire

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CRF: Centre de Rééducation Fonctionnelle

ENOTHE: European Network of Occupational Therapy in Higher Education

EVA : Echelle Visuelle Analogique

IIRFE : Institut Inter Régional de Formation en Ergothérapie

MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel

MCRO-P : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation

MIF : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle

SDRC I : Syndrome Dououreux Régional Complexe de type I

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Sommaire

I Introduction.....	1
II Problématisation	2
A. Situation d'appel	2
B. Question de départ.....	3
C. Phase exploratoire	4
1) Entretien exploratoire.....	4
2) Eléments de littérature	6
3) Question de recherche ou problématique.....	8
III Cadre théorique	10
A. Le Syndrome Dououreux Régional Complexe	10
1) Physiopathologie.....	10
2) Symptomatologie liée à la vie quotidienne	11
3) Etiologie.....	12
4) Traitement	12
B. Le protocole de Moseley	14
1) Historique.....	14
2) Fondements et approches scientifiques.....	15
3) Application.....	16
4) Objectifs	18
C. L'indépendance	19
1) Indépendance et autonomie.....	19
2) Indépendance et ergothérapie	19
D. Les activités signifiantes	20
1) Définition	20
2) Activités signifiantes et ergothérapie.....	21
a) Les activités signifiantes comme moyens de rééducation	21
b) Les activités signifiantes comme objectifs de rééducation	22
3) MCRO-P	23
a) Qu'est-ce qu'un modèle ?	23
b) Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P)	23
c) La mesure canadienne du rendement occupationnel.....	25

E.	Hypothèse de réponse à la problématique	26
IV	Méthodologie de recherche	27
A.	Choix de notre outil d'enquête et de la population interrogée	27
B.	Entretiens.....	29
1)	Méthodologie du recueil de données	29
2)	Passation et méthodologie de l'analyse de données	30
C.	Questionnaires	31
1)	Méthodologie du recueil de données	31
2)	Passation et méthodologie de l'analyse de données	31
V	Analyse des résultats	32
A.	Question 1	32
B.	Question 2	33
C.	Question 3	34
D.	Question 4 et 6.....	35
E.	Question 5	41
F.	Question 7	42
VI	Discussion	44
A.	Conclusion de l'enquête et vérification de nos hypothèses.....	44
B.	Limites de notre enquête	44
VII	Conclusion	46
	Bibliographie	

I Introduction

Le Syndrome Dououreux Régional Complexe de type I, bien qu'encore assez méconnu et vulgarisé dans l'ensemble de la population, engendre un réel besoin en matière de soins, puisque nombreuses sont les personnes affectées. En effet, en 2003, la prévalence, à savoir l'état de santé d'une population sur l'année, était de 20,5 personnes touchées pour 100 000 habitants. Concrètement, au niveau mondial, cela représente environ 1,5 millions d'individus¹. Il est important de noter que ce chiffre est inévitablement inférieur à la réalité, du fait du nombre important de diagnostics non posés. Les conséquences de cette pathologie sont multiples, aussi bien au niveau clinique, qu'au niveau fonctionnel. Ainsi, le SDRC I est très invalidant pour les personnes touchées, qui se voient impactées au quotidien, notamment via une perte progressive d'indépendance dans leurs activités. La prise en soins s'avère donc nécessaire, et les traitements proposés sont multiples, parmi lesquelles une prise en charge paramédicale. Au cours de ces dernières années, de nouvelles thérapies ont vu le jour et ont été développées. Leurs fondements et approches scientifiques sont novateurs, et la prise en charge sera immanquablement différente. Leur objectif est avant tout d'améliorer la prise en soins des patients en rééducation.

Notre mémoire d'initiation à la recherche, réalisé en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute, s'intéressera particulièrement à l'une de ces techniques, à savoir l'Imagerie Motrice dans le protocole de Moseley, ou programme d'imagerie motrice. Son efficacité a été déjà bien démontrée quant aux symptômes cliniques du SDRC I, notamment la douleur, l'œdème, mais aussi les gestes fonctionnels. En revanche, il n'est à ce jour que trop rarement mis en place pour les personnes atteintes de cette pathologie, et ce pour plusieurs raisons, parmi lesquelles le refus du patient, qui attend des progrès concrets et rapides dans son quotidien. Aucune étude n'a été menée à ce jour sur l'efficacité de ce protocole sur l'indépendance dans les activités significatives, c'est pourquoi nous avons souhaité approfondir ce sujet.

Nous exposerons d'abord la situation d'appel qui nous a conduits à créer ce travail, puis expliquerons les étapes suivies jusqu'à la formulation de notre question de départ. Ensuite, nous développerons notre partie théorique, basée sur les concepts fondateurs de ce mémoire : le SDRC I, le protocole de Moseley, l'indépendance et les activités significatives. Puis, une partie sera consacrée à notre enquête sur le terrain : nous expliquerons notre méthodologie d'enquête, puis analyserons les résultats obtenus et les commenterons. Pour finir, nous conclurons ce mémoire en reliant toutes les données que nous avons pu recevoir à la littérature, et répondrons à notre problématique. De nouvelles pistes de recherche seront proposées, pour une suite éventuelle à ce travail.

¹ MASSON C. Algodystrophie : syndrome douloureux régional complexe de type I. Elsevier Masson SAS. Numéro 14-286-A-10, 2011, p 1-14.

II Problématisation

A. Situation d'appel

J'ai choisi d'analyser une situation d'appel que j'ai vécue lors d'un de mes stages de deuxième année, en Centre de Rééducation Fonctionnelle. Celle-ci repose sur la prise en charge d'une patiente souffrant d'un Syndrome Dououreux Régional Complexe de type I (SDRC I), également nommée algodystrophie, qui touchait le membre supérieur.

En effet, cette patiente, âgée de 43 ans, a souffert d'une fracture de l'extrémité distale du radius gauche, de type Pouteau-Colles² le 10 novembre 2014 : il s'agit d'une fracture de l'extrémité distale du radius suite à un mécanisme de compression-extension, s'accompagnant d'un déplacement dorsal de celui-ci ; elle a donc derechef subi une opération chirurgicale sous anesthésie générale, due à l'état émotionnel de la patiente. La pose des deux broches¹ a engendré des complications (pneumonie, pleurésie), et leur ablation, le 19 décembre 2014, a entraîné une hypoesthésie dans le territoire du rameau sensitif du nerf radial³. Trois jours plus tard, elle présentait un œdème inflammatoire du poignet, ainsi qu'une couleur violacée de la peau, sans anomalie veineuse notable. La mobilité de la main et de l'épaule étant satisfaisante, s'est alors posée la question d'une irritation nerveuse. Le chirurgien qu'elle a consulté au SOS Mains l'a donc adressée à un kinésithérapeute. Cependant, les séances ne semblaient pas suffisantes pour calmer la douleur et drainer l'œdème. Après une série d'examens et d'imageries médicales, l'irritabilité du nerf radial s'est vérifiée, et une neurolyse de sa branche sensitive a été réalisée, suivie d'une greffe, aux dépens du nerf saphène externe, le 21 avril 2015.

Au mois de mai 2015, soit six mois après sa chute, les douleurs étaient toujours présentes et on pouvait remarquer un enraidissement, malgré les interventions décrites ci-dessus dont elle a pu bénéficier. Un diagnostic de SDRC I a donc été posé. Elle a alors été adressée vers un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), dans lequel un ergothérapeute dirige un service de rééducation de la main.

De nombreux bilans, parmi lesquels des bilans de force, de sensibilité, de douleur, de préhensions, ont donc été effectués, et la rééducation a ainsi pu commencer. Celle-ci consistait, en ergothérapie, en des mobilisations passives, des exercices de motricité fine, et en une rééducation sensitive. Cependant, les douleurs semblaient de plus en plus vives, tandis que la mobilité s'améliorait ; pourtant, cette patiente maintenait de plus en plus son membre supérieur en position de protection et de ce fait le sous-utilisait. L'ergothérapeute lui a proposé de mettre en place le protocole de Moseley, qui pourrait permettre de réduire les douleurs et de peu à peu réintégrer son membre supérieur gauche à son schéma corporel. Le principe de cette thérapie, ses modalités de mise en place ainsi que ses objectifs ont donc

² Des illustrations sont proposées en annexe (cf Annexe I : Fracture radiale de type Pouteau Colles et ostéosynthèse par broches, p I)

³ Un schéma illustratif est proposé en annexe (cf Annexe II : Territoire du rameau sensitif du nerf radial, p II)

largement été expliqués et à plusieurs reprises à cette patiente, le but étant d'obtenir son accord. Pourtant, elle a toujours refusé : elle ne comprenait pas l'intérêt de « travailler sur son cerveau », selon ses dires. Selon elle, elle était prise pour quelqu'un qui tenait des propos mensongers, notamment par rapport à sa douleur et ses difficultés. Elle arguait du fait que ses troubles concernant sa main et uniquement sa main, et qu'il ne s'agissait que d'un trouble moteur. Nous tenons à rappeler que le protocole de Moseley, et particulièrement la thérapie miroir, implique un travail sur la plasticité cérébrale et sur la reprogrammation corticale. Les patients associent donc fréquemment cette thérapie à un travail cognitif, et confondent donc très souvent le travail neurologique et le travail psychique, probablement était-ce le cas de cette patiente. De plus, elle exprimait son souhait de bénéficier de bienfaits concrets, mesurables et rapides. Il était en effet impératif pour elle de reprendre son travail, très manuel, au plus vite, faute de quoi elle risquait de le perdre. La thérapie miroir, et par conséquent le protocole tout entier, étaient clairement rejetés du fait de la complexité de leurs mécanismes. J'ai alors été déçue de cette décision, puisque je connaissais au fond de moi les bienfaits que pouvait lui apporter cette thérapie, et je me suis en quelque sorte sentie démunie face à cette situation. J'aurais aimé pouvoir la faire changer d'avis, mais sa décision s'est avérée définitive. Elle a d'ailleurs souhaité quitter l'établissement deux semaines plus tard.

B. Question de départ

Par la suite, je me suis beaucoup interrogée sur ce refus, et plusieurs questions me sont apparues et ont évolué au fil de mes réflexions :

- Quels moyens peut-on mettre en place pour impliquer un patient atteint d'algodystrophie au membre supérieur dans la thérapie miroir ?

Dans cette question, nous nous focalisons sur le refus de la patiente de s'engager dans cette thérapie, et nous interrogeons sur les moyens dont l'ergothérapeute peut disposer pour l'impliquer dans ce soin. Nous recherchons donc d'abord ici à faire un inventaire de toutes ces ressources, mais sans pour autant en choisir une en particulier à ce stade.

- Dans le cadre du protocole de Moseley, comment l'autorééducation pourrait-elle être plus efficace sur les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), chez les patients atteints d'algodystrophie touchant le membre supérieur ?

A présent, nous recadrons notre analyse au protocole de Moseley entier, et non plus uniquement à la thérapie miroir. De plus, suite à nos recherches, nous avons choisi l'autorééducation comme moyen utilisable par le thérapeute pour impliquer son patient dans ce genre de thérapie. Nous avons également souhaité inclure une variable concrète dans notre question, donc les activités quotidiennes, que nous avons pu faire émerger de la littérature.

- « **Dans le cadre des patients atteints d'algodystrophie en phase I et touchant le membre supérieur, en quoi la mise en place du protocole de Moseley améliore-t-**

elle les scores de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) concernant les Activités de la Vie Quotidienne ? »

Nous avons ici ciblé notre population, et l'avons restreinte aux patients atteints de SDRC de type I en phase I, puisque c'est à ce moment que le protocole est le plus efficace, selon les écrits. Nous avons également mis de côté la notion d'autorééducation, puisqu'elle est indissociable du protocole et ne peut donc pas être utilisée pour impliquer le patient. Sans autorééducation, il n'y a pas de protocole envisageable. Enfin, nous avons imaginé utiliser la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF)⁴, comme indicateur mesurable de l'impact du protocole dans les activités de la vie quotidienne.

En effet, notre réflexion a porté sur le fait que cette patiente attendait des bénéfices concrets de sa rééducation, notamment sur les activités quotidiennes et la reprise de son travail, et nous nous interrogeons sur les choses suivantes :

- La mise en place du protocole de Moseley influe-elle sur les activités de la vie quotidienne des patients atteints de SDRC de type I en phase aigue?
- La prise en compte des activités quotidiennes des patients leur permet-elle de s'impliquer dans ce protocole ?
- Cette patiente aurait-elle accepté cette thérapie si une preuve de son efficacité sur les activités quotidiennes lui avait été apportée ?

C'est avec toutes ces interrogations que nous avons débuté la phase exploratoire de notre mémoire, et l'idée de mettre en lien le protocole de Moseley, le SDRC de type I en phase aigue et les activités quotidiennes a continué à germer dans notre esprit.

C. Phase exploratoire

Cette situation clinique nous ayant beaucoup interpellés, nous avons souhaité approfondir quelque peu les liens qui pourraient exister entre les notions d'AVQ, de SDRC I ainsi que de protocole de Moseley. Dans cette optique, nous avons effectué de nombreuses recherches personnelles ; nous avons donc pu effectuer un entretien exploratoire avec un ergothérapeute, et lire différents articles, reliant souvent deux des notions que nous souhaitions étudier.

1) Entretien exploratoire

Nous avons eu beaucoup d'hésitations quant à l'entretien exploratoire, à savoir ce qui serait le plus pertinent entre interroger un patient atteint de SDRC I au membre supérieur, ou un ergothérapeute qui met ou a mis en place ce protocole dans sa pratique professionnelle.

⁴ Le bilan est proposé en annexe (cf Annexe III : Mesure de l'indépendance Fonctionnelle (MIF), p III)

Cependant, nous avons concédé qu'il serait probablement difficile de trouver un patient sorti d'hospitalisation, la procédure étant quelque peu délicate, d'autant plus que le temps imparti était limité. Nous avons donc préféré questionner un ergothérapeute travaillant dans un service de rééducation de la main, qui accompagne fréquemment des patients atteints de la pathologie qui nous intéresse dans ce mémoire, et qui a déjà eu l'occasion de mettre en place le protocole de Moseley. Cet entretien nous permettra de préparer et mettre en place notre phase exploratoire, de recherche.

Monsieur V., l'ergothérapeute que nous avons interrogé⁵, a indiqué avoir appliqué ce protocole dans le domaine de la traumatologie, et plus particulièrement pour la traumatologie de la main. Le critère indispensable pour qu'il le mette en place est l'exclusion avérée du membre atteint. A notre question « Dans le cadre des séances d'ergothérapie, comment se passe la mise en œuvre du protocole de Moseley ? », il répond en insistant fortement sur l'importance d'expliquer le protocole au patient, préalablement à sa mise en place. Il faut être extrêmement précis, éventuellement donner des exemples facilitant la compréhension du patient. L'ergothérapeute se doit également de faire une présentation accessible du fonctionnement cérébral et neurologique, pour amener les modalités du protocole et ses principes de fonctionnement. Il faut bien insister sur le rôle que doit jouer le patient, à s'impliquer au maximum dans sa thérapie : le protocole supposant une autorééducation, la responsabilité du patient est grande. En tous cas, si le patient refuse ce projet, il faut respecter ce choix, mais laisser une porte ouverte ; le thérapeute doit lui laisser du temps pour réfléchir, et lui proposer à nouveau quelques temps après.

En revanche, Monsieur V. note plusieurs limites à la mise en place du protocole de Moseley. Tout d'abord, la plus fréquente, il s'agit du refus en bloc du patient. Il est dû majoritairement à la confusion fréquente entre le travail neurologique, induit par le protocole, et le travail psychologique. Les patients sont souvent réfractaires pour cette raison. Ensuite, une autre limite à cette thérapie est l'observance des patients. Comme dit précédemment, ce protocole requiert une grande implication du patient pour permettre l'autorééducation, et comme il est très strict et invasif, une bonne observance n'est pas toujours appliquée. Enfin, le dernier frein identifié par Monsieur V. concerne les attentes des patients. Certains prétendent vouloir améliorer leur « autonomie » dans les activités quotidiennes, et souhaitent donc un travail des structures en séance.

Monsieur V. nous souligne également que plusieurs études ont déjà été menées quant au protocole, et son efficacité a été démontrée sur la douleur, les amplitudes articulaires et l'utilisation du membre lésé.

Pour conclure, il affirme que selon lui, le protocole de Moseley est indispensable à la rééducation d'une algodystrophie en phase I, mais cependant, il ne se suffit pas à lui-même : il doit être appliqué en complément d'une rééducation dite plus traditionnelle. Nous avons donc pu recueillir le témoignage d'un professionnel de terrain, que nous allons à présent relier à des écrits scientifiques.

⁵ L'entretien est retranscrit en intégralité en annexe (cf Annexe 1, p 1)

2) Éléments de littérature

a) Impacts du SDRC de type I

Selon François Fugère⁶ et Saloua Khalfaoui⁷, médecins en service de Médecine Physique et de Réadaptation, l'activité se situe au cœur des préoccupations des patients atteints de SDRC I. En effet, les activités quotidiennes sont affectées dans le cadre d'un SDRC. Monsieur V.⁸ reprend cette idée dans son témoignage, en indiquant que les patients sont vraiment en attente d'une amélioration de leur indépendance sur les activités quotidiennes grâce à leur rééducation. Cette pathologie engendre une douleur neuropathique très importante, s'étendant au-delà du territoire initialement touché. De plus, celle-ci est accentuée lors des mouvements, actifs ou passifs. De ce fait, les patients adoptent une position de protection pour leur membre lésé, dans le but de se protéger de la douleur, souvent même jusqu'à négliger leur utilisation au quotidien. Cependant, il est important de noter qu'une immobilisation prolongée est également vectrice de douleur. C'est ce que l'on appelle « le cercle vicieux » de l'algodystrophie. Ainsi, les patients sous-utilisent leur membre lésé au quotidien, dans le but de se protéger de la douleur, et perdent donc de l'indépendance dans leurs activités.

De plus, le SDRC I a un impact important sur le moral des patients. En effet, il a des répercussions sur leur quotidien, et est donc omniprésent dans leur vie. Les difficultés se font de plus en plus sentir, du fait de l'installation progressive de raideurs et de la douleur, toujours présente.

b) Le protocole de Moseley

D'autres lectures concernaient majoritairement l'application du protocole de Moseley. Son efficacité a ainsi été prouvée, grâce aux études menées par Moseley lui-même⁹, d'abord sur les douleurs liées au membre fantôme, mais également sur les douleurs et les gestes fonctionnels, dans le cadre du SDRC I. En revanche, aucune étude concrète n'a été effectuée par rapport aux activités quotidiennes, dans le cadre du SDRC I.

⁶ Source : <http://lemedecinquebec.org/archives/2015/1/4-le-syndrome-douloureux-regional-complexe-vous-connaissez-vous-devriez/> (consulté le 16.04.2016)

⁷ KHALFAOUI S., ARABI H., MEHDAOUI H., ALAOUI ISMAILI S., JEMMOUJ A., TRICHA M., BENABBOU M., EL ALBANI E. Syndrome douloureux régional complexe type I : actualités de la prise en charge thérapeutique. Revue Marocaine de Rhumatologie. Numéro 27, 2014, p 38-39.

⁸ L'entretien est retranscrit en intégralité en annexe (cf Annexe 1, p 1)

⁹ Ces études sont détaillées dans notre partie « Historique » à la page 13

c) *Indépendance et autonomie*

Au cours de l'entretien exploratoire réalisé avec Monsieur V., à la question « quelles sont les limites à cette mise en œuvre auxquelles vous avez déjà été confronté ? »¹⁰, il répond que le patient refuse parfois le protocole parce qu'il veut travailler sur les structures, afin d'améliorer son « autonomie » dans les activités de vie quotidiennes. Cependant, nous avons été troublés par cette notion d'autonomie, qui ne coïncide pas forcément avec ce que nous avons pu voir en cours. Nous avons en effet appris que l'indépendance et l'autonomie, bien que souvent confondues, ne sont pas réellement des synonymes. Nous avons donc effectué des recherches plus approfondies, afin d'éclaircir ces notions et de déterminer définitivement quel concept sera utilisé tout au long de notre mémoire.

Le Docteur Mias Lucien a réalisé un écrit, où il définit justement les deux idées qui nous intéressent. Selon lui, l'autonomie est la « *capacité d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir pour les assumer* »¹¹. Il précise également que « *l'autonomie, c'est la capacité à « penser l'action » ; (elle) relève du domaine intellectuel, cognitif et affectif, le « vouloir »* ». ¹⁰ L'autonomie est donc en quelque sorte cette liberté de décision, de choix de réaliser une action. L'indépendance, elle, concerne plutôt la « *capacité d'effectuer sans aide les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, économiques ou sociales* ». ¹⁰ Il s'agit de la « *capacité de « faire l'action » ; elle relève du domaine neuro-sensoriel et moteur, le « pouvoir »* »¹⁰. Nous avons ici plutôt un concept qui connote les capacités physiques d'une personne à réaliser une action. Nous pouvons donc voir que finalement, l'autonomie et l'indépendance sont bel et bien deux notions différentes.

Dans notre travail de recherche, nous souhaitons voir l'impact du protocole de Moseley sur les capacités d'une personne à réaliser une action, d'un point de vue strictement moteur. Nous verrons d'ailleurs par la suite que notre panel sera constitué de patients ne présentant pas de troubles cognitifs. Nous allons donc nous focaliser plutôt sur le concept d'indépendance pour la suite de notre travail, bien que nous établissions à nouveau un parallèle entre les deux par la suite.

d) *Evolution de l'ergothérapie*

Dans les cours que nous avons pu recevoir à l'Institut Inter Régional de Formation en Ergothérapie (IIRFE) de Mulhouse¹², Marie-Chantal Morel-Bracq a pu parler de l'évolution

¹⁰ L'entretien est retranscrit en intégralité en annexe (cf Annexe 1, p 1)

¹¹ Source : <http://papidoc.chic-cm.fr/562incapahandicap.html> (consulté le 13.03.2016)

¹² Institut de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Madame MOREL-BRACQ MC., ergothérapeute diplômée d'Etat, 2014.

du paradigme en ergothérapie. A l'heure actuelle, l'ergothérapeute se doit de prendre en compte l'interaction personne/activité/environnement. En approfondissant encore plus la réflexion, nous pouvons même distinguer deux types d'activités : les activités qui ont du sens pour la personne (activités signifiantes), et celles qui sont importantes aux yeux de la société (activités significatives). De plus, l'ergothérapeute tend à utiliser actuellement des modèles conceptuels, qui permettent d'orienter sa prise en charge et de se centrer sur le patient et ses attentes. Ainsi, ces données accentuent l'idée que la personne et l'activité sont indissociables l'un de l'autre.

e) Conclusion

Cette phase exploratoire nous a donc permis de nous conforter dans notre choix d'établir un lien entre le SDRC I, le protocole de Moseley et les AVQ. En effet, il s'agit d'une réelle demande qui émane des patients atteints. Cependant, deux notions ont émergé durant nos recherches, celle d'indépendance/autonomie, ainsi que celle d'activités signifiantes. Il nous paraît donc crucial de les insérer dans notre questionnement.

3) Question de recherche ou problématique

Suite à nos découvertes, nous avons décidé de transformer notre question de départ, pour cibler plus précisément notre problématique. Rappelons donc tout d'abord notre question de recherche provisoire :

« Dans le cadre des patients atteints d'algodystrophie en phase I et touchant le membre supérieur, en quoi la mise en place du protocole de Moseley améliore-t-elle les scores de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) concernant les Activités de la Vie Quotidienne ? »

Le problème majeur rencontré dans cette formulation de la question est que la spécificité de l'ergothérapie n'est pas suffisamment mise en avant. En effet, la MIF¹³ n'est pas un outil d'évaluation propre à l'ergothérapeute, elle peut par exemple être également utilisée par le masseur kinésithérapeute. De plus, elle se compose de cinq domaines à évaluer, ce qui est trop important pour notre recherche. Nous avons donc préféré choisir une nouvelle variable à mesurer, qui remplirait au mieux ces deux critères. Ainsi, nous avons reconsidéré les objectifs de notre étude, et nous avons réalisé que, finalement, à travers les scores de la MIF, nous souhaitions connaître l'évolution de l'indépendance des patients dans les activités citées. Cependant, celle-ci étant un concept et donc par définition difficilement mesurable, il nous a fallu déjà penser aux indicateurs qui permettrait de l'évaluer : nous avons donc imaginé

¹³ Le bilan est proposé en annexe (cf Annexe III : Mesure de l'indépendance Fonctionnelle (MIF), p III)

insérer la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel¹⁴ dans notre raisonnement. Ainsi, nous mesurerons l'indépendance dans les activités à travers deux indicateurs : le rendement et la satisfaction. De plus, les AVQ que nous citions dans notre question de départ étaient trop floues ; nous ne pouvions imaginer évaluer toutes les activités quotidiennes pour chaque personne. C'est pourquoi nos lectures ainsi que la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel nous ont permis d'intégrer la notion d' « activités significantes » à notre questionnaire. Enfin, nous avons souhaité modifier un détail, ou plutôt une dénomination dans notre question : nous préférons utiliser le terme de « Syndrome Douloureux Régional Complexe de type I » plutôt que celui d' « algodystrophie », qui est certes plus connu de tous, mais qui n'est plus vraiment actuel.

De cette réflexion a ainsi abouti notre question de recherche, que nous pourrions formuler de la manière suivante :

« Quelles sont les retombées de la mise en place du protocole de Moseley en ergothérapie sur l'indépendance dans les activités significantes de l'adulte atteint de SDRC de type I en phase aigüe au membre supérieur ? »

Il s'agit en effet d'une question ouverte, qui appelle à la réflexion. Là encore, toutes les notions que nous souhaitions aborder sont présentes, et cette problématique synthétise à notre sens les points importants soulevés lors de l'expérience en stage et de notre phase exploratoire.

Dans cette optique, notre recherche viserait donc à plusieurs objectifs personnels, mais serait également porteuse d'intérêt pour notre profession. Tout d'abord, de notre propre point de vue, ce travail nous permettra d'accroître considérablement nos connaissances dans ce domaine particulier qu'est la traumatologie, qui plus est couplé aux neurosciences. De plus, nous aimerions établir un lien direct avec notre situation d'appel. Comme cela a été dit précédemment, la patiente souhaitait des bénéfices concrets et rapides à sa rééducation, bien que l'idée même de faire appel à la plasticité cérébrale lui semblait inadéquate.

Notre fil conducteur reposera donc sur les deux questions suivantes : « Si l'efficacité du protocole de Moseley sur l'indépendance dans les activités quotidiennes avait été démontrée, Madame P. aurait-elle accepté la thérapie ? Aurait-elle jugé ce protocole adapté à ses objectifs ? » Notre idée étant que, menée à plus grande échelle, cette étude pourrait constituer un élément objectif à apporter aux patients doutant de l'efficacité du protocole. C'est sur ce point-même qu'elle pourrait être porteuse d'intérêt pour la profession d'ergothérapeute. Elle leur permettrait d'argumenter peut être plus aisément la congruence de la mise en place du protocole au cas des patients atteints de SDRC de type I au membre supérieur. A fortiori, sa fréquence d'application s'en retrouverait modifiée, dans un sens ou dans l'autre, selon les résultats de l'étude.

Nous allons donc à présent aborder les notions théoriques de cette problématique une à une, puis nous proposerons une hypothèse de réponse à notre question.

¹⁴ Le bilan est proposé en annexe (cf Annexe IV : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), p IV)

III Cadre théorique

Au regard de notre question de recherche donnée précédemment, nous souhaitons à présent développer les mots-clés et concepts suivants : le Syndrome Douloureux Régional Complexe, le protocole de Moseley, l'indépendance, et pour finir les activités significatives.

A. Le Syndrome Douloureux Régional Complexe

1) Physiopathologie

Le Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) se voit divisé en deux types¹⁵ :

- Le type I, encore appelé algodystrophie (sans lésion nerveuse identifiable)
- Le type II (après lésion identifiable d'un tronc nerveux riche en fibres sympathiques, tels les nerfs médian, sciatique, le plexus brachial...)

Nous allons dans ce travail de recherche nous intéresser au SDRC I. Autrefois dénommé « ostéoporose douloureuse post traumatique », ou encore « dystrophie réflexe des extrémités », il s'agit d'une affection polymorphe qui associe troubles trophiques et douleur dans une région articulaire précise. Il consiste en des troubles vasomoteurs et trophiques sur des structures cutanées, sous-cutanées, articulaires, péri articulaires et osseuses d'un segment de membre, sans pour autant présenter de signe biologique d'inflammation. Son diagnostic peut être posé grâce aux critères diagnostiques de Harden et Bruehl¹⁶.

Il existe plusieurs facteurs pouvant être considérés comme déclencheurs de la pathologie :

- Traumatisme modéré sur des zones riches en terminaisons nerveuses (kinésithérapie inadaptée, contusion...)
- Traumatisme important (fracture, luxation, entorse, acte chirurgical...)
- Pas de traumatisme (affections neurologiques, cardiopathies, grossesse, immobilisation prolongée...)

Suite à cette lésion initiale, une réponse anormale, à la fois dans son importance et sa prolongation, survient. Les mécanismes de cette réponse seraient centraux et périphériques, et le rôle du système sympathique n'est à ce jour plus en doute.

Le SDRC I se décompose généralement en trois phases¹⁷ :

¹⁵ Un tableau récapitulatif est proposé en annexe (cf Annexe V : Les deux types de Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC), p VIII)

¹⁶ Ces critères sont regroupés dans un tableau proposé en annexe (cf Annexe VI : Les critères diagnostiques de Harden et Bruehl, p IX)

¹⁷ Des illustrations sont proposées en annexe (cf Annexe VII : Exemples de mains droites aux stades I (gauche) et III (droite) du SDRC de type I, p IX)

- Phase I, ou aigue, ou inflammatoire, ou chaude, dite d'hyperméabilité locorégionale transitoire
- Phase II, ou dystrophique, ou froide
- Phase III, ou atrophique

La première d'entre elles, a une durée moyenne de quelques semaines à quelques mois. La douleur débute dans la région de la zone traumatisée ; elle augmente lors de mobilisations, à la chaleur, aux pressions, aux émotions. Sa description est ardue du fait des nombreux ressentis exprimés : il peut s'agir de fourmillements, d'un élancement, de picotements (paresthésies), ou encore de brûlures. Durant cette phase, les principaux signes évocateurs sont une rougeur, une hyperthermie locale, un œdème, une pousse accrue des phanères : il s'agit donc de signes locaux qui suggèrent une inflammation vasculaire.

La deuxième phase, elle, n'est pas un passage obligatoire : on peut en effet passer directement de la première à la dernière phase. Toutefois, celle-ci s'enchaîne avec la première, et peut durer jusqu'à plus d'une année. La douleur s'aggrave, en extension et en intensité, et est intensifiée par le froid. En région distale, on retrouve une cyanose, la peau froide, toujours des troubles des phanères, une hypersudation. En parallèle, une fibrose s'installe et l'ostéoporose est nette. L'atrophie commence.

La dernière phase a lieu en moyenne deux ans ou plus après le début de la maladie. La douleur reste importante, mais a tendance à s'atténuer, et le gonflement a disparu. En revanche, une raideur importante est à noter, ce qui induit une limitation considérable des mouvements. En distal, la peau est luisante, pâle et fine.

2) Symptomatologie liée à la vie quotidienne

Tout d'abord, les patients insistent sur la douleur omniprésente au quotidien.

De plus, selon François Fugère¹⁸ et Saloua Khalfaoui¹⁹, médecins en service de Médecine Physique et de Réadaptation, l'activité se situe au cœur des préoccupations des patients atteints de SDRC I. En effet, les activités quotidiennes sont affectées dans le cadre d'un SDRC I. Cette pathologie engendre une douleur neuropathique très importante, s'étendant au-delà du territoire initialement touché. De plus, celle-ci est accentuée lors des mouvements, actifs ou passifs. De ce fait, les patients adoptent une position de protection pour leur membre lésé, dans le but de se protéger de la douleur, souvent même jusqu'à négliger leur utilisation

¹⁸ Source : <http://lemedecinquebec.org/archives/2015/1/4-le-syndrome-douloureux-regional-complexe-vous-connaissiez-vous-devriez/> (consulté le 16.04.2016)

¹⁹ KHALFAOUI S., ARABI H., MEHDAOUI H., ALAOUI ISMAILI S., JEMMOUJ A., TRICHA M., BENABBOU M., EL ALBANI E. Syndrome douloureux régional complexe type I : actualités de la prise en charge thérapeutique. Revue Marocaine de Rhumatologie. Numéro 27, 2014, p 38-39.

au quotidien. Cependant, il est important de noter qu'une immobilisation prolongée est également vectrice de douleur. C'est ce que l'on appelle « le cercle vicieux » de l'algodystrophie. Ainsi, les patients sous-utilisent leur membre lésé au quotidien, dans le but de se protéger de la douleur, et perdent donc de l'indépendance dans leurs activités.

3) Etiologie

Le SDRC I peut survenir à tout âge, y compris chez les enfants, bien que l'on remarque qu'il touche majoritairement le patient adulte, âgé entre 40 et 70 ans en moyenne. De plus, il s'agit d'une pathologie très féminisée, puisque le ratio femme/homme est de 4/1. L'incidence, à savoir le risque pour un individu de contracter une pathologie pendant une période donnée, est de 5,4 pour 100 000, tandis que la prévalence, qui elle représente l'état de santé d'une population à un moment précis, est de 20,5 pour 100 000. Le SDRC I est donc une affection fréquente, bien que souvent méconnue. Il peut être primitif, ou secondaire dans trois quarts des cas. Ses localisations sont multiples :

- Membre supérieur
 - Main
 - Epaule
 - Formes extensives rares
 - ...
- Membre inférieur
 - Genou
 - Hanche
 - ...

L'atteinte du membre supérieur s'avère cependant être deux fois plus fréquente que celle du membre inférieur.

Le SDRC I engendre donc de réels besoins en matière de soins, puisque nombreuses sont les personnes affectées. Nous allons cependant voir que le traitement de cette pathologie ne permet pas forcément de répondre totalement à cette demande.

4) Traitement

Le traitement proposé de nos jours résulte des propositions faites par l'Ecole Française de Rhumatologie, qui, dès les années 1960, a mis en avant l'intérêt de combiner les soins physiques et les médicaments. Le traitement du SDRC I couvre plusieurs objectifs, parmi lesquels :

- La lutte contre la douleur

- La lutte contre les anomalies vasomotrices
- La prévention d'installations éventuelles de rétractions capsulaires, synoviales, tendineuses...
- La préservation de la fonction et l'évitement de l'exclusion fonctionnelle du membre

Il est important de débiter la prise en charge précocement, dès les premiers signes de la phase chaude, cela permet de favoriser l'efficacité des soins. En revanche, il est essentiel de savoir qu'il n'existe à ce jour aucun traitement curatif défini.

Tout d'abord, des traitements symptomatiques sont mis en place. En effet, l'arsenal thérapeutique dont nous disposons est très vaste, mais reste cependant empirique. En tout cas, les antalgiques de paliers I et II s'avèrent être efficaces contre la douleur, et des anxiolytiques et antidépresseurs sont fréquemment prescrits dans le traitement de cette pathologie. Cependant, comme dit précédemment, ils ne permettent pas de guérir du SDRC I, mais agissent sur ses symptômes principaux.

Ensuite, des thérapeutiques physiques sont mises en place. Le membre atteint est mis au repos, en déclive afin de drainer l'œdème. Une physiothérapie à visée circulatoire sera préconisée, ainsi que de l'ergothérapie. Il faudra drainer l'œdème et mobiliser le membre (d'abord de manière passive puis active) afin de lutter contre la douleur. Il est essentiel de noter que ces soins s'effectuent en-dessous du seuil douloureux, pour ne pas aggraver la maladie. Pour illustrer ces notions, nous pouvons citer quelques exemples de soins apportés :

- En phase chaude :
 - Bains écossais, puis massages, puis drainages
 - Mobilisations douces, passives, infra douloureuses
 - Manipulations actives d'objets dans le sable ou l'eau (travail de la sensibilité en parallèle)
- En phase froide :
 - Mobilisations articulaires progressives

La prise en charge psychologique est également essentielle dans le cas de patients atteints de SDRC I. La douleur a un retentissement psychologique important, tout comme les incapacités et handicaps qui s'accroissent au fur et à mesure du temps. C'est pour cette raison que les patients peuvent se voir orientés vers des psychothérapeutes ou des associations par exemple.

Avec les traitements précédemment cités ainsi que la précocité de la prise en charge, nous remarquons que dans la plupart des cas, la guérison complète s'obtient en une année ou plus, et même parfois sans séquelles.

Depuis quelques années, de nouvelles thérapies s'adressant aux patients touchés par le SDRC de type I voient le jour, parmi lesquelles nous pouvons citer :

- Les vibrations de basses amplitudes appliquées sur un tendon, ce qui engendre l'illusion d'un mouvement allant dans le sens de l'étirement
- La rééducation proprioceptive

- La thérapie du miroir
- Le programme d'imagerie motrice de Moseley

C'est donc à cette dernière thérapie que nous allons nous intéresser par la suite.

B. Le protocole de Moseley

1) Historique

Au début des années 1990, un neurologue américain, le docteur Ramachandran, a utilisé la thérapie miroir pour la première fois, avec pour objectif de diminuer la douleur des patients amputés du membre inférieur. En effet, il étudiait l'intérêt des afférences sensorielles visuelles, pour lutter contre les douleurs du membre fantôme. Elle consiste en effet à créer une illusion de schéma corporel complet suite à une amputation, ce qui entrainerait la réduction des douleurs fantômes. Par la suite, en 1999, les docteurs Ramachandran et Altschuler ont essayé d'appliquer la thérapie miroir dans le cadre de la rééducation d'un membre supérieur hémiplégique, en se basant sur les études réalisées auparavant. En revanche, le mécanisme d'action exact de la thérapie miroir reste inconnu. D'ailleurs, à ce sujet, Miles a écrit : « Je ne sais pas pourquoi cela marche, mais cela marche »²⁰.

En 1996, Rizzolatti et Singaglia ont découvert le système de neurones miroirs, qui sera décrit par la suite. En effet, celui-ci permettrait d'expliquer les mécanismes d'actions de cette thérapie ainsi que les raisons de son efficacité.

Parallèlement à ces recherches, G.L. Moseley a développé son programme d'« imagerie motrice graduelle ». Pour étudier son efficacité, il a mené deux études, notamment auprès des patients atteints de SDRC.

La première a eu lieu en 2004, et 13 patients atteints de SDRC I ont été observés. L'évaluation des bénéfices portait sur trois critères :

- L'évolution de la douleur neuropathique
- L'évolution de l'œdème, mesuré sur les deuxième et troisième doigts
- Le temps de réponse à la reconnaissance de latéralité

A l'issue de cette étude, les résultats obtenus ont montré une évolution très favorable de l'œdème, de la douleur ainsi que des capacités fonctionnelles des patients. Afin d'approfondir ces constats, Moseley a mis en place une deuxième exploration en 2006, qui, elle, ne regroupait pas moins de cinquante et un patients, atteints soit de SDRC, d'une aversion du plexus brachial ou de douleurs du membre fantôme, depuis plus de six mois. Trois paramètres étaient étudiés pour évaluer l'efficacité du protocole :

- Une échelle fonctionnelle

²⁰ PIROWSKA A. Thérapie du miroir. Medical Rehabilitation. Volume 17 numéro 4, 2013, p 40.

Cinq tâches de la vie quotidienne étaient choisies par les patients, et étaient cotées de 0 (impossible) à 10 (normal). On obtenait ainsi un score moyen sur 10.

- Le questionnaire de Mc Gill²¹, concernant la douleur
- Une Echelle Visuelle Analogique (EVA)²²

Il est important de pouvoir mesurer l'adhérence au traitement, du fait du caractère strict du protocole. Les paramètres d'évaluation cités ci-dessus étaient analysés avant traitement, après six semaines et enfin après six mois, pour évaluer l'efficacité du traitement dans le temps. Le programme était considéré comme efficace si l'EVA était réduite d'au moins 50 %, et si le score fonctionnel augmentait de quatre points au minimum. Voici les résultats obtenus par Moseley pour le groupe test, c'est-à-dire le groupe ayant bénéficié du protocole :

	Avant traitement	Après 6 semaines	Après 6 mois
EVA	5,7	Amélioration discrète des deux indicateurs	Amélioration plus nette
Score fonctionnel	1/10		

Cette dernière étude illustre donc l'efficacité du traitement par imagerie motrice pour faire face à un dysfonctionnement du membre supérieur. Nous allons maintenant présenter les mécanismes d'actions et fondements scientifiques du programme de Moseley, qui expliquent son efficacité.

2) Fondements et approches scientifiques

Le programme d'imagerie motrice fait appel à une caractéristique particulière du cerveau, la neuroplasticité cérébrale. Celle-ci consiste en fait en la capacité qu'ont le système nerveux central et les circuits neuronaux à se réorganiser et se modifier, par l'expérience et l'apprentissage, suite à des lésions neurologiques et tout au long de leur vie. Ces mécanismes ne sont encore pas totalement éclaircis, mais cette capacité plastique pourrait s'expliquer par deux mécanismes :

- Soit par la création de nouvelles connexions neuronales
- Soit par la contribution de zones corticales, proches ou contralatérales, pour suppléer la zone corticale déficiente

Ainsi, la récupération fonctionnelle pourrait donc être favorisée via des techniques actives. En effet, Carraugh²³, en 2005, indique que la récupération corticale dépend des expériences motrices. Des études ont montré que l'activation de l'hémisphère sain contralatéral faciliterait

²¹ Le bilan est proposé en annexe (cf Annexe IX : Questionnaire de la douleur de McGill, p XI)

²² L'échelle est proposée en annexe (cf Annexe VIII : Echelle Visuelle Analogique (EVA), p X)

²³ DAMIANO E. La thérapie en miroir : une approche fonctionnelle pour le patient hémiparétique. ErgOTHérapies. Juin 2014, p.10.

l'activation du côté atteint, en utilisant cette plasticité du cerveau. Hagura en 2007, et Moseley en 2008, ont montré que, dans la thérapie miroir, l'illusion du mouvement résulterait du fait que le cerveau, s'il reçoit des informations de diverses natures, visuelles et proprioceptives dans notre cas, choisira préférentiellement de transmettre les informations visuelles plutôt que les proprioceptives. Il s'agit du feedback visuel.

Le protocole de Moseley, et notamment le troisième module concernant la thérapie miroir, génère la production de réactions, par le transfert d'informations visuelles. Ce processus fait appel au système de neurones miroirs. En effet, Ertelt²⁴, en 2007, a mis en évidence l'implication de ce système particulier dans cette thérapie. Il s'agit en fait d'un ensemble de neurones, qui, lorsqu'un individu effectue un mouvement, observe un autre individu exécuter le même geste ou imagine l'action, semble présenter une activité. Cette idée avait déjà été évoquée en 1996, par Rizzolatti : il a démontré que la simple observation d'un mouvement pouvait en permettre la facilitation. Dans la thérapie miroir, le geste du membre atteint est donc facilité par l'observation du reflet du mouvement réalisé par le membre sain.

Maintenant nous avons vu les fondements scientifiques du protocole, nous allons analyser plus précisément sa mise en place et modalités d'application, et nous verrons qu'il s'agit d'un programme très strict et précis.

3) Application

Le protocole de Moseley²⁵ est un programme qui s'étend sur une durée totale de six semaines, et qui se décompose en trois modules :

- Module 1 : reconnaissance de latéralité
- Module 2 : imagerie mentale
- Module 3 : thérapie miroir

Chaque module s'étale donc sur deux semaines, et les exercices doivent être réalisés de façon rigoureuse, à raison de dix minutes toutes les heures. Nous pouvons donc noter que ce protocole est très invasif, et qu'il nécessite une implication importante de la part du patient qui l'applique.

Ce programme fait appel à un matériel bien précis, qui peut, selon le budget disponible, être créé de façon artisanale ou acheté. Concernant les deux premiers modules, nous devons disposer d'une série de photographies de mains, dans différentes positions et/ou orientations. A noter qu'il est important qu'il y ait autant de mains droites que de mains gauches dans la série. Il est nécessaire, ensuite, de classer ces photos en quatre catégories, selon le niveau de

²⁴ SIONNEAU V., BERNAUDEAU C., N'GUYEN M., LACENAIRE A. Apport de la thérapie miroir en rééducation chez l'hémiplégique. Kinésithérapie, la revue. Numéro 118, 2011, p 16.

²⁵ La description du protocole selon A. BERQUIN est proposée en annexe (cf Annexe X : Le programme d'imagerie motrice selon Moseley, p XVII)

douleur que le patient pense qu'il ressentirait s'il devait réaliser les positions présentées. Les quatre catégories seront ensuite rangées dans l'ordre chronologique du niveau de douleur présumé. Le troisième module, quant à lui, requiert la série de photographies décrite précédemment ainsi qu'un miroir sur pied.

La mise en place de ce protocole requiert des explications préalables, que le thérapeute se doit de donner au patient. Il faut qu'il expose chaque module, qu'il s'assure que tout a bien été compris, et supervise les premières séances. Dès lors que le patient est autonome dans les exercices, il les réalise à son domicile, seul ou avec l'aide d'un proche. Il est d'ailleurs conseillé de mettre en place un cahier journalier, où le patient peut retranscrire le temps passé sur les exercices, ou les difficultés éventuellement rencontrées : le but est ici d'évaluer l'adhérence du patient au programme. Un rendez-vous hebdomadaire est idéalement fixé chaque semaine avec le thérapeute, pour faire un point, basé sur le cahier et les objectifs à venir.

Nous allons donc à présent décrire le protocole de Moseley en lui-même. Tout d'abord, le premier module s'étend sur les deux premières semaines de traitement. Celui-ci consiste, comme dit précédemment, en une reconnaissance de latéralité. Pour ce faire, le patient doit observer les photos de la première catégorie (celles qui sont selon lui les moins douloureuses) une à une, et reconnaître s'il s'agit de mains droites ou gauches. Il doit réaliser ce travail trois fois par heure. Dans ce module, l'accent est mis sur la rapidité et l'adéquation des réponses, en revanche, il est très important de ne produire aucun mouvement, de façon à éviter l'activation du cortex moteur primaire, qui pourrait engendrer une augmentation de la douleur et de l'œdème. Il est conseillé d'augmenter progressivement la difficulté de l'exercice, en utilisant le classement des photos qui a été réalisé préalablement à la mise en place du protocole.

Le second module, lui, a pour principe l'imagerie mentale, et se déroule également sur deux semaines, à la suite du premier module. Là, le patient doit à nouveau observer les photos une à une, et imaginer mettre son membre atteint dans la position représentée sur l'image. Ici encore, il doit réaliser trois visualisations par image et par heure. En revanche, l'attention ne porte plus sur la rapidité du geste, mais plutôt sur sa perfection ; cela signifie que le patient peut prendre son temps pour bien visualiser le geste, afin que l'imagerie mentale soit efficace. De même que dans le premier module, il ne faut aucune mobilisation active du membre lésé, pour les raisons précédemment citées. La difficulté de l'exercice peut être augmentée progressivement, toujours en utilisant le classement des photos réalisé par le patient.

Enfin, le dernier module, celui qui concerne la thérapie miroir, a lieu durant les deux dernières semaines du protocole. Ici, il est essentiel de veiller au positionnement du patient et de son environnement proche. En effet, le miroir doit être placé dans le plan sagittal, avec la face réfléchissante du côté du membre sain. Le membre atteint est, par conséquent, de l'autre côté du miroir, hors de vue. Le patient doit donc à nouveau observer les photos une à une, mais placer son membre sain dans la position décrite, et observer dans le miroir le reflet de ce membre. Il est permis d'accompagner ce mouvement avec le membre lésé, mais il est crucial

de rester en dessous du seuil douloureux. Le thérapeute peut augmenter graduellement la difficulté de cet exercice, par le biais du classement de photos.

Ce programme comprend donc les six semaines de traitement que nous venons de décrire, mais également un suivi à six mois, pour étudier l'efficacité du traitement à long terme.

Ainsi, nous avons pu voir les modalités de mise en pratique du programme d'imagerie motrice de Moseley. Il s'agit d'un protocole strict, rigoureux et invasif, mais qui permet de répondre à de nombreux objectifs, pouvant intéresser les patients atteints de SDRC I en phase aigue au membre supérieur.

4) Objectifs

Le protocole de Moseley peut être mis en place à plusieurs fins. Tout d'abord, comme évoqué précédemment, il a été démontré qu'il peut diminuer la douleur d'un patient atteint de SDRC I au membre supérieur. Ensuite, il peut être utilisé pour réduire l'œdème, notamment en améliorant les gestes fonctionnels : la mise en activité de la main va permettre un drainage de celui-ci. Enfin, autre objectif essentiel du protocole, il s'agit de la réintégration du membre lésé au schéma corporel du patient. Celui-ci sous-utilise son membre du fait de la douleur, jusqu'à même ne plus l'utiliser du tout, ce qui, au fur et à mesure, va l'exclure du schéma corporel. Le but final est donc de rendre le patient plus indépendant au quotidien, et lui permettre de vivre mieux avec sa pathologie.

Ce protocole peut être mis en place par l'ergothérapeute, certes, mais également par le masseur-kinésithérapeute. Après avoir analysé les référentiels de compétences^{26,27} de chacune de ces professions, nous avons pu remarquer que concernant ce protocole, leurs objectifs sont similaires. En effet, ils recouvrent certains savoir-faire communs aux deux métiers. Le choix du professionnel qui mettra en place ce protocole se fera donc en fonction de la composition de l'équipe, des connaissances de chacun quant à ce protocole, des moyens disponibles et de la volonté de chacun.

Le protocole de Moseley peut être mis en place pour répondre à plusieurs attentes du patient, cependant, la finalité globale est de lui permettre de retrouver le maximum d'indépendance au quotidien, et de vivre au mieux avec sa pathologie.

²⁶ Source : <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>

²⁷ Source : <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/05/referentiel.pdf>

C. L'indépendance

1) Indépendance et autonomie

L'indépendance et l'autonomie sont, comme nous avons pu le voir, deux concepts très différents l'un de l'autre. Pourtant, ils sont fréquemment employés comme synonymes dans la littérature, comme le souligne Georges Adant, ergothérapeute belge, en 1995 : « *chacun le sait, les mots autonomie et indépendance sont très souvent utilisés dans notre travail quotidien d'ergothérapeutes. Ils sont employés l'un comme l'autre comme des synonymes.* »²⁸ Nous soulevons là une difficulté à laquelle nous avons été confrontés lors de la rédaction de ce mémoire. Dans la même idée, Nicole Turlan²⁹, dans son travail de recherche, pose le même constat et étudie de manière plus approfondie la fréquence de ce phénomène. Pour cette raison, nous nous proposons de faire une analyse plus approfondie que précédemment de ces deux notions, afin d'éliminer une fois pour toutes les hésitations pouvant émaner suite à la lecture de nos articles.

Tout d'abord, nous nous proposons d'étudier le concept d'indépendance. Nous allons établir une définition, qui fait écho à celle de la « dépendance » proposée par le Collège des Enseignants en Gériatrie, en 2000. L'indépendance serait donc la possibilité totale « *pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.* »³⁰.

A présent, intéressons nous au concept d'autonomie. Du point de vue étymologique, l'autonomie signifie « se gouverner suivant sa propre loi ». Elle connote également le libre arbitre. L'autonomie présuppose donc une certaine capacité de jugement. Cependant, cette liberté de choix qui en découle doit s'appliquer dans le respect des lois et usagers. L'autonomie, contrairement à l'indépendance, suggère plutôt des capacités cognitives et psychiques, qui permettraient de choisir ou non de réaliser telle action.

Maintenant que nous avons défini ces deux concepts, nous allons retenir le celui d'indépendance pour la suite de notre travail de recherche, puisque l'on peut parler d'indépendance fonctionnelle, et que notre étude s'intéresse au domaine de la traumatologie.

2) Indépendance et ergothérapie

Le traitement en ergothérapie vise l'obtention de l'indépendance fonctionnelle, qui doit permettre à la personne d'agir dans son environnement, malgré ses déficiences. L'indépendance représente donc un objectif de prise en charge, un idéal à atteindre en

²⁸ TURLAN N. L'autonomie : un concept clé pour l'ergothérapie ? Juin 1997, p.45.

²⁹ Ibid. p.46-104.

³⁰ COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN GERIATRIE. Corpus de Gériatrie. 2m2 Edition Et Communication ; 2000, p. 91.

ergothérapie. Cette idée est reprise par Adant, en 1995 : « *L'ergothérapie est une discipline paramédicale qui vise à maintenir ou à développer l'indépendance et l'autonomie des personnes qui présentent une déficience, une incapacité ou un handicap dans le secteur des activités de la vie journalière, des activités scolaires, professionnelles et ménagères et de loisirs* »³¹.

Dans le Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation établi en 2011³², le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé affirme qu'il est nécessaire d'évaluer les capacités des patients dans les activités de la vie quotidienne, notamment via un bilan d'indépendance. Celui-ci doit porter sur au moins cinq situations, parmi lesquelles on trouve la toilette, l'habillement, l'alimentation, les déplacements et les transferts, et éventuellement la continence, le comportement et les capacités relationnelles. L'ergothérapeute, qui est un professionnel de rééducation mais aussi de réadaptation, se voit donc pleinement concerné par cet acte.

Enfin, le référentiel de compétences relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute mentionne cet objectif d'indépendance du patient, particulièrement dans la première compétence, où il est clairement énoncé : « *Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel.* »³³

L'indépendance est donc un concept clé en ergothérapie : le thérapeute se doit d'apporter au patient cette liberté d'agir seul dans les activités. Il s'agit là de l'essence-même de cette profession. Cependant, nous allons voir que les patients attendent certes cette indépendance au quotidien, mais particulièrement dans les activités qui leur tiennent à cœur, qui ont du sens à leurs yeux, les activités significatives.

D. Les activités significatives

1) Définition

Au XX^{ème} siècle, Alexis Leontiev³⁴, un psychologue soviétique, a apporté sa définition de l'activité significative. Selon lui, elle traduit le sens que la personne donne à cette activité. Cette idée a été reprise plus tard par Elizabeth Crepeau³⁵, dans le livre de Willard et Spackman, mais de façon plus détaillée. Elle énonce que l'activité significative reflète un sens spécifique pour la personne, ceci du à son histoire, ses expériences et son projet personnel notamment.

³¹ TURLAN, op. cit., p. 26.

³² MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Catalogue des activités de rééducation-réadaptation. Bulletin Officiel, n°2011/3 bis, fascicule spécial, p.42.

³³ Source : <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>

³⁴ MOREL MC. Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie : Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ? 2006, p.3.

³⁵ Ibid. p.7.

En parallèle, nous pouvons définir la notion d'activité significative. Toujours d'après Leontiev et Elizabeth Crepeau, elle correspond au sens social que la société attribue à l'activité.

Ces deux termes peuvent ainsi se voir utilisés à mauvais escient, dans le sens où de nombreuses personnes les confondent, ou ne connaissent tout simplement pas l'accent qui peut être mis selon le terme employé. Ces deux notions diffèrent donc, comme nous venons de le voir ; cependant, Leontiev énonce le fait qu'elles sont tout de même extrêmement liées. Le groupe de l'European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) travaille sur la terminologie, et apporte des définitions pour les pays européens. Il a ainsi repris l'idée de Leontiev, en indiquant qu'en fait, l'association des activités signifiantes et significatives constitue une entité que l'on appelle l' « occupation ». Celle-ci est donc définie comme un « *groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socio-culturelle et un sens personnel. Elles sont le support de participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs.* »³⁶

Nous avons donc pu voir que les activités signifiantes et les activités significatives diffèrent sur un point essentiel, à savoir la personne qui lui donne un sens. Nous allons à présent nous intéresser plus particulièrement aux activités signifiantes, et notamment à leur lien avec l'ergothérapie.

2) Activités signifiantes et ergothérapie

a) Les activités signifiantes comme moyens de rééducation

L'ergothérapeute se doit de proposer à son patient des activités signifiantes pour lui, et il est essentiel de personnaliser sa prise en charge. Il imagine que l'engagement de son patient dans ces activités lui permettrait de développer ses capacités, de donner un sens à sa vie, et de garder un certain contrôle sur sa prise en charge. C'est pourquoi la réalisation de ces activités signifiantes favorise la motivation du patient, et donc optimise son investissement.

Le référentiel de compétences relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute³⁷ cite à plusieurs reprises les activités signifiantes, comme nous le montre le tableau récapitulatif en annexe³⁸.

Nous pouvons ainsi voir que le principe des activités signifiantes est pris en compte en ergothérapie, et ce à travers diverses actions.

³⁶ MOREL MC. Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie : Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ? 2006, p.3.

³⁷ Source : <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>

³⁸ Un tableau récapitulatif est proposé en annexe (cf Annexe XI : Activités signifiantes et ergothérapie, tableau récapitulatif, p XVIII)

L'ergothérapeute va être amené à réaliser des évaluations des capacités de la personne, et particulièrement dans des activités qui ont du sens pour elle, et qui s'inscrivent dans son milieu de vie. Ces mises en situations dites « écologiques » sont réalisées dans l'environnement de la personne, et permettent au thérapeute d'ajuster sa prise en charge au plus près des habitudes du patient.

b) Les activités significatives comme objectifs de rééducation

La théorie du Flow, autrement appelée « expérience optimale », a été découverte pour la première fois par Mihaly Csikszentmihalyi, un psychologue hongrois, et a été reprise par la suite par Doris Pierce, ergothérapeute exerçant aux Etats-Unis depuis 1984. Cette théorie établit un lien entre l'activité et la santé de l'individu, et plus particulièrement entre l'engagement de l'être humain dans certaines activités et sa qualité de vie. L'expérience optimale, ou flow, est ressentie quand la personne s'engage dans une activité significative mais qui lui semble complexe, qui représente en quelque sorte un défi, mais qu'elle accomplit avec succès. Il faut toutefois être vigilant à ce que le défi soit adapté aux capacités (physiques et psychiques) de l'individu, de sorte à le placer dans un état de conscience particulier. De plus, l'attention de l'individu doit être portée sur un objectif clairement défini. En combinant ces deux conditions, la personne a une impression de maîtrise totale de ses actions et de sa destinée. On dit qu'elle est dans le « flow ». Le flow sera d'autant plus important que les objectifs ont été fixés par la personne elle-même ; si ce n'est pas le cas, il faudra s'assurer de l'importance de l'activité à ses yeux.

Selon Mihaly Csikszentmihalyi, le flow se caractérise par huit composantes :

- Un objectif adapté aux capacités de la personne
- La faculté de se concentrer sur l'activité entreprise
- Des objectifs à atteindre clairement définis, facilitant la concentration sur la tâche
- Un feedback immédiat
- Un investissement important de la personne, mais qui n'entraîne pas d'effort dans l'action, puisque la conscience des problèmes de la vie quotidienne est éloignée
- Un sentiment de contrôle des actions
- La disparition de la conscience de soi, mais qui prend de l'importance au fil de l'action
- Une altération du sens du temps

L'ergothérapeute devra donc évaluer les capacités de son patient, et par la suite l'aider à s'engager dans de nouveaux défis, et par conséquent améliorer sa qualité de vie. Les patients atteints de SDRC I au membre supérieur sont fortement sollicités durant leur rééducation, nous pouvons donc établir un lien entre la théorie du Flow et leur prise en charge. Cela nous permettrait de les inciter à s'engager pleinement dans les activités proposées (protocole de Moseley ou exercices de rééducation plus traditionnels).

Le Modèle Canadien du Rendement et de la Participation (MCRO-P) présente des objectifs de prise en charge très ressemblants, et visant un idéal à atteindre, à savoir la théorie du Flow.

3) MCRO-P

a) Qu'est-ce qu'un modèle ?

Un modèle conceptuel est, d'après Marie-Chantal Morel Bracq, « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. »³⁹ Afin d'explicitier quelque peu ces termes, nous précisons qu'en France, la théorie fait référence à l'anatomie, la pathologie, la physiologie par exemple. Les idées philosophiques, autrement nommées croyances ou encore valeurs, reprennent deux points :

- D'une part, la santé est dépendante du bon fonctionnement physique et biologique des organes
- D'autre part, la santé peut être altérée par l'esprit

Kortman, lui, distingue trois types de modèles :

- Les modèles généraux (dont le MCRO-P), qui peuvent être appliqués dans de nombreuses situations professionnelles
- Les modèles appliqués, eux, s'adaptent à certaines pathologies ou situations
- Les modèles de pratique, qui sont en lien avec les modèles appliqués, permettent de décrire certaines techniques ou situations spécifiques.

Les modèles sont utiles pour organiser des pensées, en fonction de construits fondamentaux. On distingue en particulier les modèles canadiens, qui ont développée une approche centrée sur la personne.

A noter que ces modèles sont en évolution permanente, du fait notamment des travaux de recherche qui y sont associés, et il est donc difficile d'en établir une description générale.

b) Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P)

Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) a été créé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes à partir des travaux de Mary Reilly. Son objectif principal est de clarifier la fonction de l'ergothérapie. L'hypothèse fondamentale, sur laquelle ce

³⁹ MOREL-BRACQ M.C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. Solal ; 2014, p.14.

modèle est basé, est que la vie de tout individu est construite sur l'occupation, le rendement occupationnel ainsi que la participation.

En effet, le MCRO décrit les trois piliers de l'ergothérapie :

- La personne, qui constitue un ensemble global, formé des caractères observables du rendement occupationnel (dimensions cognitives, affectives et physiques), mais aussi la dimension spirituelle (expériences culturelles, sociales et artistiques).
- Les occupations, comprenant tous les domaines rassemblant les activités effectuées pour s'occuper.

Elles concernent les activités significatives, à savoir celles qui ont du sens aux yeux de la société, qui concernent les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Ces occupations s'avèrent être vitales pour la personne, qui ressent du plaisir, de la satisfaction mais aussi un certain contrôle lors de leurs réalisations. Depuis 1997, l'occupation est au cœur des préoccupations en ergothérapie. D'ailleurs, la même année, l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) l'a définie : *« l'occupation fait référence aux groupes d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquels les individus et les cultures attribuent un nom, une structure, une valeur et un sens. L'occupation comprend tout ce que les gens font pour prendre soin d'eux-mêmes (soins personnels), se divertir (loisirs), et contribuer à l'édifice social et économique de leurs communautés »*⁴⁰.

- L'environnement (culturel, physique, social et institutionnel)
Il désigne le contexte dans lequel le rendement occupationnel se produira. Le MCRO définit le rendement occupationnel comme une interaction qui se veut dynamique entre les trois concepts cités ci-dessus. Il s'agit de la *« capacité d'une personne à choisir, organiser et s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction »*⁴¹, selon l'Association Réseau Traumatisme Crânien.

Le MCRO est un modèle qualifié « d'humaniste » par Marie-Chantal Morel-Bracq, compte tenu du fait qu'il est basé sur la personne, ses centres d'intérêts, ses loisirs, et en fait ressortir la performance et la satisfaction. Cela valorise l'être humain, qui se voit donc capable de prendre des décisions qui lui sont propres.

⁴⁰ ZHANG C., MCCARTHY C., CRAIK J. Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation. Actualités ergothérapeutiques. Volume 10.3, p. 3.

⁴¹ ARTC IdF. Actes de la Journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien Ile-de-France : Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. 3 octobre 2013, p. 12.

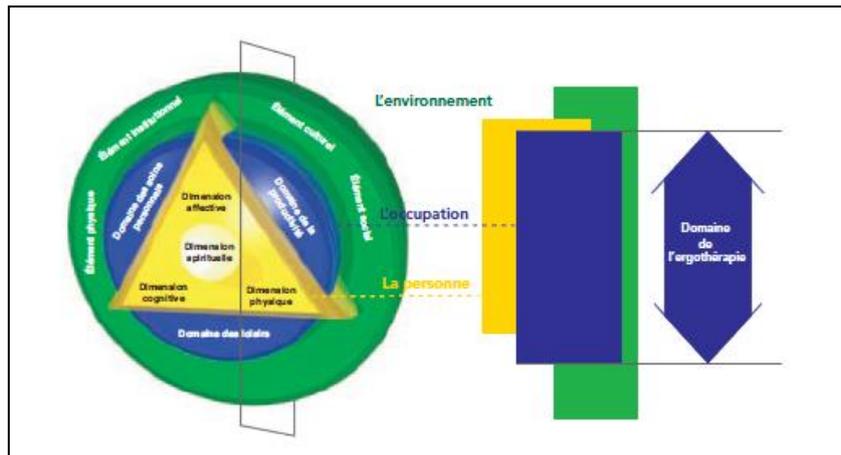


Schéma du Modèle Canadien et coupe transversale

Sur cette coupe transversale, nous pouvons observer que l'occupation se situe au cœur et vers l'avant. En effet, l'ergothérapeute doit chercher à assimiler l'influence que peuvent avoir les déficits corporels et systémiques, ainsi que les contextes socioculturels et géographiques, sur la participation occupationnelle du patient. A ce sujet, nous devons faire la distinction entre les faits de réaliser une occupation et d'avoir des occupations : les êtres humains participent fréquemment à des occupations, mais sans forcément les réaliser eux-mêmes. On parle désormais « d'avoir » des occupations. Avec ce changement, le modèle du MCRO a également été modifié : depuis ce jour, il est appelé Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P).

Dans ce modèle, les degrés d'importance et de satisfaction quant à l'activité sont pris en compte.

c) La mesure canadienne du rendement occupationnel

Publiée par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes⁴², cette mesure a pour but de permettre aux ergothérapeutes de détecter les changements qui se produisent sur une période donnée, et tels que les individus les perçoivent.

Cet outil est utilisé dès le début de l'accompagnement en ergothérapie, puis à intervalles réguliers, afin d'orienter et de personnaliser au mieux la prise en charge du patient. Ce bilan prend la forme d'un entretien semi-directif, qui se décline en plusieurs étapes :

1. Il s'agit d'identifier, spontanément ou aide de l'ergothérapeute, les activités de la vie quotidienne que le patient veut, doit ou devrait réaliser. Ces activités peuvent concerner les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

⁴² Le bilan est proposé en annexe (cf Annexe IV : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), p IV)

2. Cette étape consiste en la pondération des problèmes identifiés, c'est-à-dire que le patient va coter de 1 à 10 l'importance qu'il accorde à ces activités. De là, le thérapeute ressort les cinq occupations les plus importantes et qui paraissent prioritaires aux yeux du patient.
3. Pour chacune, la personne devra évaluer la façon dont elle se sent capable d'y participer (rendement), et elle devra également quantifier son degré de satisfaction quant à ce rendement.
4. En accord avec le patient, le thérapeute va fixer une date provisoire de réévaluation de ces indicateurs.

Ce bilan prend en compte la subjectivité du patient, ses désirs et ses besoins propres. Il est important de noter que ces données normatives (rendement et degré de satisfaction) ne peuvent être interprétées telles quelles : il faut en effet établir une comparaison entre l'évaluation initiale et la réévaluation, pour pouvoir évaluer un éventuel changement.

E. Hypothèse de réponse à la problématique

Rappelons à nouveau notre question de recherche :

« Quelles sont les retombées de la mise en place du protocole de Moseley en ergothérapie sur l'indépendance dans les activités significatives de l'adulte atteint de SDRC de type I en phase aigüe au membre supérieur ? »

Suite à l'entretien exploratoire que nous avons effectué et aux recherches documentaires que nous avons menées, nous proposons l'hypothèse de réponse suivante : la mise en place du protocole de Moseley en ergothérapie dans le cadre de la prise en charge des adultes atteints de SDRC de type I au membre supérieur permet d'améliorer l'indépendance dans leurs activités significatives. En effet, c'est également l'hypothèse dont Monsieur V. nous a fait part, et les résultats obtenus suite aux études menées par Moseley lui-même le laissent supposer : des améliorations sont à noter dans le cadre de la douleur et des amplitudes fonctionnelles notamment, nous pouvons ainsi imaginer qu'il peut en découler une amélioration dans les activités.

De manière plus précise, nous pouvons supposer que le rendement (que nous citons dans notre problématisation), représentant l'efficacité de la personne dans l'activité, se verra amélioré suite au protocole. Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, des preuves ont été apportées de l'efficacité du programme d'imagerie motrice par rapport à la douleur et aux amplitudes fonctionnelles, il semble donc pertinent de penser que le rendement sera donc amélioré. En parallèle, il nous semble cohérent d'imaginer que si le rendement s'améliore, les personnes en seront d'autant plus ravies. La satisfaction, qui est notre deuxième indicateur, devrait donc également progresser.

Nous allons également approfondir quelque peu notre étude, à savoir que nous allons établir une comparaison entre les résultats obtenus après une prise en charge traditionnelle, et ceux

acquis après le protocole de Moseley. Nous imaginons donc que le programme d'imagerie motrice, couplé à une rééducation classique, permet d'atteindre de meilleurs scores quant à l'indépendance dans les activités significatives que la prise en charge dite plus traditionnelle. En effet, selon les expériences vécues par Monsieur V., les personnes atteintes de SDRC I au membre supérieur ont tendance à le réutiliser plus rapidement avec le protocole, que quand celui-ci n'est pas mis en place. S'ils mobilisent leur membre plus rapidement, c'est peut être car ils s'en sentent plus capables, ceci dû à une diminution des douleurs et une amélioration des amplitudes fonctionnelles notamment. Ils peuvent donc en théorie réaliser à nouveau des activités plus rapidement que les patients qui n'ont pas profité du protocole. Nous supposons donc que leurs scores (rendement et satisfaction) à l'issue de leur prise en charge seront meilleurs que ceux des autres patients.

Nous allons à présent mener une enquête sur le terrain, qui nous permettra de valider ou non cette hypothèse, ou éventuellement de la nuancer quelque peu.

IV Méthodologie de recherche

Nous allons à présent argumenter notre méthodologie de recherche pour initier notre enquête sur le terrain.

A. Choix de notre outil d'enquête et de la population interrogée

La méthodologie d'enquête est mise en œuvre afin de répondre à la question de recherche que nous avons établie précédemment, ainsi qu'aux questions subsidiaires que nous avons évoquées dans la partie théorique de notre mémoire. Il nous semble donc pertinent de rechercher une population qui a déjà pu expérimenter le protocole de Moseley dans le cadre d'un SDRC I, afin de recueillir les avis et expériences.

Nous tenons à préciser à nouveau que notre questionnement porte sur l'influence de la mise en place du protocole de Moseley sur l'indépendance dans les activités significatives du patient atteint de SDRC I. Se présentent alors à nous plusieurs possibilités :

- Nous pouvons choisir d'interroger des patients atteints ou ayant été atteints de SDRC I au membre supérieur et ayant bénéficié d'une prise en charge en rééducation. Ils sont en effet les plus à même de témoigner de leur expérience et des changements qu'ils ont pu constater suite à leur prise en charge, puisqu'ils sont les seuls à l'avoir vécu « de l'intérieur ». Ils sont également les mieux placés pour indiquer si leur thérapie a été efficace pour réaliser à nouveau leurs activités, si leurs demandes ont été satisfaites. En revanche, il est important de noter que leur témoignage sera inévitablement biaisé, puisque très subjectif, mais également du fait de leur manque probable de connaissances médicales et paramédicales.

- Nous pourrions également envisager interroger des ergothérapeutes diplômés d'Etat, qui ont déjà eu l'occasion de mettre en place le protocole de Moseley pour des patients atteints de SDRC I au membre supérieur. Les faits relatés seraient certainement plus objectifs du fait de la distance thérapeutique et de leurs connaissances dans le domaine, cependant, l'indépendance étant très difficile à évaluer, ils se verraient en difficultés pour parler de son évolution au cours de la prise en charge.
- Enfin, nous pourrions éventuellement imaginer interroger les proches des patients, les personnes vivant à leur domicile, qui pourraient témoigner des changements observés quand à la réalisation des activités significatives des patients. Cependant, cet apport serait très biaisé et ne serait donc pas forcément très pertinent.

Nous avons donc choisi dans un premier temps de recueillir les expériences de patients ayant été atteints de SDRC I au membre supérieur. De par la formulation de notre question de recherche, il nous apparaît que notre enquête de terrain devra se présenter sous la forme d'une étude comparative : d'un côté, il y aura les patients atteints de SDRC I au membre supérieur et ayant appliqué le protocole de Moseley, de l'autre, des patients atteints de SDRC I au membre supérieur et ayant bénéficié d'une prise en charge plus « traditionnelle ». Nos critères d'inclusion pour la participation à cette enquête sont donc les suivants : avoir été atteint de SDRC I au membre supérieur (diagnostic établi), et ayant été pris en charge en rééducation (protocole de Moseley ou rééducation traditionnelle). L'objectif avec ces patients sera de recueillir des informations quant à l'histoire de leur pathologie, mais aussi d'évaluer leur indépendance dans les activités significatives avant et après leur prise en charge. Par ailleurs, les patients atteints de cette pathologie et ayant bénéficié du protocole de Moseley s'avérant être relativement « rares », nous avons décidé d'étendre notre recherche sur tout le territoire français.

Par la suite, nous avons pensé qu'il serait pertinent d'interroger en parallèle les ergothérapeutes diplômés d'Etat qui ont pris en charge les patients que nous avons sélectionnés. L'objectif de nos questions serait là de connaître un peu mieux ces ergothérapeutes et leurs expériences, mais également d'illustrer un tant soit peu la prise en charge dont les patients ont bénéficié. En effet, ils seront plus à même d'évoquer les techniques de rééducation utilisées que les patients.

Nous avons plusieurs outils d'enquête à notre disposition, mais ce sont principalement l'entretien et le questionnaire qui ont retenu notre attention. Le premier présente plusieurs avantages : tout d'abord, il est adapté à un recueil de données plutôt qualitatives, ce que nous souhaitons effectuer. Il se compose majoritairement de questions ouvertes, qui permettent plus facilement le dialogue, et laisse à l'interrogé la liberté de dire ce qu'il veut ou non. Il est donc pour cela très utilisé pour raconter des expériences vécues, témoigner. De plus, il nécessite préférentiellement un contact en direct avec la personne, et prend ainsi en compte la communication non verbale, ce qui rend l'échange plus authentique. Enfin, cet outil évite les contresens et malentendus du fait de l'interaction existante entre les deux interlocuteurs. Néanmoins, l'entretien présente également des contraintes : il est chronophage, puisqu'il est basé sur la discussion et l'échange, et requiert de préférence une interaction directe entre les deux personnes (en face à face, par téléphone, par webcam...)

Le questionnaire, lui, met en place un procédé assez différent de l'entretien. En effet, il permet de recueillir des données aussi bien qualitatives que quantitatives, mais se constitue de questions ouvertes et fermées. La transmission se fait ici à l'écrit, et ne nécessite pas forcément d'interaction entre les deux partis. C'est précisément pour cette raison que les questions posées doivent être extrêmement précises, puisque leur clarification ne sera pas toujours possible. Comme les répondants renseignent seuls le questionnaire et à l'écrit, celui-ci est moins chronophage que l'entretien, et peut donc être transmis à un plus grand nombre. Il est donc préférentiellement utilisé dans le cas d'une étude qui requiert de gros échantillons de population, pour obtenir une meilleure représentativité.

Après réflexion, nous avons décidé d'opter pour ces deux outils. Nous allons en effet établir une trame d'entretien destiné aux patients que nous interrogerons : cet outil est tout de même plus adapté dans cette situation, puisque nous souhaitons recueillir des témoignages, et devons en ce sens laisser les personnes s'exprimer. En revanche, il s'agira d'un entretien semi-directif, pour que le patient traite et approfondisse les thèmes proposés. Nous utiliserons le questionnaire pour les ergothérapeutes ayant pris en charge les patients de notre étude. Le but sera là de recueillir quelques données statistiques, mais aussi d'illustrer quelque peu cette prise en charge, de manière plus professionnelle et objective que ne pourraient le faire les patients. Le questionnaire a été favorisé dans ce cas puisque moins chronophage pour les ergothérapeutes, qui sont déjà fortement sollicités par d'autres étudiants en ergothérapie à travers la France, mais aussi car il ne nous est pas forcément nécessaire d'avoir des réponses très approfondies de leurs parts. Notre questionnaire sera composé de questions à choix simple (3/12), à choix multiples (3/12), mais aussi de questions ouvertes (6/12), afin de laisser le professionnel s'exprimer sur certains points qui se doivent d'être approfondis. De cette manière, nous pourrions recueillir des informations détaillées comme lors d'un entretien, mais tout en conservant les points forts du questionnaire, notamment la rapidité de passation.

Nous allons à présent mettre en lumière la construction et la passation de ces outils d'enquête.

B. Entretiens

1) Méthodologie du recueil de données

Notre entretien d'enquête⁴³ s'est articulé autour de sept questions ouvertes, qui ont servi de fil conducteur. Celles-ci s'enchaînent selon un ordre chronologique : en effet, nous interrogeons tout d'abord le patient sur son identité, puis sur l'histoire de sa maladie, sa situation avant sa prise en charge, sa rééducation en elle-même et enfin, sa situation à l'issue de sa thérapie. Comme nous l'avons évoqué précédemment, notre trame d'entretien est inspirée de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. En effet, notre concept d'indépendance cité dans notre problématique ne peut être évalué aisément : nous avons donc dû imaginer des indicateurs permettant de la mesurer : c'est pour cette raison que nous avons choisi cette

⁴³ Notre trame d'entretien est proposée en annexe (cf Annexe 5, p 9)

mesure canadienne, qui met en jeu le rendement, à savoir l'efficacité dans la réalisation de l'activité, et la satisfaction quant à ce rendement. Le rendement connote les capacités physiques de la personne pour réaliser les activités seule, et la satisfaction consiste en fait en le degré de contentement de la personne quant au rendement. L'indépendance, qui, comme nous l'avons vu, représente les capacités physiques à réaliser une activité seule, serait donc à notre sens, évaluée convenablement en s'appuyant sur ces deux indicateurs : la personne parvient-elle à réaliser l'activité (ou une partie de l'activité) seule ? Est-elle satisfaite de cette situation ?

Nous rappelons que notre entretien sera de type semi-directif. En fait, nous avons déterminé au préalable nos concepts et hypothèses de réponses aux questions, et nous souhaitons que le patient explore et traite les thèmes que nous proposons. Nous avons également rédigé au préalable des questions dites « de relance », si la personne n'a pas approfondi les sujets qui nous intéressent. Par précaution, nous avons « testé » nos questions auprès de personnes qui ne sont pas familières du milieu médical, afin de nous assurer qu'elles sont compréhensibles.

2) Passation et méthodologie de l'analyse de données

Nous avons tout d'abord contacté des ergothérapeutes diplômés d'Etat de notre connaissance, afin de savoir s'ils avaient déjà pris en charge des patients atteints de SDRC I au membre supérieur, et si tel était le cas, s'il était possible d'entrer en contact avec eux afin de les interroger. Deux ergothérapeutes, issues de régions limitrophes, ont donc répondu positivement à notre appel. Nous avons échangé avec eux, pour leur présenter notre sujet de recherche ainsi que notre plan d'action, puis leur avons transmis les formulaires de consentement⁴⁴ que nous avons rédigés au préalable. Il peut en effet être délicat pour eux de nous fournir le nom de leurs patients, par soucis du secret médical. Ils les ont d'abord contactés de leur côté, pour leur présenter notre projet et savoir s'ils étaient d'accord pour participer à notre enquête. A l'issue de ces recherches, la première ergothérapeute nous a fourni les coordonnées de quatre patientes qui ont bénéficié du protocole de Moseley, et la deuxième ergothérapeute a également été en mesure de nous apporter trois personnes ayant bénéficié d'une prise en charge plus traditionnelle. Du fait de la distance, nous avons préféré les contacter par mail, afin de nous présenter, de leur parler de notre sujet et de fixer un créneau pour réaliser notre entretien. Cinq de ces patientes nous ont répondu positivement⁴⁵, et avec enthousiasme à l'idée de participer à un tel travail. Nous avons donc pu déterminer des dates pour des rendez-vous téléphoniques, selon leurs disponibilités auxquelles nous nous sommes pliés.

Nous avons suivi plusieurs étapes permettant d'analyser nos différents entretiens. Nous avons d'abord enregistré les entretiens⁴⁶ afin de les retranscrire intégralement ultérieurement. Nous

⁴⁴ Nos formulaires de consentement sont proposés en annexe (cf Annexes 2, 3 et 4, p 6-8)

⁴⁵ Un tableau récapitulatif des patientes interrogées est proposé en annexe (cf Annexe 7, p 13)

⁴⁶ Les entretiens sont retranscrits en intégralité en annexe (cf Annexes 9, 11, 13, 16 et 18, p 15-55)

les avons ensuite confrontés pour en ressortir les éléments clés, que nous retrouvons dans le tableau typologique que nous avons élaboré.

C. Questionnaires

1) Méthodologie du recueil de données

Nous avons réalisé un questionnaire d'enquête⁴⁷, à destination des deux ergothérapeutes ayant accepté de participer à notre étude. Nous l'avons retranscrit en annexe, ainsi que les formulaires de consentements et de remerciements. Là encore, nous avons testé notre questionnaire afin de contrôler la bonne compréhension de nos questions. Par la suite, nous leur avons transmis par mail, cette voie étant favorisée notamment pour sa facilité et sa rapidité.

Pour la construction en elle-même de l'outil, nous avons axé nos questions autour de nos quatre concepts/mots-clés. Nous avons élaboré douze interrogations, cependant, chaque ergothérapeute ne répondra pas forcément à la totalité. En effet, certaines sont ciblées principalement sur le protocole de Moseley, d'autres sur la rééducation plus « traditionnelle » des patients atteints de SDRC I au membre supérieur. Chacune des ergothérapeutes répondra selon ses connaissances et les prises en charge qu'elle a déjà pu mettre en place.

Le but de ce questionnaire est en fait d'illustrer la prise en charge qui a été effectuée auprès des patientes interrogées, et de s'assurer, si le protocole a été appliqué, qu'il l'a été dans les conditions définies dans notre étude (comme Moseley l'a instauré). Nous souhaitons enfin recueillir un témoignage plus objectif de l'évolution constatée au cours de la prise en charge, qu'il peut d'ailleurs être intéressant de confronter à celui des patients.

2) Passation et méthodologie de l'analyse de données

Nous avons respectivement transmis nos questionnaires le 14 février 2016 à Madame M⁴⁸, la première ergothérapeute que nous avons contactée, et le 20 mars 2016 à Madame T.⁴⁹, notre deuxième ergothérapeute. Nous avons précisé que nous souhaitons qu'ils soient complétés d'ici le 28 mars 2016, date butoir que nous nous étions fixé. Ce délai a été largement respecté, et nous avons donc pu procéder à l'analyse des données reçues, que nous avons regroupées dans un tableau retranscrit en annexe.

⁴⁷ Notre trame de questionnaires est proposée en annexe (cf Annexe 6, p 11)

⁴⁸ Le questionnaire de Madame M. est retranscrit en intégralité en annexe (cf Annexe 14, p 41)

⁴⁹ Le questionnaire de Madame T. est retranscrit en intégralité en annexe (cf Annexe 19, p 56)

V Analyse des résultats

A présent, au regard de notre cadre théorique, nous souhaitons confronter les données que nous avons pu recueillir lors des entretiens et des questionnaires, mais également durant notre enquête exploratoire. Cette partie sera donc composée de la synthèse des éléments obtenus ainsi que de leur analyse. Nous tenons à préciser que, pour faciliter la compréhension de notre analyse, nous avons retranscrit l'intégralité des entretiens et questionnaires effectués en annexe.

Notre analyse sera donc construite selon l'ordre chronologique des questions que nous avons posées en entretiens, et nous compléterons les résultats au fur et à mesure par les données fournies par les ergothérapeutes dans les questionnaires. Nous informons que par respect de l'anonymat de nos répondants, nous limiterons leur identité à l'initiale de leur nom, et nous ne retenons aucun lieu géographique cité. Enfin, nous rappelons que notre étude est fondée sur le témoignage de trois petits échantillons de population : 5 patientes atteints de SDRC I au membre supérieur (3 ayant bénéficié du protocole de Moseley et 2 ayant eu une rééducation plus traditionnelle), et 2 ergothérapeutes ayant pris en charge ces patientes. Ils ne sont donc pas significatifs et représentatifs de l'ensemble des patients atteints de cette pathologie et des ergothérapeutes les prenant en charge. Nous ne nous permettrons donc pas de généraliser nos résultats.

A. Question 1

Rappelons tout d'abord l'intitulé exact de cette question : « Présentez-vous en quelques mots ». Comme nous l'avons expliqué précédemment, notre entretien s'est construit selon la trame de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel⁵⁰. La première étape consiste donc en un recueil de données sur le patient, elle permet d'établir un premier contact avec le patient en évoquant quelque chose qu'il connaît bien, à savoir son identité et son histoire. Celles-ci seront intéressantes à comparer avec les données que nous avons recueillies dans notre partie théorique, notamment l'étiologie, et nous permettront également de vérifier si le profil de ces patientes correspond à notre recherche.

Les cinq personnes que nous avons eu l'occasion d'interroger sont toutes des femmes : nous voyons à nouveau que la patientèle dans le SDRC I est très féminisée. Elles sont âgées de 43 à 61 ans, la moyenne d'âge étant donc de 48,6 ans. Cette dernière coïncide donc avec les valeurs que nous avons retrouvées dans la littérature, à savoir une moyenne se situant entre 40 et 70 ans. Toutes ont donc été victime d'un SDRC I au membre supérieur (cette localisation étant deux fois plus fréquente qu'au niveau du membre inférieur) : trois au niveau du poignet, et deux au niveau de l'épaule. Elles sont toutes droitières, et deux patientes sur les

⁵⁰ Le bilan est proposé en annexe (cf Annexe IV : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), p IV)

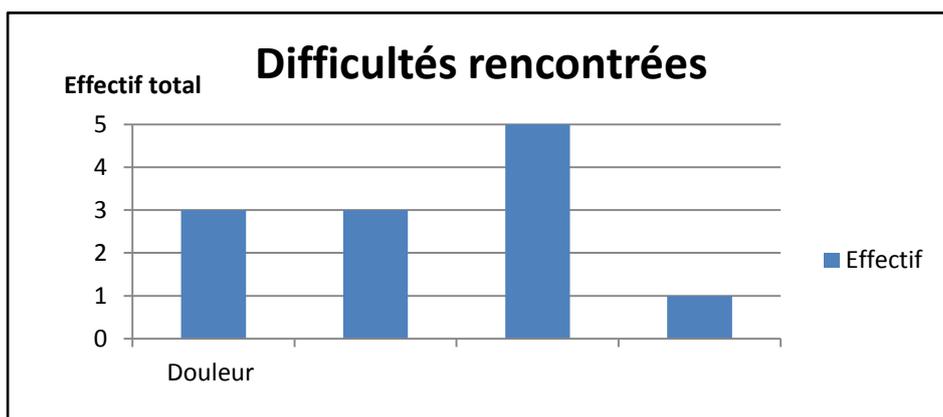
cinq ont été touchées du côté droit. Chacune a vu cette pathologie surgir soudainement, brutalement, mais toujours à la suite d'un traumatisme (comme dans trois quarts des cas au niveau national) : en effet, pour deux d'entre elles, le SDRC I a été précédé de fractures, pour deux autres d'une intervention chirurgicale, et pour la dernière d'un écrasement au niveau de la main. Au moment du diagnostic du SDRC I, quatre de ces patientes ne connaissaient pas du tout cette pathologie. Par la suite, toutes ont été prises en charge en rééducation, et plus précisément en hôpital de jour. Là, trois d'entre elles ont bénéficié du protocole de Moseley, les deux autres ayant suivi une rééducation plus traditionnelle. A noter qu'elles ont toutes été prises en charge par un masseur-kinésithérapeute en parallèle.

Nous voyons donc que les données étiologiques du SDRC I que nous avons recueillies s'avèrent vérifiées dans le cadre de notre étude. Les cinq patientes correspondent au profil que nous recherchions dans notre étude à savoir, comme nous l'avons dit précédemment, qu'elles ont été atteintes de SDRC I au membre supérieur (diagnostic établi), et ont été prises en charge en rééducation. A présent que le contact a été établi avec ces patientes, nous allons les interroger plus précisément sur l'impact du SDRC I dans leur vie quotidienne.

B. Question 2

L'intitulé de cette question était le suivant : « quelles difficultés avez-vous rencontrés du fait de la maladie ? » Ici, notre objectif est d'avoir une réponse assez générale de la part des patientes, qui nous permettrait de confirmer la pertinence de notre recherche (les activités sont-elles réellement perturbées par ce trouble qu'est le SDRC I ?). En effet, nous attendons que les patientes nous citent des domaines qui se voient perturbés par la maladie, domaines que nous approfondirons dans la question suivante.

Nous avons résumé les réponses qu'elles nous ont données dans un graphique de type histogramme. Nous pouvons donc voir que, comme annoncé dans la littérature, les difficultés engendrées par le SDRC I sont plurielles. Tout d'abord, comme chacune l'a évoqué, nous retrouvons les difficultés physiques, et plus particulièrement des difficultés au niveau des activités quotidiennes. Comme nous l'avions imaginé avec nos lectures, les activités sont donc impactées par le SDRC I ; notre recherche peut donc présenter un intérêt pour les patients. Ensuite, trois personnes ont parlé de la vive douleur qu'elles ressentaient en permanence. Une seule patiente a évoqué les difficultés sociales que pouvait entraîner leur trouble. Toutes ces gênes s'additionnant, nous pouvons aisément imaginer que se présentent également des difficultés morales, soulevées d'ailleurs par trois des patientes interrogées.

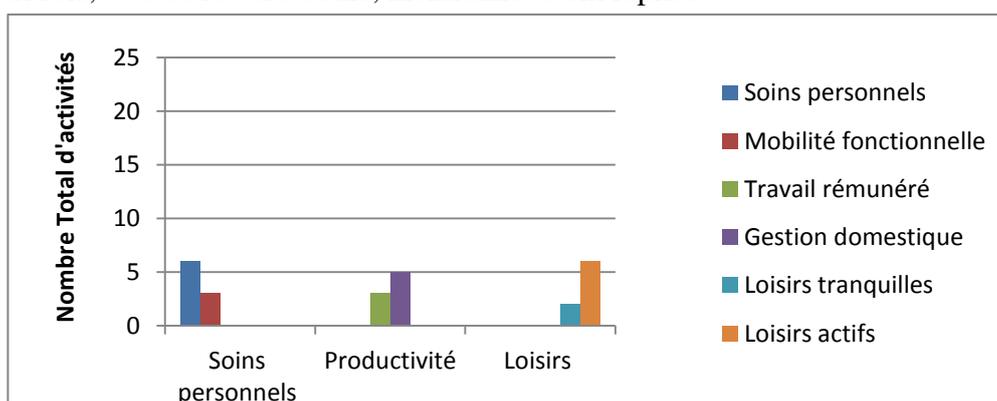


Nous allons désormais cibler plus précisément les activités pour lesquelles les patientes se sont retrouvées en difficultés.

C. Question 3

Notre question était la suivante : « citez moi 5 activités qui étaient importantes pour vous et que vous ne pouviez plus faire aussi bien que vous le vouliez du fait de la maladie. Pensez à une journée type. » Nous reprenons à nouveau la trame de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel : le patient doit identifier les activités quotidiennes qu'il veut, doit ou devrait réaliser de façon indépendante. Nous demandons d'en choisir cinq, celles qui sont les plus importantes à ses yeux. De cette façon, nous insérons la notion d'activités signifiantes dans notre entretien, les patientes les citeront inévitablement en premier, puisqu'importantes à leurs yeux.

De manière générale, nous remarquons que les trois catégories (Soins personnels, productivité et loisirs) présentées dans la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel ressortent dans nos entretiens. En effet, les soins personnels sont cités à six reprises, par quatre personnes sur cinq. La mobilité présente des difficultés pour trois des patientes. La productivité est composée du travail rémunéré et de la gestion domestique : le travail a été évoqué trois fois, et la gestion domestique cinq fois. Enfin, les loisirs sont décomposés en loisirs dits tranquilles, cités deux fois, et d'autres dits actifs, mentionnés à six reprises.



Il nous est impossible d'établir un ordre de priorité général des activités pour les patientes, puisqu'il diffère selon chacune. En revanche, nous pouvons remarquer que certaines activités sont mentionnées par plusieurs patientes, telles que le travail, la conduite, la natation, le vélo ou encore la préparation des repas. Certaines tendances ressortent donc néanmoins. Nous notons également que la notion d'activités significatives est très importante dans notre questionnaire au vu des réponses que nous avons reçues ; si nous avons choisi d'étudier les activités significatives, les activités évoquées auraient été pour certaines très différentes de celles-ci, comme la peinture, le bricolage ou encore la danse par exemple.

Maintenant que les activités significatives de chacune de nos répondantes ont été déterminées, nous allons demander une cotation du rendement et de la satisfaction⁵¹ lors de la réalisation de celles-ci, en nous situant avant la prise en charge en rééducation.

D. Questions 4 et 6

Dans ces questions, nous demandions aux patientes d'évaluer le rendement, à savoir l'efficacité dans la réalisation de l'activité, et le degré de satisfaction que ce dernier leur apportait, ceci avant leur prise en charge en rééducation et après. Cela nous permettra d'évaluer de façon concrète leur indépendance dans leurs activités significatives, comme nous l'avons expliqué auparavant.

Cinq patientes ont été recrutées au début de notre étude, mais, cependant, nous avons été contraints de ne pas prendre en compte les données de l'une d'entre elle : en effet, comme elle a pu nous l'expliquer durant son entretien⁵², elle s'est vu diagnostiquer une spondylarthrite ankylosante au moment de sa période de rééducation, cette dernière s'ajoutant au SDRC I déjà présent. Elle nous a donc mis en garde quant à l'objectivité de son témoignage, ne sachant pas précisément l'origine de ses difficultés. Nous avons donc préféré établir notre analyse statistiques en ôtant ses valeurs, afin d'éviter ce biais trop important. A ce jour sont donc retenues :

- 2 patientes, Madame A et Madame S, dans le groupe Moseley (groupe test)
- 2 patientes, Madame B et Madame M, dans le groupe rééducation traditionnelle (groupe témoin)

Nous pouvons tout d'abord remarquer que pour les deux patientes qui ont bénéficié du protocole, une amélioration du rendement et de la satisfaction après la prise en charge⁵³ est rapportée. En effet, concernant le rendement, la moyenne avant prise en charge était de 1,8/5, et de 4,4/5 après. De même pour la satisfaction, elle était évaluée en moyenne à 1,8/5 avant la rééducation et à 4,1/5 après. Nous pouvons donc conclure que le protocole de Moseley, combiné à une prise en charge traditionnelle, semble avoir des effets positifs sur

⁵¹ Des tableaux récapitulatifs pour chaque patiente sont proposés en annexe (cf Annexes 22-27, p 60-62)

⁵² L'entretien est retranscrit en intégralité en annexe (cf Annexe 13, p 35-40)

⁵³ Un tableau récapitulatif est proposé en annexe (cf Annexe 27, p 62)

l'indépendance dans les activités significatives des patients atteints de SDRC I au membre supérieur. Maintenant, comme nous l'avons expliqué précédemment, nous nous proposons d'approfondir quelque peu notre étude, en établissant une comparaison entre les résultats obtenus suite au protocole de Moseley combiné à la rééducation, et ceux notés après une rééducation traditionnelle seule.

Nous avons donc analysé les tableaux récapitulatifs des données de chacune des patientes, puis avons calculé la progression notable pour leur rendement et leur satisfaction. Nous avons en fait estimé la différence entre les notes finales et initiales pour chaque activité, afin de déterminer la progression, évaluée également sur 5. Nous avons par la suite reporté ces cinq valeurs pour chaque patientes dans deux tableaux (rendement et satisfaction), en prenant soin de les convertir en valeurs décimales.

Tableau récapitulatif de la progression du rendement

Patientes	Groupes test	Patientes	Groupe témoin
Madame A	0,8	Madame B	0,2
	0,8		0,4
	0,8		0,40
	0,8		0,2
	0,6		0,2
Madame S	0,40	Madame M	0,8
	0,4		0,60
	0,4		0,8
	0,2		0,8
	0,2		0,4

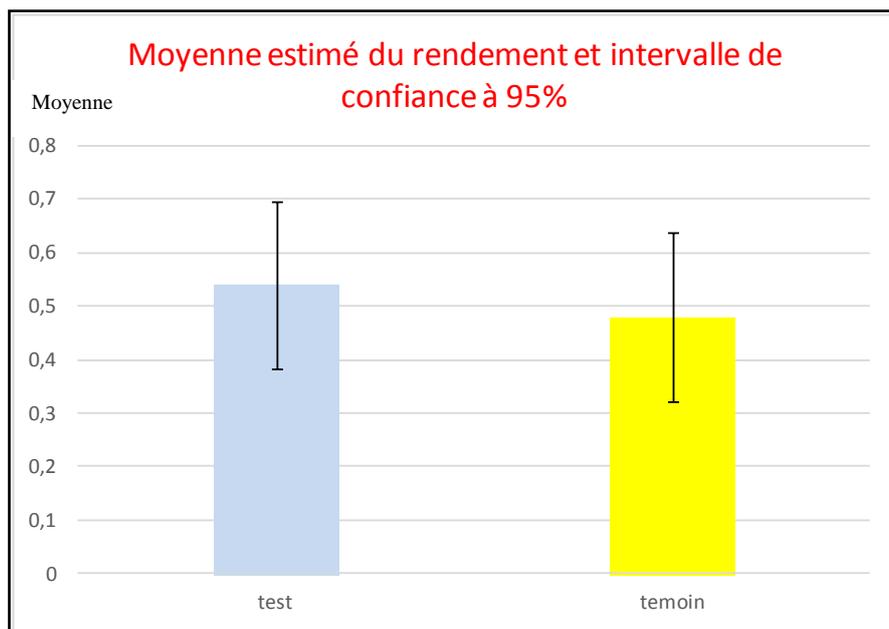
De ce tableau nous avons établi une fiche statistique descriptive pour chacun des groupes.

Fiches statistiques descriptives pour chaque groupe

Test		Témoin	
Moyenne	0,54	Moyenne	0,48
Erreur-type	0,08	Erreur-type	0,08
Médiane	0,5	Médiane	0,4
Mode	0,8	Mode	0,2
Écart-type	0,25	Écart-type	0,25
Variance de l'échantillon	0,06	Variance de l'échantillon	0,06
Kurstosis (Coefficient d'aplai	-1,77	Kurstosis (Coefficient d'aplai	-1,66
Coefficient d'asymétrie	-0,14	Coefficient d'asymétrie	0,28
Plage	0,6	Plage	0,6
Minimum	0,2	Minimum	0,2
Maximum	0,8	Maximum	0,8
Somme	5,4	Somme	4,8
Nombre d'échantillons	10	Nombre d'échantillons	10
Niveau de confiance(95,0%)	0,18	Niveau de confiance(95,0%)	0,18

La moyenne, par définition, est égale à la somme d'un ensemble de données divisée par le nombre de celles-ci. L'écart-type, lui, nous permet de mesurer la dispersion des données

autour de la moyenne calculée et ainsi décider de l'homogénéité des groupes de données : plus il sera faible, plus notre moyenne sera parlante. Dans notre cas, concernant le rendement, nous avons une moyenne de 0,54 dans le groupe test, avec un écart type à 0,25 . De même pour le groupe témoin avec une moyenne de 0,48 et un écart type de 0,25. Ces résultats préliminaires sont assez similaires et nous ne pouvons pas faire de constat de différenciation clair entre les deux groupes : les moyennes sont proches et les mesures d'homogénéité (les écarts-types) des groupes de données sont similaires. Si nous voulions faire une estimation de la moyenne de chaque population (la population de tous les patients ayant subi le protocole test, et la population de tous les patients ayant subi le protocole témoin) et que nous nous intéressons à l'intervalle de confiance de 95%, nous obtiendrions :



La moyenne estimée de la progression du rendement chez la population ayant suivi le protocole test est de 0,54, et la vraie moyenne a 95% de chances d'être dans l'intervalle [0,38 ; 0,70].

La moyenne estimée de la progression du rendement chez la population ayant suivi le protocole témoin est de 0,48, et la vraie moyenne a 95% de chances d'être dans l'intervalle [0,32 ; 0,64].

Le graphique montre ainsi la difficulté de répondre à la question « quel est le protocole le plus efficace ? ».

Nous nous proposons donc d'appliquer un test de Student.

Test de Student pour le rendement

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes		
	<i>Test</i>	<i>Temoin</i>
Moyenne	0,54	0,48
Variance	0,06266667	0,064
Observations	10	10
Différence hypothétique des moyenne	0	
Degré de liberté	18	
Statistique t	0,53311399	
P(T<=t) unilatéral	0,30023788	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,73406361	
P(T<=t) bilatéral	0,60047575	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,10092204	

Les hypothèses de notre test seront les suivantes :

- H0 : le protocole test (Moseley) n'amène pas une modification significative du rendement.
- H1 : le protocole test (Moseley) amène une modification positive du rendement
- H1' : le protocole test amène une modification significative du rendement

Notre objectif est de savoir si les informations contenues dans nos données peuvent rejeter ou pas H0. Si nous rejetons H0, on démontre statistiquement et avec un seuil d'erreur de 5 % que le protocole de Moseley modifie significativement le rendement. Nous avons mené en parallèle deux tests :

- Unilatéral, qui nous permettrait de voir si le protocole test est meilleur que le protocole témoin, c'est-à-dire que la moyenne de progression du rendement de la population test est supérieure à celle de la population témoin.
- Bilatéral, qui nous laisserait voir si les deux protocoles sont significativement différents l'un de l'autre, c'est-à-dire que la moyenne de progression du rendement dans la population test est différente de celle de la population témoin.

Nous pouvons voir dans notre tableau que ce n'est pas le cas, nous ne pouvons donc statistiquement pas rejeter notre hypothèse H0 au seuil d'erreur que nous nous sommes fixé. Dans le test unilatéral, nous aurions pu la rejeter, mais à un seuil d'erreur de 30 %, et à 60 % dans le test bilatéral : ce sont des seuils qui ne sont pas acceptables dans le domaine médical. Nous concluons donc, concernant le rendement, qu'il n'y a pas de différence significative entre le protocole de Moseley et la prise en charge plus traditionnelle.

Résultats

Hypothese H_0			
Protocole test n'amène pas une modification significative du rendement			
Hypothese H_1			
Protocole test amène une modification positive du rendement			
Hypothese H_1'			
Protocole test amène une modification significative du rendement			
Statistiquement: On ne peut pas rejeter H0 au seuil d'erreur fixé 0,05 (5%)			
car			
P(T<=t) unilatéral	0,300237876	>0,05	(teste si amélioration): on ne peut pas rejeter H0 et accepter H1
P(T<=t) bilatéral	0,600475752	>0,05	(teste si on obtient juste une difference): on ne peut pas rejeter H0 et accepter H1'

La démarche a été exactement la même pour la satisfaction. Nous avons d'abord reporté les valeurs de progression dans un tableau, puis avons établi une fiche statistique descriptive. La moyenne dans le groupe test est de 0,46, avec un écart type de 0,31 : notre moyenne est donc fiable. De même, dans le groupe témoin, la moyenne est de 0,56, avec un écart type de 0,26. Les données du groupe témoin sont donc plus homogènes que celles du groupe test, les moyennes estimées restent néanmoins assez proches.

Tableau récapitulatif de la progression de la satisfaction

Patientes	Groupe test	Patientes	Groupe témoin
Madame A	0,4	Madame B	0,2
	0,8		0,4
	0,8		0,4
	0,8		0,2
	0,8		0,4
Madame S	0,2	Madame M	0,8
	0,4		0,8
	0,2		0,8
	0,2		0,8
	0		0,8

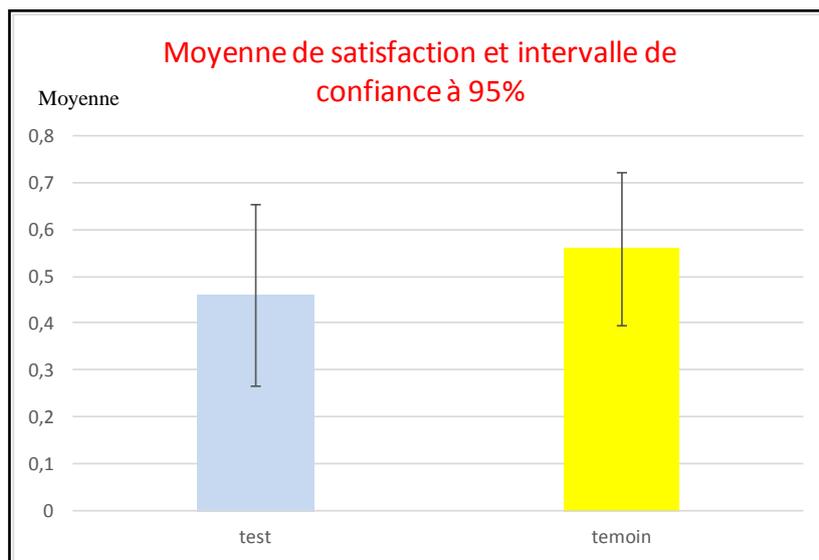
Fiches statistiques descriptives pour chaque groupe

Test		Témoin	
Moyenne	0,46	Moyenne	0,56
Erreur-type	0,10	Erreur-type	0,08
Médiane	0,4	Médiane	0,6
Mode	0,8	Mode	0,8
Écart-type	0,31	Écart-type	0,26
Variance de l'échantillon	0,10	Variance de l'échantillon	0,07
Kurtosis (Coefficient d'aplatis	-1,81	Kurtosis (Coefficient d'aplatis	-1,97
Coefficient d'asymétrie	0,03	Coefficient d'asymétrie	-0,28
Plage	0,8	Plage	0,6
Minimum	0	Minimum	0,2
Maximum	0,8	Maximum	0,8
Somme	4,6	Somme	5,6
Nombre d'échantillons	10	Nombre d'échantillons	10
Niveau de confiance(95,0%)	0,22	Niveau de confiance(95,0%)	0,19

La moyenne estimée de la progression du rendement chez la population ayant suivi le protocole test est de 0,46 et la vraie moyenne a 95% de chances d'être dans l'intervalle [0,27 ; 0,65].

La moyenne estimée de la progression du rendement chez la population ayant suivi le protocole témoin est de 0,56 et la vraie moyenne a 95% de chances d'être dans l'intervalle [0,40 ; 0,72].

Le graphique suivant montre ainsi la difficulté de répondre à la question « Quel est le protocole le plus satisfaisant pour les patients ? ».



Test de Student pour la satisfaction

Test d'égalité des espérances: deux observations de variances différentes		
	test	temoin
Moyenne	0,46	0,56
Variance	0,09822222	0,06933333
Observations	10	10
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	17	
Statistique t	-0,7725393	
P(T<=t) unilatéral	0,22520145	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,73960673	
P(T<=t) bilatéral	0,45040291	
Valeur critique de t (bilatéral)	2,10981558	

Nous posons donc les hypothèses suivantes :

- H0: le protocole test (Moseley) n'amène pas une modification significative de la satisfaction.

- H1: le protocole test (Moseley) amène une modification positive de la satisfaction.
- H1': le protocole test (Moseley) amène une modification significative du satisfaction.

Nous effectuons à nouveau deux tests, unilatéral et bilatéral. Au vu de notre statistique t qui est nettement inférieure à la valeur critique et avec un seuil d'erreur à 5%, nous ne pouvons donc pas rejeter H0. Le test bilatéral, lui, ne laisse pas non plus réfuter H0 et accepter H1', pour les mêmes raisons que ci-dessus.

Résultats

Hypothese H0			
Protocole test n'amène pas une modification significative de la satisfaction			
Hypothese H1			
Protocole test amène une modification positive de la satisfaction			
Hypothese H1'			
Protocole test amène une modification significative de la satisfaction			
Statistiquement: On ne peut pas rejeter H0 au seuil d'erreur fixé 0,05 (5%)			
car			
P(T<=t) unilatéral	0,22520145	>0,05	(teste si amélioration): on ne peut pas rejeter H0 et accepter H1
P(T<=t) bilatéral	0,45040291	>0,05	(teste si on obtient juste une difference): on ne peut pas rejeter H0 et accepter H1'

Pour reprendre les questions que nous avons soulevées dans notre partie théorique, la lecture de ces résultats nous permet de dire, sur nos échantillons, que quel que soit le programme rééducatif suivi, on note une incidence significative sur le rendement et la satisfaction lors de la réalisation d'activité, et donc par conséquent sur l'indépendance.

E. Question 5

Notre question était la suivante : « quelles attentes aviez-vous de votre prise en charge en rééducation ? ». Là, notre objectif est à nouveau de s'assurer de la pertinence de notre recherche, à savoir si le gain d'indépendance dans les activités était une demande des patientes, ou si, au contraire, ce n'était pas leur priorité. De plus, en analysant les réponses de leurs ergothérapeutes, nous pouvons voir de quelle façon leurs demandes ont été prises en compte et les moyens mis en place pour les assouvir.

Une attente se distingue par rapport aux autres, puisqu'elle est citée par quatre des patientes interrogées : il s'agit de la volonté de faire des progrès, de voir des améliorations, que ce soit au niveau de la douleur ou des amplitudes articulaires. D'après leurs dires, ces femmes sont vraiment en attente d'un mieux, de voir leur état physique s'améliorer au moins légèrement. Selon elles, ces résultats seraient positifs non seulement pour leur capacités motrices, mais également pour leur moral, qui, rappelons le, a été cité à trois reprises en tant que difficulté rencontrée du fait de la maladie.

Ensuite, deux attentes sont mentionnées trois fois. Tout d'abord, trois patientes voulaient que leur rééducation leur permette de mieux vivre avec leur maladie, d'améliorer leur qualité de vie. Toutes savent que leur pathologie peut s'étaler dans le temps, et que son évolution est très incertaine. Elles souhaitent donc apprendre à vivre avec le SDRC I.

De plus, trois autres patientes ont évoqué leur volonté de prendre un nouveau départ, d'en finir réellement avec leur pathologie. Elles ont déclaré vouloir tourner définitivement cette page de leur vie, et se reconstruire. Certaines parlent même de vouloir retrouver leur état physique antérieur au traumatisme. Parallèlement à cela, deux de ces patientes ont indiqué vouloir reprendre le travail, qu'elles ont dû arrêter suite au traumatisme.

Enfin, une seule des patientes a annoncé vouloir être informée par rapport à sa pathologie. Comme nous l'avons vu précédemment, le SDRC I reste encore à ce jour assez méconnu. Elle a donc besoin de comprendre ce qui lui est arrivé, pour quelles raisons, et d'être éclairée quant à l'avenir.

En parallèle, les ergothérapeutes ont répondu à notre questionnaire, en particulier à une question concernant leurs objectifs de prises en charge pour les patients atteints de SDRC I au membre supérieur. La première d'entre elles, Madame M, a mis en place le protocole de Moseley avec Madame A et Madame S. Pour elle, ses objectifs sont d'une part de lutter contre la douleur, d'autre part de réintégrer la main progressivement dans les activités de la vie quotidiennes. Madame T, l'autre ergothérapeute, qui a effectué des prises en charge plus traditionnelles pour Madame B et Madame M, a évoqué un objectif, assez semblable. Celui-ci consiste en le soutien des patients pour qu'ils récupèrent un maximum de mobilité.

Nous avons donc pu recenser toutes les attentes mentionnées par les patientes interrogées, ainsi que les objectifs de leurs ergothérapeutes. Nous voyons donc qu'ils coïncident et sont en adéquation : cela favorise de manière générale l'adhérence du patient au traitement, et l'instauration d'une relation thérapeutique facilitante. La question suivante ayant déjà été traitée précédemment, nous allons directement aborder la dernière interrogation de notre entretien.

F. Question 7

L'intitulé de cette dernière question était le suivant : « votre prise en charge a-t-elle répondu à vos attentes ? Pourquoi ? » Grâce à celle-ci, nous voulons établir un bilan quant aux prises en charge, en lien avec les attentes formulées dans la question 5. Cela nous permettra également d'évaluer de façon qualitative si les thérapies ont été jugées efficaces par les patientes ; ce constat apportera un complément aux valeurs chiffrées que nous avons recueillies.

De manière générale, quatre patientes sur les cinq dressent un bilan positif. La cinquième, qui a bénéficié du protocole de Moseley, nuance quelque peu son constat, mais explique que c'est probablement lié à sa spondylarthrite ankylosante qui a perturbé sa rééducation.

Concernant les raisons qui justifient ce bilan, toutes ont parlé de l'équipe soignante les ayant encadrées. Trois d'entre elles (dont deux ayant bénéficié du protocole) soulignent l'importance de la pluridisciplinarité, assurant une prise en charge complète. Par exemple, dans le cas du protocole de Moseley, l'ergothérapeute nous a indiqué qu'une collaboration avec le médecin est nécessaire. Toutes ont vanté les qualités des professionnels qu'elles ont pu rencontrer : elles les ont ainsi décrits comme compétents, rassurants, ou encore à l'écoute. D'après elles, la motivation est accrue lorsqu'il existe une relation thérapeutique positive, ou, dirons nous, des transferts et contre-transferts positifs.

Quatre des patientes ont développé les soins qu'elles ont reçus. Pour trois d'entre elles, la régularité et l'intensité de la rééducation ont été très favorisantes pour progresser, à tel point que l'une a décrit ce rythme comme nécessaire. Une personne a également déclaré avoir été satisfaite de découvrir le protocole de Moseley, méthode qu'elle considère innovante et originale.

Enfin, concernant les résultats en eux-mêmes, deux patientes évoquent les progrès qu'elles ont pu constater à l'issue de leur prise en charge. Il est important à notre sens de noter que chacune a déclaré avoir continué de progresser après leur sortie du centre : certaines même disent avoir à ce jour retrouvé la quasi-totalité de leurs capacités physiques. Autre point, deux des trois patientes ayant appliqué le protocole tiennent à souligner que cette méthode s'avère parfois contraignante et chronophage.

Il semble donc que, pour quatre patientes sur cinq, leurs attentes aient été satisfaites, ou tout au moins en grande partie, à l'issue de leur prise en charge. Cette conclusion se retrouve dans les tableaux récapitulatifs de l'évolution du rendement et de la satisfaction dans leurs activités significatives : quatre des patientes ont vu leur cotation augmenter significativement entre leur arrivée et leur sortie dans l'établissement.

Les ergothérapeutes que nous avons interrogées confirment ce constat. Elles ont en effet pu mener d'autres bilans, probablement plus objectifs mais complémentaires au nôtre, à l'issue de la prise en charge. Tout d'abord, Madame M, n'a pas évalué spécifiquement l'indépendance dans les activités significatives ; en revanche, elle a fait passer le test DASH (évaluation des capacités à réaliser certaines activités au cours de la dernière semaine), ainsi qu'une échelle de qualité de vie. Madame T, elle, a testé les aires fonctionnelles de Jully, et évoque en particulier la reprise du geste « main-tête » permettant à ses patientes de se recoiffer. Toutes deux considèrent que leur prises en soins ont été efficaces pour leurs patientes. D'un côté, Madame M dresse un bilan positif du protocole de Moseley dans trois quarts des cas : elle a pu remarquer une diminution de la douleur, de la gêne dans les activités quotidiennes, et une amélioration de la qualité de vie, de la dextérité et de la force musculaire. De l'autre côté, Madame T annonce que la stimulation accrue, telle qu'évoquée par les patientes, semble avoir « *porté ses fruits* ». Nous pouvons donc voir que les bilans dressés par les patientes se recoupent beaucoup avec ceux de leurs ergothérapeutes.

VI Discussion

A. Conclusion de l'enquête et vérification de nos hypothèses

Cette enquête nous a permis de découvrir plusieurs choses concernant notre sujet. En effet, le SDRC I a un réel impact sur l'indépendance des patients au quotidien, et compromet fortement la réalisation d'activités, ceci induisant inévitablement des difficultés psychologiques. Nous avons pu voir, grâce à nos entretiens, que, avant même la douleur ou l'œdème, la principale plainte des patients concerne ce manque d'indépendance dans la vie quotidienne. Il est essentiel de noter que la notion d'activités significatives a pris toute son importance au cours de notre travail, au vu des occupations mentionnées durant l'entretien, et étant souvent significatives. Ainsi, la demande majeure des personnes arrivant en rééducation avec cette pathologie est de retrouver une certaine indépendance dans leurs activités, voir même de pouvoir les réaliser aussi bien qu'avant le déclenchement du SDRC I.

Le protocole de Moseley, assez peu connu des patients mais également des ergothérapeutes que nous avons contacté aux prémises de notre enquête, est encore rarement appliqué dans le cas des patients atteints de SDRC I. Pourtant, des preuves ont déjà été apportées quant à son efficacité sur la douleur, l'œdème ou les gestes fonctionnels.

Nous qui nous intéressions à ses retombées sur l'indépendance dans les activités significatives, telles que souhaitée par les patients, avons émis plusieurs hypothèses de réponse à notre problématique. Nous avons d'abord supposé, en regard des études déjà menées, qu'il permettrait d'améliorer l'indépendance des patients dans ces occupations. Plus précisément, nous avons imaginé que nos indicateurs, à savoir le rendement et la satisfaction, seraient rehaussés en fin de prise en charge. Notre recherche a pu démontrer, à très faible échelle, que le protocole de Moseley s'avère efficace sur l'indépendance ; le rendement et la satisfaction augmentent significativement à la fin de la prise en charge. Notre seconde hypothèse était que le protocole de Moseley, combinée à une prise en charge classique, était plus efficace sur l'indépendance dans les activités significatives qu'une rééducation traditionnelle. Là, en revanche, il nous est impossible de confirmer notre intuition ; nos études statistiques étant basées sur deux échantillons trop faibles et pas forcément comparables, nous ne pouvons pas nous permettre de conclure sur ce point sans risquer de nous tromper. Cette hypothèse restera donc à ce jour sans réponse fiable, et invite à de nouvelles recherches plus approfondies et moins biaisées que la nôtre, comme nous le décrirons ci-dessous.

B. Limites de notre enquête

En tant que mémoire d'initiation à la recherche, ce travail présente plusieurs limites, concernant la population que nous avons interrogée, notre méthodologie ou encore des facteurs externes.

Tout d'abord, nous rappelons que le profil de patients que nous recherchions pour notre enquête impliquait le diagnostic d'un SDRC I au membre supérieur. Pour une des femmes que nous avons interrogées, il semble que la pathologie a toujours été suspectée, mais jamais réellement diagnostiquée. Nous ne pouvons donc pas être certains de sa compatibilité avec notre enquête. De même, notre question de recherche indiquait que nous nous intéressions à la prise en charge des patients durant la phase I de leur SDRC I, or, dans notre cas, nous ne sommes sûrs que pour trois des femmes questionnées que c'était bel et bien le cas. Un autre biais, et non pas des moindres, concerne la pathologie en elle-même. En effet, trois personnes sur les cinq ont eu un SDRC I à la main, et les deux autres au niveau de l'épaule. Après réflexion, nous nous apercevons que ces deux groupes ne sont finalement pas comparables, les symptômes pouvant différer complètement. Nous aurions dû choisir une localisation unique dès le départ, ce qui aurait modifié quelque peu notre problématique : nous n'aurions pas parlé de « membre supérieur », mais de « main » ou d' « épaule ». Les deux personnes ayant eu une algodystrophie à l'épaule constituant le groupe témoin, nous ne pouvons affirmer que nos deux échantillons sont réellement comparables. Nous aurions dû cibler plus précisément notre population. Le dernier biais que nous évoquons au sujet de notre population concerne la taille de nos échantillons. En effet, nous avons pour consignes d'effectuer entre deux et quatre entretiens de six questions minimum, ce que nous avons fait. Cependant, il serait préférable de recueillir d'avantage de témoignages pour que notre étude ait une véritable valeur scientifique.

Par ailleurs, nous notons que notre évaluation, basée sur le ressenti des patientes, était probablement trop subjective. Nous pensons désormais qu'il aurait été souhaitable de compléter ces réponses par des bilans plus objectifs menés par les ergothérapeutes par exemple, ou même éventuellement par des témoignages des proches de nos patientes. Enfin, concernant notre méthodologie, nous aurions pu imaginer substituer nos questionnaires par des entretiens, afin de recueillir des informations plus précises quant aux objectifs et moyens déployés dans la prise en charge. L'entretien se serait en effet plus prêté à cette visée.

Enfin, d'autres facteurs dits externes peuvent biaiser notre étude. Tout d'abord, pour des raisons pratiques, nous avons été contraints d'effectuer nos entretiens par téléphone, ce qui ne facilite pas forcément la mise en confiance des patientes.

Nous pouvons à présent conclure notre mémoire d'initiation à la recherche.

VII Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche aura été pour nous l'occasion de nous interroger sur les retombées que peut avoir la mise en place du protocole de Moseley sur l'indépendance dans les activités significatives du patient atteint de SDRC I au membre supérieur.

Du fait des progrès permanents de la médecine et de la découverte de nouvelles pathologies, il nous paraît nécessaire de mettre à jour ses connaissances, notamment dans le domaine des techniques de rééducation. Cet intérêt permettrait une meilleure prise en soins des patients. Le protocole de Moseley, dont l'efficacité n'est plus à prouver sur la douleur, l'œdème et les gestes fonctionnels, en fait partie.

Nous avons pu constater que, comme nous l'imaginions, les patients atteints de SDRC I au membre supérieur sont très affectés et handicapés au cours des activités de la vie quotidienne, et plus particulièrement des activités significatives. Leur indépendance est mise à mal, et l'impact psychologique est non négligeable. La prise en soins est donc nécessaire.

En ce sens, l'ergothérapeute, dont le rôle majeur est de promouvoir l'indépendance des personnes, peut donc être amené à prendre en charge ces patients. La mise en place du protocole de Moseley n'est pas forcément évidente, puisque très souvent méconnu de la population, et exigeant une forte implication personnelle. Cependant, nos recherches ont pu démontrer que ce programme d'imagerie motrice a une incidence positive et significative sur l'indépendance de ces patients dans les activités significatives.

Au cours de nos recherches, nous avons pu constater que la mise en place du protocole de Moseley pour les patients atteints de SDRC I au membre supérieur n'était pas une pratique commune. Au vu de nos résultats, nous nous interrogeons sur ce phénomène et pensons qu'il serait intéressant d'approfondir la question. Est-ce un manque de connaissance quant au protocole ? Un manque de confiance quant aux résultats ?

Personnellement, je crois beaucoup en cette technique rééducative. Je suis convaincue des bienfaits et des bénéfices que peut engendrer cette méthode, et souhaiterais donc approfondir cette étude et la mener à plus grande échelle au cours des prochaines années, en vue de l'obtention d'un diplôme inter-universitaire de « Rééducation et appareillage en chirurgie de la main », et, si l'opportunité se présente au cours de ma future carrière professionnelle, appliquer ce protocole, en lien avec le MCRO-P, pour des patients atteints de SDRC I au membre supérieur.

Bibliographie

- Ouvrages :

COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN GERIATRIE. Corpus de Gériatrie. 2m2 Edition Et Communication ; 2000. 185 pages.

DRAKE R.L., WAYNE VOGL A., MITCHELL A. W. M. Gray's Anatomie pour les étudiants. Elsevier Masson ; 2015. 1128 pages.

FOUCHER G. L'algodystrophie de la main. Springer ; 1995. 130 pages.

MOREL-BRACQ M.C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. Solal ; 2014. 174 pages.

TROST O., TROUILLOUD P. Introduction à l'anatomie. Paris : Ellipses ; 2010. 459 pages.

- Articles de périodiques

BERQUIN A. Progrès récents dans le diagnostic et le traitement du syndrome douloureux régional complexe. Revue Médicale Suisse. Numéro 4, 2008, p 1514-1519.

BERQUIN A., LEROY B., MOURAUX D., VOODECKER P. Des miroirs pour traiter la douleur, pourquoi ? Douleurs. Numéro 16, 2015, p 124-130.

BIRKLEIN F. Complex regional pain syndrom. Journal of Neurology. Numéro 252, 2005, p 131-138.

DELLUCCI H. Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. Volume 2 numéro 43, 2009, p 197-216.

EULRY F. Algodystrophie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier Masson SAS). Numéro 19-0570, 1997, p 1-4.

FOGASSI L. Les neurones miroirs. Motricité cérébrale. Numéro 33, 2012, p 143-148.

FONTAINE R., TEUWIS S., FAYMONVILLE M-E. Quoi de neuf dans le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) encore appelé algoneurodystrophie? Douleur et Analgésie. Numéro 23, 2010, p 42-50.

HERNANDEZ H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. Journal de réadaptation médicale. Numéro 30, 2010, p 194-197.

KADI N., ABOURAZZAK F-E., HARZY T. Algodystrophie : quelle prise en charge thérapeutique? Revue Marocaine de Rhumatologie. Numéro 24, 2013, p 20-25.

KEMLER M., MD, FURNEE P. and C. The Impact of Chronic Pain on Life in the Household. *Journal of Pain and Symptom Management*. Volume 23 numéro 5, 2002, p 433-441.

KHALFAOUI S., ARABI H., MEHDAOUI H., ALAOUI ISMAILI S., JEMMOUJ A., TRICHA M., BENABBOU M., EL ALBANI E. Syndrome douloureux régional complexe type I : actualités de la prise en charge thérapeutique. *Revue Marocaine de Rhumatologie*. Numéro 27, 2014, p 38-47.

LAUWERS A., KOENIG M., NAVEZ M., CATHEBRAS P. Algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type I : mise au point. *Médecine Thérapeutique*. Volume 12 numéro 2, 2006, p 108-116.

LAW M., BAPTISTE S., CARSWELL A., MCCOLL M-A., POLATAJKO H., POLLOCK N. La mesure canadienne du rendement occupationnel. *Canadian Association of Occupational Therapist*. 1994.

LORIMER MOSELEY G., ZALUCKI N., BIRKLEIN F., MARINUS J., VAN HILTEN J., LUOMAJOKI H. Thinking About Movement Hurts : The Effect of Motor Imagery on Pain and Swelling in People With Chronic Arm Pain. *Arthritis & Rheumatism*. Volume 59 numéro 5, 2008, p 623-631.

MARSHALL J. Mirror neurons. *PNAS*. Volume 111, numéro 18, 6 mai 2014, p 6531.

MASSON C. Algodystrophie : syndrome douloureux régional complexe de type I. Elsevier Masson SAS. Numéro 14-286-A-10, 2011, p 1-14.

MATHON B. Les neurones miroirs : de l'anatomie aux implications physiopathologiques et thérapeutiques. *Revue Neurologique*. Numéro 169, 2013, p 285-290.

MCCABE C.S., HAIGH R.C., RING E.F.J., HALLIGAN P.W., WALL P.D., BLAKE D.R. A controlled pilot study of the utility of mirror visual feedback in the treatment of complex regional pain syndrom (type 1). *Rheumatology*. Numéro 42, 2003, p 97-101.

MOSELEY GL. Imagined movements cause pain and swelling in a patient with complex regional pain syndrom. *Neurology*. Numéro 62, mai 2004, p 1644-1649.

MOSELEY GL., WIECH K. The effect of tactile discrimination training in enhanced when patients watch the reflected image of their unaffected limb during training. *Pain*. Numéro 144, 2009, p 314-319.

NOJIMA I., MIMA T., KOGANEMARU S., NASRELDEN THABIT M., FUKUYAMA H., KAWAMATA T. Human Motor Plasticity Induced by Mirror Visual Feedback. *The Journal of Neuroscience*. Numéro 32, 2012, p 1293-1300.

O'CONNELL NE., WAND BM., MCAULEY J., MARSTON L., MOSELEY GL. Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrom-an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4, 2013.

PELISSIER J., VIEL E., CHAUVINEAU V., RICARD C., ROMAIN M., HERISSON C. Algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type I. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier Masson SAS). Numéro 26-293-A-10, 2003, p 1-11.

PIROWSKA A. Thérapie du miroir. Medical Rehabilitation. Volume 17 numéro 4, 2013, p 37-48.

RAMACHANDRAN V.S., L. ALTSCHULER E. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. Brain. Numéro 132, 2009, 1693-1710.

RIOULT B., BOUC D., LERUYER M. Syndrome Douloureux régional complexe et les signes centraux, le "programme de Moseley" d'imagerie motrice. Lettre de Médecine Physique et de Réadaptation. Numéro 28, 2012, p 99-104.

ROSEN B., LUNDBORG G. Training with a mirror in rehabilitation of the hand. Scandinavian journal of plastic surgery and reconstructive surgery and hand surgery. Numéro 39, 2005, p 104-108.

ROTHGANGEL A., BRAUN S., BEURSKENS A., SEITZ R., WADE D. The clinical aspects of mirror therapy in rehabilitation : a systematic review of the literature. International Journal of Rehabilitation Research. Volume 34 numéro 1, 2011.

RULLEAU T., TOUSSAINT L. L'imagerie motrice en rééducation. Kinésithérapie, la revue. Numéro 148, 2014, p 51-54.

SIONNEAU V., BERNAUDEAU C., N'GUYEN M., LACENAIRE A. Apport de la thérapie miroir en rééducation chez l'hémiplégique. Kinésithérapie, la revue. Numéro 118, 2011, p 15-19.

STEINBECK TM. Purposeful Activity and Performance. The American Journal of Occupational Therapy. Volume 40, numéro 8, août 1986, p 529-534.

TETREAULT S. Poser sa question de recherche : par où commencer? Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie. Volume 1 numéro 2, 2015.

WARNER L., MCNEILL E. Mental Imagery and Its Potential for Physical Therapy. Physical Therapy. Numéro 68, 1988, p 516-521.

ZHANG C., MCCARTHY C., CRAIK J. Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation. Actualités ergothérapeutiques. Volume 10.3.

- Documents non publiés

ARTC IdF. Actes de la Journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien Ile-de-France : Evaluation et parcours de la personne cérébrolésée. 3 octobre 2013.

BATAILLARD K. Ergothérapie et thérapie par contrainte induite : une « vision globale » pour influencer la participation du patient. Mai 2015.

BETTINGER P. La créativité et la norme : des éléments clés de la pratique professionnelle des ergothérapeutes. Mai 2015.

BRESSON P. L'exercice libéral de l'ergothérapie auprès de nos Aînés. Mai 2015.

DAMIANO E. La thérapie en miroir : une approche fonctionnelle pour le patient hémiparétique. ErgoThérapies. Juin 2014.

GALTIER E. Les activités signifiantes : entre atouts et limites. Mai 2013.

MARTEAU J. La thérapie miroir, un moyen de lutte contre la douleur dans le SDRC et l'algohallucinoïse. 2011.

MOREL MC. Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie : Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ? 2006.

TURLAN N. L'autonomie : un concept clé pour l'ergothérapie ? Juin 1997.

WARAMBOURG C. Place de la thérapie en miroir dans la prise en charge du syndrome douloureux régional complexe de type I : revue de littérature. 2013.

- Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Catalogue des activités de rééducation-réadaptation. Bulletin Officiel, n°2011/3 bis, fascicule spécial.

- Sites internet

<http://lemedecinquebec.org/archives/2015/1/4-le-syndrome-douloureux-regional-complexe-vous-connaissiez-vous-devriez/> (consulté le 05.01.2016)

<http://www.therapiemiroir.com/wp-content/uploads/2015/06/r%C3%A9troaction-visuelle.pdf> (consulté le 06.01.2016)

http://www.crftc.org/images/CR_groupe_ergo/CRFTC_CR%20Gpe_1_ergo_2013_02_18.pdf (consulté le 10.01.2016)

<http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf> (consulté le 12.03.2016)

<http://papidoc.chic-cm.fr/562incapahandicap.html> (consulté le 13.03.2016)

<http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/05/referentiel.pdf> (consulté le 13.03.2016)

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/orthopedie/polyortho/POLY.Chp.5.7.html> (consulté le 16.04.16)

<http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/ortho/trauma/238/lecon238.htm>
(consulté le 16.04.2016)

<http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.9.1.MIF.pdf> (consulté le 16.04.16)

<http://smartfiches.fr/handicap-douleur-soins-palliatifs/item-131-bases-neurophysiologiques-mecanismes-physiopathologiques-douleur-aigue-chronique/evaluation-douleur> (consulté le 16.04.2016)

<https://www.gem-beta.org/public/DownloadMeasure.aspx?mid=1348> (consulté le 16.04.16)

- Autres sources de documentation

8^{ème} Journée d'Ergothérapie de Garches, Hôpital Raymond Poincaré, FAURE H., MARTINEN A., MAURY M. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, une étape dans l'évaluation en ergothérapie. 5 juin 2014.

Institut de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Madame LUTHRINGER N., ergothérapeute diplômée d'Etat, septembre-octobre 2015.

Institut de Formation en Ergothérapie de Mulhouse, Cours de Madame MOREL-BRACQ MC., ergothérapeute diplômée d'Etat, 2014.

MOREL BRACQ MC. Synthèse en français de : CSIKSZENTMIHALYI M. Activité et bonheur : vers une science de l'activité humaine. Occupational Science : Australia. Volume 1, numéro 1, avril 1993, p 1-5.

Annexes

- Annexe I : Fracture radiale de type Pouteau Colles et ostéosynthèse par brochesI
- Annexe II : Territoire du rameau sensitif du nerf radial.....II
- Annexe III : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF).....III
- Annexe IV : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.....IV
- Annexe V : Les deux types de Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC).....VIII
- Annexe VI : Les critères diagnostiques de Harden et Bruehl.....IX
- Annexe VII : Exemples de mains droites aux stades I (gauche) et III (droite) du SDRC de type I.....IX
- Annexe VIII : Echelle Visuelle Analogique (EVA).....X
- Annexe IX : Questionnaire de la douleur de McGill.....XI
- Annexe X : Le programme d'Imagerie Motrice selon Moseley.....XVII
- Annexe XI : Activités signifiantes et ergothérapie, tableau récapitulatif.....XVIII

Annexe I : Fracture radiale de type Pouteau Colles et ostéosynthèse par broches

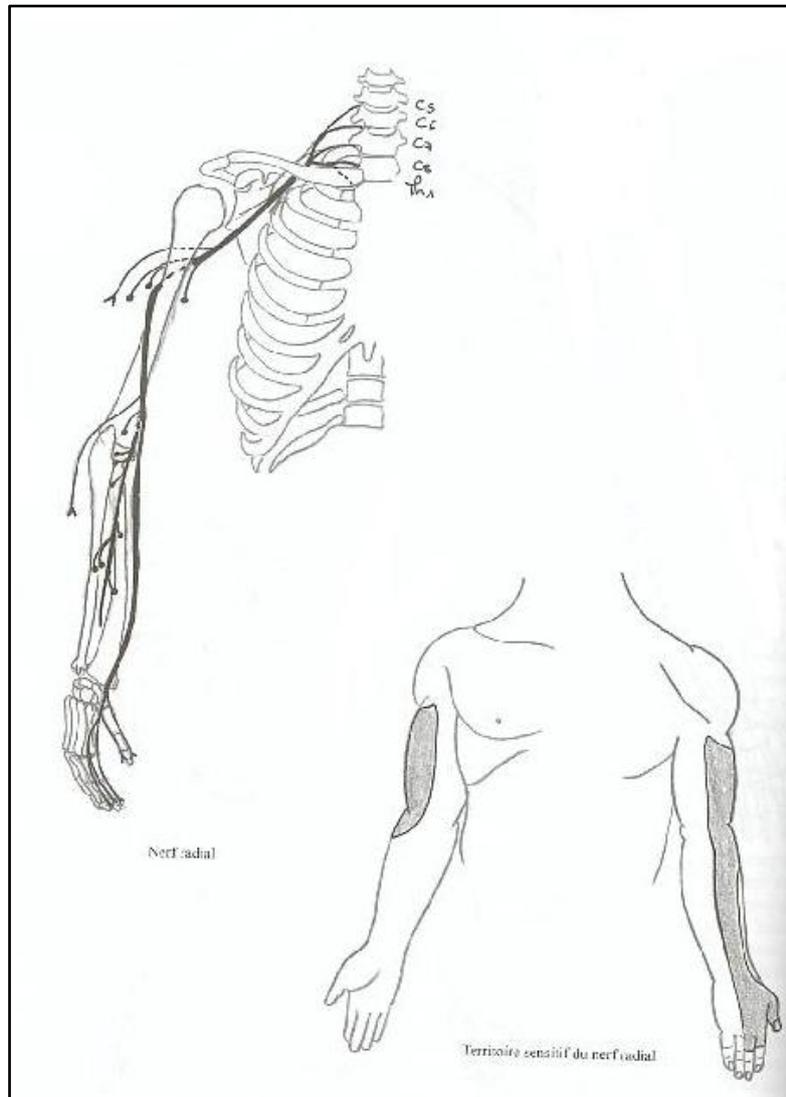


Visible sur le site <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/ortho/trauma/238/lecon238.htm> (consulté le 16.04.2016)



Visible sur le site <http://www.chups.jussieu.fr/polys/orthopedie/polyortho/POLY.Chp.5.7.html> (Consulté le 16.04.16)

Annexe II : Territoire du rameau sensitif du nerf radial (d'après TROST O.,
TROUILLOUD P. Introduction à l'anatomie. Paris : Ellipses ; 2010. 459 pages.)



Annexe III : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) (Visible sur le site <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.9.1.MIF.pdf>, consulté le 16.04.2016)

Nom :	Étiquettes du patient
Prénom :	
Date de naissance :	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour :	

Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)

Indépendance : 7 : indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger).

6 : indépendance modifiée (appareil, adaptation).

Dépendance modifiée : 5 : surveillance. **4** : aide minimale (autonomie = 75 % +).

3 : aide moyenne (autonomie = 25 % +).

Dépendance complète : 2 : aide maximale (autonomie = 25 % +).

1 : aide totale (autonomie = 0 % +).

	Entrée	Séjour	Sortie	Suivi
Soins personnels				
A Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Soins de l'apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Habillage - partie supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Habillage - partie inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Utilisation des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité, transferts				
I Lit, chaise, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J W.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Baignoire, douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomotion				
L Marche*, fauteuil roulant*	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
M Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication				
N Compréhension**	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>			
O Expression***	V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Conscience du monde extérieur				
P Interactions sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q Résolution des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*M : marche - *F : fauteuil roulant - **A : auditive - **V : visuelle

***V : verbal - ***N : non verbal

Remarque : si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1.



Annexe IV : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (d'après LAW M., BAPTISTE S., CARSWELL A., MCCOLL M-A., POLATAJKO H., POLLOCK N. La mesure canadienne du rendement occupationnel. Canadian Association of Occupational Therapist. 1994.)

LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

DEUXIÈME ÉDITION

Auteurs:

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est une mesure individualisée conçue à l'intention des ergothérapeutes pour déceler les changements qui se produisent sur une période donnée et tels que perçus par les individus eux-mêmes concernant leurs problèmes de rendement occupationnel.

Nom du client:		
Âge:	Sexe:	ID#:
Répondant (si autre que le client)		
Date de l'évaluation:	Date prévue de la réévaluation:	Date de la réévaluation:
Thérapeute:		
Etablissement/organisme:		
Programme:		

Publié par CAOT Publications ACE

© M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 1994

**ÉTAPE 1: IDENTIFICATION DES
PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL**

Pour déterminer les problèmes, les préoccupations et les questions de rendement occupationnel, faites l'entrevue du client par des questions sur ses activités quotidiennes concernant ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs. Demandez au client de décrire les activités quotidiennes qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser ou qu'il devrait réaliser ou l'encourageant à penser à une journée type. Demander ensuite au client, lesquelles de ces activités il n'arrive pas à réaliser actuellement à sa propre satisfaction. Consigner ces activités qui posent problème dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

**ÉTAPE 2:
ÉVALUATION
DE
L'IMPORTANCE**

À l'aide des fiches de notation fournies, demandez au client de noter, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'il accorde à chaque activité. Inscrivez les notes dans les cases correspondantes comprises dans les étapes 1A, 1B ou 1C.

ÉTAPE 1A: Soins personnels

Soins personnels
(ex. habillement, bain,
alimentation, hygiène)

Mobilité fonctionnelle
(ex. transferts à l'intérieur, à
l'extérieur)

Vie Communautaire
(ex. transport, emplettes,
finances)

IMPORTANCE

1B: Productivité

Travail rémunéré/non rémunéré
(ex. trouver ou garder un
emploi, bénévolat)

Gestion domestique
(ex. ménage, lessive,
préparation des repas)

Jeu/travail scolaire
(ex. habiletés de jeu, devoirs
scolaires)

1C: Loisirs

Loisirs tranquilles
(ex. passe-temps, artisanat, lecture)

Loisirs actifs
(ex. sports, sorties, voyages)

Socialisation
(ex. visites, appels téléphoniques, soirées, correspondance)

IMPORTANTANCE

ÉTAPES 3 & 4: COTATION - ÉVALUATION INITIALE ET RÉÉVALUATION

Confirmez avec le client les 5 problèmes les plus importants et inscrivez-les ci-dessous. À l'aide des fiches de cotation, demandez au client de coter chaque problème en fonction de son rendement et de sa satisfaction, calculez ensuite les scores totaux. Les scores totaux sont calculés en additionnant ensemble les scores de tous les problèmes du rendement ou de la satisfaction, divisés ensuite par le nombre de problèmes. Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau, chaque problème en fonction du rendement et de la satisfaction. Calculez les nouveaux scores et changez le score.

Évaluation initiale:

PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

RENDEMENT 1

SATISFACTION 1

Réévaluation:

RENDEMENT 2

SATISFACTION 2

COTATION:

Score Total = $\frac{\text{Scores totaux du rendement ou de la satisfaction}}{\text{\# de problèmes}}$

RENDEMENT SCORE 1

SATISFACTION SCORE 1

RENDEMENT SCORE 2

SATISFACTION SCORE 2

/

= _____

/

= _____

/

= _____

/

= _____

CHANGEMENT DANS LE RENDEMENT = Cote de rendement 2

_____ - _____

= Cote de rendement 1

_____ - _____

CHANGEMENT DANS LA SATISFACTION = Cote de satisfaction 2

_____ - _____

= Cote de satisfaction 1

_____ - _____

NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET INFORMATION CONNEXE

Évaluation initiale:

Réévaluation:

Annexe V : Les deux types de Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC)

(d'après LAUWERS A., KOENIG M., NAVEZ M., CATHEBRAS P. Algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type I : mise au point. Médecine Thérapeutique. Volume 12 numéro 2, 2006, p 108-116.)

Tableau I. Critères diagnostiques de l'International Association for the Study of Pain (1993) [3]

SDRC de type I

- 1) Déclenchement par un événement nocicepteur.
- 2) Douleur spontanée ou hyperalgésie/allodynie non limitée à un territoire nerveux et disproportionnée par rapport au stimulus initial.
- 3) Présence actuelle ou passée d'un œdème, de troubles vasomoteurs ou sudoraux dans la région douloureuse.
- 4) Exclusion d'un autre diagnostic.

Il s'y ajoutent d'autres signes et symptômes non utilisés pour le diagnostic :

- 1) Atrophie des poils, ongles et cutanée.
- 2) Altération de la croissance des phanères.
- 3) Altérations motrices incluant fatigabilité musculaire, tremblements et dystonie.
- 4) Douleur entretenue par le système sympathique.

SDRC de type II

- 1) Lésion nerveuse initiale.
- 2) Manifestations douloureuses non limitées strictement au territoire du nerf lésé, disproportionnées par rapport à l'événement initial.
- 3) Œdème, troubles vasomoteurs et sudoraux.
- 4) Exclusion d'un autre diagnostic.

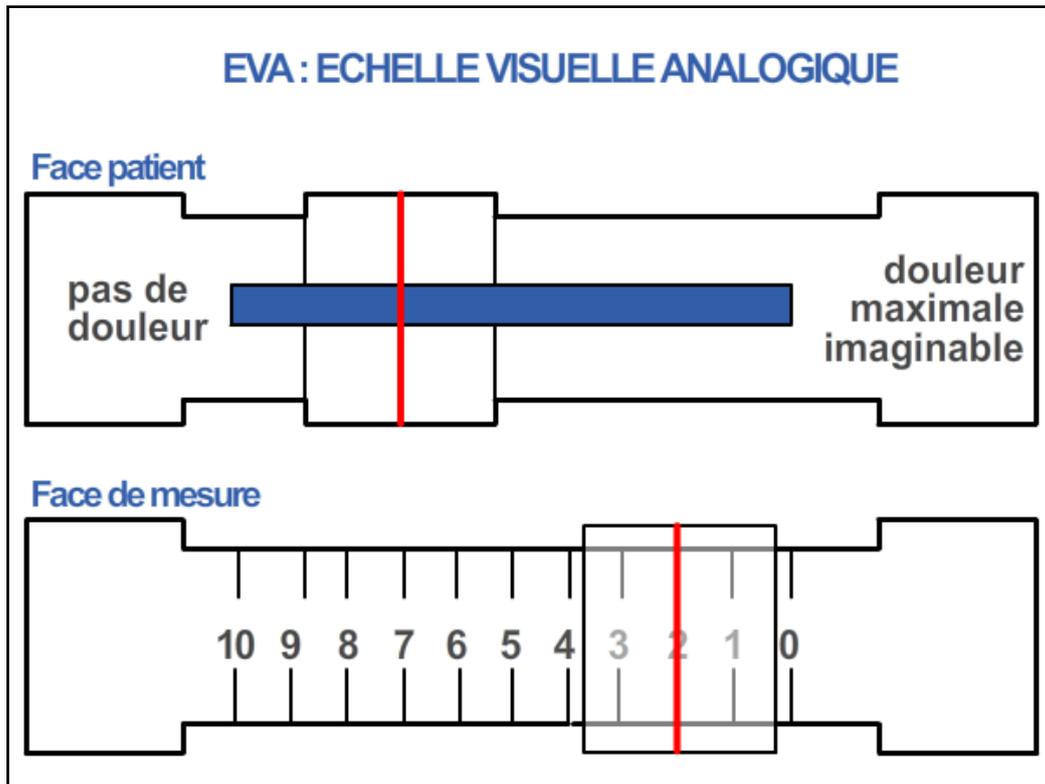
Annexe VI : Les critères diagnostiques de Harden et Bruehl (d'après KADI N.,
ABOURAZZAK F-E., HARZY T. Algodystrophie : quelle prise en charge thérapeutique?
Revue Marocaine de Rhumatologie. Numéro 24, 2013, p 20-25.)

<p>Tableau 3 Critères diagnostiques pour le syndrome douloureux régional complexe selon Bruehl et al. [5] et Harden et al. [11] (« critères de Budapest »).</p>
<p>1) Douleur continue disproportionnée par rapport l'événement initial^a</p> <p>2) Au minimum un symptôme présent dans chacune des 4 catégories énumérées ci-dessous [5] ; ou un symptôme présent dans 3 des 4 catégories [11] (« critères de Budapest »)</p> <ul style="list-style-type: none">- Somatosensorielle : hypersensibilité- Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique- Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème- Motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles <p>3) Au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories</p> <ul style="list-style-type: none">- Somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie- Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique- Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème- Motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, <i>tremor</i>, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles <p>4) Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes (uniquement dans les critères de Budapest)</p>
<p>^a Pratiquement : une douleur supérieure à 20 points (au questionnaire de la douleur Saint-Antoine de 100 points) ou supérieure à 3 (sur une EVA de 10 cm).</p>

Annexe VII : Exemples de mains droites aux stades I (gauche) et III (droite) du SDRC de type I (d'après WARAMBOURG C. Place de la thérapie en miroir dans la prise en charge du syndrome douloureux régional complexe de type I : revue de littérature. 2013.)



Annexe VIII : Echelle Visuelle Analogique (EVA)



Visible sur le site <http://smartfiches.fr/handicap-douleur-soins-palliatifs/item-131-bases-neurophysiologiques-mecanismes-physiopathologiques-douleur-aigue-chronique/evaluation-douleur> (consulté le 16.04.16)

Annexe IX : Questionnaire de la douleur de McGill (visible sur le site <https://www.gem-beta.org/public/DownloadMeasure.aspx?mid=1348>, consulté le 16.04.16)

Overview: The McGill Pain Questionnaire can be used to evaluate a person experiencing significant pain. It can be used to monitor the pain over time and to determine the effectiveness of any intervention. It was developed at by Dr. Melzack at McGill University in Montreal Canada and has been translated into several languages.

Sections:

(1) What Does Your Pain Feel Like?

(2) How Does Your Pain Change with Time?

(3) How Strong is Your Pain?

What Does Your Pain Feel Like?

Statement: Some of the following words below describe your present pain. Circle ONLY those words that best describe it. Leave out any category that is not suitable. Use only a single word in each appropriate category - the one that applies best.

Group	Descriptor	Points
1 (temporal)	flickering	1
	quivering	2
	pulsing	3
	throbbing	4
	beating	5
	pounding	6
2 (spatial)	jumping	1
	flashing	2
	shooting	3
3 (punctate pressure)	pricking	1
	boring	2
	drilling	3
	stabbing	4
	lancinating	5
4 (incisive pressure)	sharp	1
	cutting	2
	lacerating	3

5 (constrictive pressure)	pinching	1
	pressing	2
	gnawing	3
	cramping	4
	crushing	5
6 (traction pressure)	tugging	1
	pulling	2
	wrenching	3
7 (thermal)	hot	1
	boring	2
	scalding	3
	searing	4
8 (brightness)	tingling	1
	itchy	2
	smarting	3
	stinging	4
9 (dullness)	dull	1
	sore	2
	hurting	3
	aching	4
	heavy	5
10 (sensory miscellaneous)	tender	1
	taut	2
	rasping	3
	splitting	4
11 (tension)	tiring	1
	exhausting	2
12 (autonomic)	sickening	1

	suffocating	2
13 (fear)	fearful	1
	frightful	2
	terrifying	3
14 (punishment)	punishing	1
	gruelling	2
	cruel	3
	vicious	4
	killing	5
15 (affective-evaluative-sensory: miscellaneous)	wretched	1
	blinding	2
16 (evaluative)	annoying	1
	troublesome	2
	miserable	3
	intense	4
	unbearable	5
17 (sensory: miscellaneous)	spreading	1
	radiating	2
	penetrating	3
	piercing	4
18 (sensory: miscellaneous)	tight	1
	numb	2
	drawing	3
	squeezing	4
	tearing	5
19 (sensory)	cool	1
	cold	2
	freezing	3

20 (affective-evaluative: miscellaneous)	nagging	1
	nauseating	2
	agonizing	3
	dreadful	4
	torturing	5

pain score = SUM(points for applicable descriptors)

How Does Your Pain Change with Time?

Question	Response	Points
Which word or words would you use to describe the pattern of your pain?	continuous steady constant	1
	rhythmic periodic intermittent	2
	brief momentary transient	3

Do the following items increase or decrease your pain?

- (1) liquor
- (2) stimulants such as coffee
- (3) eating
- (4) heat
- (5) cold
- (6) damp
- (7) weather changes
- (8) massage or use of a vibrator
- (9) pressure
- (10) no movement
- (11) movement
- (12) sleep or rest
- (13) lying down

(14) distraction (TV reading etc.)

(15) urination or defecation

(16) tension

(17) bright lights

(18) loud noises

(19) going to work

(20) intercourse

(21) mild exercise

(22) fatigue

How Strong is Your Pain?

Statement: People agree that the following 5 words (mild discomforting distressing horrible excruciating) represent pain of increasing intensity. To answer each question below write the number of the most appropriate word in the space beside the question.

Question	Response	Points
Which word describes your pain right now?	mild	1
	discomforting	2
	distressing	3
	horrible	4
	excruciating	5
Which word describes it at its worst?	mild	1
	discomforting	2
	distressing	3
	horrible	4
	excruciating	5
Which word describes it when it is least?	mild	1
	discomforting	2
	distressing	3
	horrible	4

Which word describes the worst toothache you ever had?	mild	1
	discomforting	2
	distressing	3
	horrible	4
	excruciating	5
Which word describes the worst headache you ever had?	mild	1
	discomforting	2
	distressing	3
	horrible	4
	excruciating	5
Which word describes the worst stomach-ache you ever had?	mild	1
	discomforting	2
	distressing	3
	horrible	4
	excruciating	5

Interpretation:

- minimum pain score: 0 (would not be seen in a person with true pain)
- maximum pain score: 78
- The higher the pain score the greater the pain.

References:

Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*. 1975; 1: 277-299.

Stein C Mendl G. The German counterpart to McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1988; 32: 251-255.

Annexe X : Le programme d'Imagerie Motrice selon Moseley (d'après BERQUIN A. Progrès récents dans le diagnostic et le traitement du syndrome douloureux régional complexe. Revue Médicale Suisse. Numéro 4, 2008, p 1514-1519.)

Matériel et préparation

Diverses firmes accessibles sur internet proposent à la vente des boîtes à miroir et des collections de photos, voire des programmes informatisés de reconnaissance de latéralité, mais l'est tout à fait possible de réaliser soi-même le matériel nécessaire.

Pour les modules 1 et 2:

- Une série de photos de mains (pour les sujets atteints au membre supérieur) ou de pieds (pour les sujets atteints au membre inférieur) dans différentes positions et orientations. Un appareil photo digital et un programme de traitement d'images permettent, au départ d'une photo, d'imprimer une série de photos avec des orientations différentes. Inverser la symétrie horizontale de chaque photo afin de disposer d'autant de photos de mains (ou pieds) droits que de gauches. Des exemples sont donnés figure 1.
- Classer les photos avec le patient selon le niveau de douleur qu'il pense qu'il ressentirait s'il devait mettre le membre atteint dans la position présentée (quatre catégories, de la moins douloureuse à la plus douloureuse).

Pour le module 3:

- Les photos préparées comme ci-dessus et un miroir sur pied.

Instructions générales

- Chaque module est expliqué au patient par le physiothérapeute qui s'assure que les instructions ont été correctement comprises et supervise les premiers exercices.
- Après cette période d'écouage, les exercices sont réalisés par le patient à son domicile, éventuellement avec l'aide d'un proche.
- Il est utile de demander au patient de remplir un carnet journalier permettant de noter le temps passé sur les exercices et les éventuelles difficultés rencontrées.
- Des rendez-vous hebdomadaires avec le physiothérapeute sont prévus pour suivre l'évolution du programme et répondre aux éventuelles questions du patient.
- Dix minutes sont consacrées à ces exercices toutes les heures, soit huit à dix fois sur la journée.

Module 1, semaines 1 et 2

- Observer les photos une à une et tenter de reconnaître s'il s'agit de photos de mains (ou de pieds) droits ou gauches.
- L'accent est mis sur la rapidité et l'abégation des réponses.
- Augmenter progressivement la difficulté de l'exercice en utilisant le classement des photos réalisé au préalable (voir ci-dessus).

Module 2, semaines 3 et 4

- Observer les photos une à une et imaginer mettre le membre atteint dans la position représentée.
- L'accent est mis sur la perfection du geste et non sur la rapidité.
- Contrôler qu'il n'y a aucune mobilisation active du membre.
- Augmenter progressivement la difficulté comme dans le module 1.

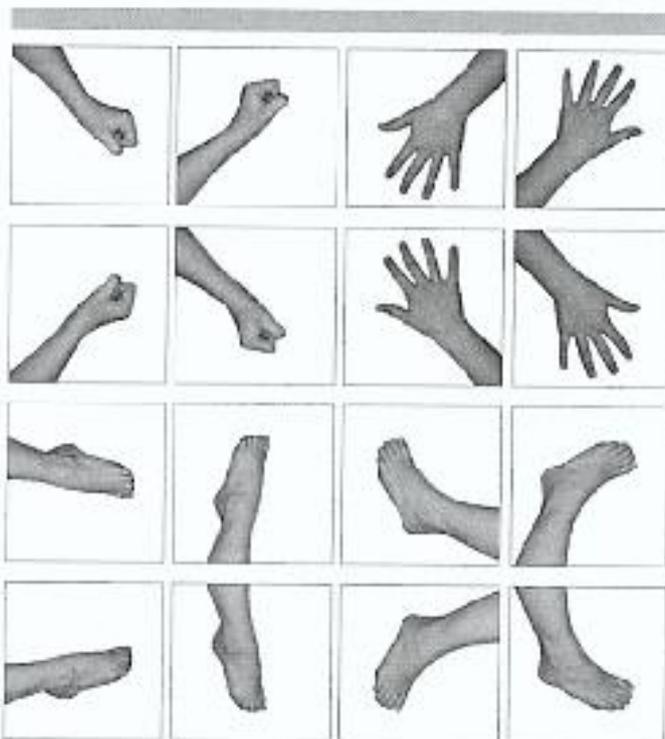


Figure 1. Exemples de photographies de mains et de pieds utilisées dans le programme d'imagerie motrice

Module 3, semaines 5 et 6

- Placer le miroir dans le plan sagittal, face réfléchissante du côté du membre sain (figure 2). Le membre atteint est placé derrière le miroir et est donc hors de vue.
- Observer les photos une à une et placer le membre sain dans la position décrite, en observant dans le miroir le reflet de ce membre (ce qui donne une illusion visuelle de mobilisation aisée du membre atteint).
- Il est permis d'accompagner le mouvement avec le membre atteint, dans les limites de ce qui est possible sans majorer les douleurs.
- Augmenter progressivement la difficulté comme précédemment.



Figure 2. Utilisation d'un miroir pour le module 3 du programme d'imagerie motrice

Annexe XI : Activités significantes et ergothérapie, tableau récapitulatif

Compétence	Intitulé
2	Elaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité
5	Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités significantes et significatives.
5	Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités significantes et significatives.

Abstract

Le Syndrome Dououreux Régional Complexe de type I (SDRC I), associant des troubles trophiques, vasomoteurs et une douleur, demeure handicapant dans le quotidien des patients touchés. L'arsenal thérapeutique dont nous disposons est vaste, ceci dû aux multiples symptômes de la pathologie, mais reste cependant empirique. Depuis quelques années, de nouvelles thérapies voient le jour, parmi lesquelles le programme d'imagerie motrice de Moseley, ayant pour but d'améliorer la qualité de prise en charge rééducative de ces patients. Il s'agit d'une technique de rééducation impliquant la plasticité cérébrale et les neurones miroirs, mais qui s'avère rigoureuse, intensive et parfois contraignante.

Nos recherches documentaires nous ont rapporté des résultats concluants du protocole concernant la douleur et les amplitudes fonctionnelles, mais aucune étude ne porte sur l'indépendance des patients dans les activités.

Nous avons donc cherché à savoir, via la littérature et une enquête sur le terrain, les retombées que pouvait avoir le protocole sur l'indépendance dans les activités significatives du patient atteint de SDRC I au membre supérieur. Au vu de nos recherches, ce programme peut, s'il est mis en place tel que Moseley le préconise, avoir une incidence positive sur cette indépendance.

Mots-clés : Syndrome Dououreux Régional Complexe de type I, Programme d'Imagerie Motrice de Moseley, indépendance, Activités significatives

Chronic Regional Pain Syndrome type I (CRPS I), which associates trophic and vasomotor troubles as well as a pain, stays a handicap in the patients' daily-life. Our therapeutic arsenal is wide, due to the multiple symptoms of the pathology, but remains empirical. In recent years, new rehabilitation techniques have been developed, among which Moseley's Graded Motor Imagery (GMI), whose goal is to improve the quality of rehabilitation care. This is a rehabilitation technique involving brain plasticity and mirror neurons, but which can be described as rigorous, intensive and sometimes constraining.

Our literature research mentioned conclusive results of the protocol about pain and functional amplitudes, but no formal clinical studies have shown the impact on patient's independence in activities.

We sought to find out, through literature and an on-site survey, the impact that could have the protocol on the independence in purposeful activities of the patient with CRPS I in upper arm. Reflecting this research, this program can have, when applied as recommended by Moseley, a positive impact on this independence.

Keywords : Complex Regional Pain Syndrome type I, Moseley's Graded Motor Imagery, Independence, Purposeful activities