

Institut Universitaire de Formation en
Ergothérapie

Martres Anaïs

Le 3 juin 2016

UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Thérapie miroir et ergothérapie : les éléments favorisant l'engagement des personnes souffrant d'un Syndrome Douloureux Régional Complexe de type I

REMERCIEMENTS

« Sous la direction du Dr Didier Vernay neurologue »

Je souhaite tout d'abord remercier mon maître de mémoire, le Dr Didier Vernay, pour m'avoir accompagné et conseillé tout au long de ce travail.

Je souhaite ensuite remercier toute l'équipe de l'IUFE pour leur présence, leur écoute et leurs conseils tout au long de ces trois années d'études.

Je souhaite également remercier les trois ergothérapeutes qui m'ont accordé du temps pour répondre à mes questions.

Je tiens aussi à remercier ma tutrice de stage Jeanne Besson pour sa bonne humeur, sa compréhension, son soutien, ses conseils et son accompagnement tout au long de ces deux derniers mois de stage de troisième année qui m'ont permis de réaliser l'ensemble de mes travaux dans les meilleures conditions.

Je remercie également ma famille, mes proches et mon copain pour m'avoir supportée, pour avoir cru en moi et pour leur soutien sans faille tout au long de ces trois années d'étude.

Enfin j'adresse à toute la promotion 2013-2016, et plus particulièrement Laura, Clémence et Laura, trois amies sans qui ces trois années d'études n'auraient pas été si riches.

Et enfin, un remerciement tout particulier à Laura P. mon binôme tout au long de ces trois ans, pour sa présence, sa bonne humeur, son accueil et pour toutes ces révisions de partiels et ces bons moments passés ensemble.

Sommaire

Introduction.....	2
1. PROBLÉMATIQUE PRATIQUE.....	3
1.1. LA THÉRAPIE MIROIR :.....	3
1.2. LE SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE :.....	5
1.3. LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE :.....	14
1.4. QUESTION DE RECHERCHE :.....	18
2. PROBLÉMATIQUE THÉORIQUE.....	19
2.1. MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE (MOH) :.....	19
2.2. THÉORIE DE L'AUTODÉTERMINATION :.....	23
2.3. APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE :.....	26
3. L'ÉTUDE.....	27
3.1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE :.....	27
3.2. RÉSULTATS :.....	29
3.3. DISCUSSION :.....	40
Conclusion.....	50
Bibliographie :.....	51
ANNEXES	

Introduction

Au cours d'un stage en centre de rééducation fonctionnelle pour personnes âgées, j'ai eu l'opportunité d'assister à une séance de thérapie miroir auprès d'une personne ayant été victime d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Ensuite, lors d'un cours portant sur les AVC, l'intervenant a abordé cette thérapie de manière succincte. Cette méthode de rééducation m'a interpellée, j'ai donc décidé de me renseigner sur ses modalités d'utilisation et l'intérêt de sa pratique en ergothérapie. Au cours de mes recherches, j'ai constaté que la thérapie miroir avait été introduite pour la première fois en 1995 par Ramachandran auprès de personnes amputées souffrant de douleurs du membre fantôme. Elle a ensuite été étendue auprès de personnes ayant eu un AVC. Suite à cela, lors d'un cours sur le Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC), l'intervenant a évoqué différents moyens de rééducation dont la thérapie miroir. En poursuivant mes recherches, j'ai constaté que l'utilisation de cette dernière auprès des personnes souffrant d'un SDRC était peu décrite et relativement récente puisque le premier à avoir eu des résultats positifs auprès de cette population était Mc Cabe en 2004. Tous ces éléments m'ayant interpellé, m'ont permis d'axer mon travail de fin d'étude sur cette problématique. Ma question d'étude est donc la suivante :

Quel est l'intérêt de l'utilisation de la thérapie miroir en ergothérapie auprès des personnes souffrant d'un Syndrome Douloureux Régional Complexe ?

Pour élaborer ce travail, j'ai tout d'abord développé ma problématique pratique selon trois grands axes : la thérapie miroir, le syndrome douloureux régional complexe, ainsi que l'ergothérapie et son rôle dans la prise en charge de la douleur chronique. Suite à cela, j'ai pris conscience de l'importance de la motivation du patient dans cette thérapie ainsi que les répercussions de ce trouble dans sa vie quotidienne. Je me suis donc interrogée sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'engagement des personnes souffrant d'un syndrome douloureux régional complexe dans la thérapie miroir. Ma question de recherche s'est donc traduite ainsi : Comment susciter l'engagement d'une personne souffrant d'un syndrome douloureux régional complexe de type I dans la thérapie miroir en ergothérapie ? Pour répondre à cette dernière, j'ai développé trois modèles et théories. J'ai ensuite pu appliquer une méthodologie de recherche afin d'en dégager des résultats. Tout ce cheminement m'a conduit à effectuer une analyse réflexive de mon travail en termes de limites, d'apports personnels et de perspectives éventuelles.

1. PROBLÉMATIQUE PRATIQUE

1.1. LA THÉRAPIE MIROIR :

1.1.1. Présentation de la thérapie miroir :

C'est en 1995 que Ramachandran introduit pour la première fois la thérapie miroir dans le cadre d'une étude portant sur les douleurs du membre fantôme après une amputation. Pour cela, il dispose un miroir entre les deux membres du patient. Le membre sain est placé du côté du miroir et l'autre membre de l'autre côté. Le patient doit continuellement regarder le reflet de son membre sain dans le miroir. Grâce à cette technique, les patients ont rapporté une diminution voire une disparition totale de leurs douleurs. (1)(2,3) En 1999, Ramachandran s'associe à Altschuler afin de démontrer les effets de cette technique dans la rééducation du membre supérieur hémiparétique suite à un AVC. Par la suite, plusieurs auteurs ont mené des études auprès de personnes en phase chronique post-AVC en utilisant la thérapie miroir et en l'associant à une rééducation classique. Ces études mettent en avant les effets positifs de cette thérapie notamment sur la récupération d'amplitude, l'amélioration de la dextérité et de la vitesse d'exécution des mouvements du membre hémiparétique.

Durant ces études, le miroir n'est pas nécessairement introduit dès la première phase. En effet, les exercices sont proposés de manière progressive et évolutive dans leur complexité. (1) Selon McCabe (2011), plusieurs conditions sont nécessaires à la réalisation de la thérapie miroir. Il est primordial de présenter cette thérapie à la personne et de détailler les objectifs et les résultats possibles. Ainsi elle comprendra le but de cette technique et l'intérêt qu'elle a pour elle. Il faut ensuite se procurer un matériel spécifique ou le fabriquer. Ce matériel est composé d'un miroir disposé dans une boîte où la personne peut y glisser ses deux bras et où le membre lésé pourra être hors de sa vue. Le thérapeute devra prendre soin d'installer confortablement le patient et veillera à ce que ses mains soient vierges, c'est-à-dire sans bijoux ni vernis. Il devra également instaurer un climat de confiance et de détente afin que le patient soit dans les meilleures conditions pour croire en ses illusions. Le thérapeute demandera ensuite au patient d'exécuter des mouvements simples en actif avec les deux membres simultanément. McCabe souligne l'importance de la motivation et de l'engagement de la personne dans sa rééducation afin d'augmenter son efficacité. (4) (5) (6) Moseley (2006) rajoute à cela que les exercices doivent être effectués en infra-douloureux. (7) Au cours d'un entretien avec une ergothérapeute de Médecine Physique et Réadaptation (MPR), celle-ci a évoqué l'importance de l'adhésion de la personne à cette thérapie. Les séances requièrent une concentration importante, elle les pratique donc dans une salle isolée pour qu'il n'y ait aucune interférence extérieure. Elle met en place des exercices de difficulté progressive en lui proposant d'abord de bouger

lentement sa main dans toutes les amplitudes possibles, elle intègre ensuite des exercices mettant en jeu des formes et des textures. Durant les séances, elle veille à installer le patient confortablement, à instaurer un climat de confiance, à employer une voix douce, et à toujours impliquer les deux membres dans les exercices. Si, après trois semaines de thérapie miroir à raison d'une séance par jour, elle s'aperçoit que la personne n'est pas impliquée, n'adhère pas à la thérapie et n'en retire aucun bénéfice, elle y met un terme.

1.1.2. Mécanismes d'actions de la thérapie miroir :

Les deux pathologies évoquées précédemment, les douleurs fantômes et l'AVC, aboutissent à une réorganisation corticale de l'homunculus moteur et/ou sensoriel. En effet, le retour ou « feedback », que percevra la personne, des informations sensorielles et/ou motrices sera erroné ou incomplet. Cette réorganisation corticale, dite pathologique, abaisse le seuil de la douleur et active dans le même temps les neurones de la douleur. Ainsi, les stimulations parvenant au cortex sont interprétées comme des sensations douloureuses.(1,4,8)(9)

Selon Mc Cabe (2011) et Moseley (2008), lorsque le patient regarde le reflet de son membre sain dans le miroir, son cerveau a l'illusion que c'est son membre lésé qui est en mouvement. Il reçoit deux informations différentes en même temps, une information visuelle et une information proprioceptive. Dans ce cas, le cerveau privilégie l'information visuelle aussi appelé « feedback visuel » et ne tient plus compte de l'information proprioceptive du membre lésé et de la douleur qu'il peut causer, ainsi cela créera cette illusion visuelle citée ci-dessus. (4,8)

Ramachandran V.S. et Altschuler E. (2009), rajoutent que l'illusion créée par le miroir est accentuée par l'activation de neurones moteurs particuliers appelés neurones miroirs découverts pour la première fois par Rizzolatti et al. (1996). Ces derniers sont présents dans le cortex pré-moteur du lobe frontal, zone de programmation et de planification du mouvement, et dans le cortex pariétal. Ils sont activés suite à l'exécution ou à l'observation d'un mouvement réalisé par un tiers. Ces neurones permettent, par la simple observation d'un mouvement, l'apprentissage par imitation de nouveaux schémas moteurs qui laissera une « trace-mémoire » facilitant ainsi la réalisation de ce dernier par la suite. Ils permettent également d'attribuer des intentions motrices chez une autre personne. Le fonctionnement de ces neurones résulte de l'interaction entre les données visuelles, motrices et proprioceptives. Ils jouent un rôle important dans les capacités cognitives et les processus affectifs comme l'empathie. L'empathie, support d'identification, concerne la perception et la reconnaissance des émotions chez une tierce personne, c'est « *entrer dans les sentiments de l'autre sans être impliqué émotionnellement* » (F. Tordo et al. 2014). Plus largement, elle va permettre de différencier le soi d'autrui et donc d'identifier qui est en mouvement. Cela favorisera l'acceptation par le patient

que ce membre lésé est bien le sien et que c'est bien lui qui est en mouvement. Dans la thérapie miroir, ce sont principalement les données visuelles et proprioceptives qui sont mises en jeu et qui contribuent à la stimulation de ces neurones miroirs. Elle permettrait donc en sollicitant ces neurones de réapprendre des fonctions motrices altérées et de diminuer les douleurs. Dans le cas de l'AVC, il resterait des neurones miroirs survivants ou désactivés qui seraient stimulés et activés par le miroir, le mouvement serait donc facilité par l'observation du reflet du membre sain. De manière générale, l'utilisation du miroir active et augmente le nombre de neurones miroirs favorisant ainsi la plasticité cérébrale.(10)(9)(11) (12,13)

L'ensemble de ces éléments permet donc de réduire la sensation douloureuse, d'améliorer les fonctions motrices et sur le long terme d'aboutir à une réorganisation corticale correcte du membre lésé. En effet, la thérapie miroir apporte un retour visuel faux mais en accord avec l'intention motrice améliorant ainsi la perception sensorielle. Une relation sans douleur entre la commande motrice et la perception sensorielle est donc rétablie. L'importance de la douleur étant proportionnelle à l'étendue de la réorganisation corticale, la thérapie miroir permet donc de corriger cette dernière et ainsi de diminuer la douleur. Elle pourra aussi réduire le phénomène de négligence du membre lésé et favorisera donc une meilleure conscience de son schéma corporel. Cependant, il est essentiel que le patient soit motivé, acteur de sa rééducation, et croit en ces illusions visuelles afin que la thérapie miroir soit plus efficace. (4,8) (9)(11)

L'utilisation de la thérapie miroir ne se limite pas aux AVC ou aux douleurs du membre fantôme. Quelques auteurs se sont également intéressés à cette technique dans le cadre d'une autre pathologie dans laquelle la douleur et l'incapacité fonctionnelle tiennent une place importante : le Syndrome Douloureux Régional Complexe. L'étude la plus reconnue à ce jour est celle de McCabe en 2003 qui rapporte des résultats encourageants.

1.2. LE SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE :

1.2.1. Définition et épidémiologie:

Il existe deux types de SDRC qui sont définis pour la première fois par l'International Association for Study of Pain (IASP) en 1994. Le SDRC I, de son ancien nom « algodystrophie », survient à la suite d'un traumatisme nociceptif plus ou moins important tel que l'immobilisation prolongée, les entorses, les fractures osseuses d'autant plus si le diagnostic est tardif, une kinésithérapie inadaptée, une grossesse et autres maladies du système cardio-vasculaire, digestif, etc. Il s'intéresse particulièrement aux membres. Environ 90% des patients ayant un SDRC souffrent d'un SDRC de type I et plus souvent au niveau du membre supérieur. Le SDRC II, anciennement appelé

« causalgie », apparaît à la suite d'un traumatisme ayant engendré une lésion nerveuse au niveau d'un nerf périphérique, d'une de ses branches ou d'un tronc.(14)(15) Le SDRC se traduit par une réponse anormale, une douleur disproportionnée par rapport au traumatisme initial et affecte les populations de tout âge. Cependant, les enfants, adolescents et jeunes adultes sont plus fréquemment touchés. Une étude démontre que les femmes seraient les plus concernées par cette pathologie. En effet, le sexe ratio serait de quatre femmes pour un homme. (2)

1.2.2. Diagnostic :

Le SDRC I se caractérise, selon A-B. Louville (2009), par des douleurs dites « pseudo neuropathiques » comprenant des sensations de brûlures, de piqûres, une allodynie, et/ou une hyperalgésie.(3,16)

Jusqu'en 1990, le diagnostic était effectué selon les trois différents stades de la pathologie, c'est-à-dire : le stade inflammatoire ou chaud, le stade dystrophique ou froid et le stade atrophique ou séquellaire. Il reposait également sur l'hypothèse d'un dysfonctionnement du système nerveux sympathique. Seulement, des similitudes de symptômes entre les deux types de SDRC ont amené l'IASP à proposer de nouveaux critères diagnostic à plusieurs reprises. Selon les critères de Harden R. et Bruehl S. de 1999 affinés en 2003 et repris par S. Khalfaoui (2003) et al. A.Muller et al. (2003), et Albazaz et al. (2008), les personnes souffrant de SDRC de type I doivent ressentir une douleur permanente et disproportionnée par rapport au facteur déclenchant initial. Elles doivent également évoquer au moins un symptôme dans chacune des catégories suivantes, et l'examen clinique doit rapporter au moins un signe dans au moins deux de ces quatre catégories (Annexe II) :

- Troubles sensoriels : Une allodynie, douleur apparaissant suite à l'application d'un stimulus normalement non douloureux, ou une hyperalgésie, sensation douloureuse augmentée à l'application d'un stimulus peu douloureux, sont souvent observées.
- Troubles vasomoteurs : La peau du membre atteint est souvent rouge et chaude et devient progressivement bleue et froide.
- Troubles sudomoteurs : Une peau qui peut être parfois sèche ou présenter une hypersudation et parfois associée à un œdème.
- Troubles moteurs et/ou trophiques : Ces troubles peuvent entraîner une raideur du membre. L'association raideur, œdème et douleur peut induire une perte de la fonction motrice et donc une sous-utilisation du membre. Ceci peut conduire à une amyotrophie voire à une exclusion du membre du schéma moteur et corporel.

Tout autre diagnostic pouvant éventuellement expliquer ces signes et symptômes doit être écarté. (16)(14,17,18) (19)

Concernant le SDRC II, toujours selon les critères de Harden R. et Bruehl S. de 1999, l'IASP recense trois critères tous indispensables pour pouvoir parler de SDRC II :

- Une douleur continue accompagnée d'une allodynie ou d'une hyperpathie : augmentation de la sensation de douleur et élévation du seuil de douleur, particulièrement après des stimuli répétitifs, après une lésion nerveuse.
- Présence d'un œdème, de troubles vasomoteurs et sudomoteurs dans la zone lésée.
- Elimination de tout autre diagnostic pouvant entraîner des signes ou symptômes semblables. (19)

Cependant, certains patients entrent directement dans une phase froide de la maladie sans passer par la phase chaude, et d'autres alternent à plusieurs reprises entre phase froide et phase chaude. De ce fait, le critère des trois stades a été remis en cause et n'est plus d'actualité.

Le diagnostic peut parfois être confirmé par l'imagerie. La radiographie montrera une hypertransparence due à une déminéralisation osseuse. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) quant à elle permettra d'objectiver l'œdème. Et enfin, la densitométrie osseuse quantifiera la perte minérale osseuse.(2)

1.2.3. Mécanismes physiopathologiques et facteurs favorisants :

Codine P. et Herisson C. expliquent les mécanismes physiopathologiques de la survenue du SDRC. Selon eux, l'origine serait multifactorielle et ne proviendrait pas uniquement d'une atteinte spécifique du système nerveux sympathique. Le traumatisme initial entraînerait une dégénérescence des fibres afférentes nociceptives A delta et C ainsi qu'une libération d'une protéine inflammatoire, la cytokine. Ces différents éléments vont participer à l'apparition d'une inflammation de la zone touchée. De plus, les fibres sensibles vont être plus sensibles aux stimuli nociceptifs ce qui va également contribuer à l'installation durable d'une allodynie et d'une hyperalgésie ainsi que des troubles vasomoteurs. (20) (21)(22) Mc Cabe (2002) rajoute que les stimuli douloureux ou nociceptifs vont stimuler le système nerveux central et entraîner une réorganisation corticale au niveau du cortex moteur et sensoriel. En 2005, Pleger constate, grâce à l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf), que la zone lésée est moins représentée au niveau du cortex sensoriel.(21) Cette réorganisation corticale s'accompagne d'une modification du schéma corporel du patient qui aura une perception anormale de son membre lésé ou négligera ce membre. (23)

Dans sa lettre à l'Institut Union de Pharmacologie Scientifique Appliquée (UPSA), le Dr Attal N. (1998) liste les différents facteurs favorisant l'apparition de ce syndrome, parmi eux on note les traumatismes physiques divers, les pathologies inflammatoires et infectieuses, les lésions nerveuses, les facteurs iatrogènes et la grossesse qui peut causer un SDRC de hanche. Elle met également en évidence deux facteurs prédisposant qui sont les facteurs génétiques avec la présence de certains

gènes conférant une susceptibilité génétique et également l'existence de formes familiales, et l'immobilisation prolongée d'un membre. En ce qui concerne les facteurs psychologiques, le SDRC a longtemps été considéré comme une maladie psychogène. Aujourd'hui plusieurs études ont montré que les facteurs psychiques seuls ne pouvaient pas être la cause de ce syndrome, aucune d'entre elles ne démontrent un lien significatif entre des facteurs psychologiques et l'apparition d'un SDRC de type I. Le lien le plus fiable mis en avant dans certaines études est la corrélation entre la multiplicité d'événements de vie traumatiques et l'exposition majorée à la survenue d'un SDRC I. (24) Pour le Dr Attal N., les troubles psychologiques seraient plus « la conséquence que la cause de ce syndrome ». (25) Cependant, Manet M-P et al. (2012) ont pu constater que la présence d'anxiété, d'angoisse, ou de dépression pouvaient agir sur les fibres nociceptives et ainsi augmenter la douleur. (26)

1.2.4. La douleur et ses répercussions :

L'IASP définit la douleur comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.* »

Il existe deux types de douleur : la douleur aiguë et la douleur chronique qui s'installe dans le temps.

La douleur aiguë joue un rôle essentiel dans la protection de l'individu, elle a un rôle d'alerte, de prévention. En effet, elle signifie à l'individu que quelque chose ne va pas. De cette manière, elle va imposer des limites, un temps de repos à la personne qui souffre. (27)

Cependant, la douleur peut perdurer dans le temps, on parle de douleur chronique. Selon les recommandations 2008 de la Haute Autorité de Santé (HAS), la douleur chronique se caractérise par une durée d'évolution supérieure à trois mois, une résistance aux différents traitements ainsi qu'une perte progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles de l'individu au sein de ses Actes de la Vie Quotidienne (AVQ), Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ), de son travail et de ses loisirs. (28) Dans ce cas, la douleur a perdu son rôle d'alerte elle devient alors délétère pour l'individu. Certains contextes comme l'expérience antérieure que l'individu a de la douleur ou encore la réaction de son entourage, peuvent également favoriser son apparition voire augmenter les sensations douloureuses. (27)

« *La douleur ne se contente pas d'altérer la relation de l'homme à son corps, elle se diffuse au-delà, elle anticipe les gestes, traverse les pensées : elle contamine la totalité du rapport au monde* » (D. Le Breton 1995). Lorsque la douleur persiste elle entraîne des conséquences sur les sphères socio-professionnelles et familiales et devient invalidante tant sur le plan physique que sur le plan moral. Elle a donc un impact important sur la qualité et les habitudes de vie de l'individu. (29) La douleur

est tout d'abord la cause d'une perte progressive des capacités fonctionnelles de l'individu entraînant ainsi une réduction importante et significative de l'activité et donc un déconditionnement physique. En effet, l'activité n'est plus source de plaisir mais seulement source de douleurs intenses pour la personne. De ce fait, l'individu n'ayant plus d'activité physique ou sociale sombre progressivement dans un isolement social et familial. Ceci a donc des répercussions sur le plan psychologique. La personne éprouve de moins en moins de plaisir de vivre, elle se sent impuissante face à sa situation et face à cette douleur qu'elle ne peut contrôler, elle perd donc toute confiance en elle. L'ensemble de ces éléments contribue à augmenter la fatigue physique et morale de l'individu et donc la perte de son énergie. Cette fragilité psychologique et ce sentiment d'impuissance peuvent favoriser la consommation voire l'abus certaines substances licites ou non qu'il peut considérer comme la seule alternative pour soulager sa douleur. (29,30)

La douleur, composante essentielle du SDRC, peut donc affecter de manière significative le bien-être et la qualité de vie des personnes. Une prise en charge précoce et pluridisciplinaire de la douleur sera donc primordiale afin de les accompagner et de leur permettre une meilleure gestion de cette dernière.

1.2.5. Les différents traitements :

Il n'existe aucun traitement curatif contre le SDRC. Cependant de nombreux traitements médicamenteux ou non sont mis en place pour tenter de lutter contre la douleur, préserver la fonction du membre lésé en prévenant les raideurs articulaires ou péri-articulaires, favoriser la reprise d'une activité professionnelle et enfin limiter la chronicisation de la maladie. Le traitement du SDRC se construit de manière multidisciplinaire. Il doit être adapté en fonction de chaque individu. Il faudra tenir compte du terrain psychologique, de la lésion initiale et des pathologies associées qui peuvent également être source de douleurs. Il est possible et fréquent d'allier traitement médicamenteux et rééducation ainsi qu'une prise en charge psychologique. (2,18,31)

1.2.5.1- Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses :

Dans un premier temps, en phase précoce de la maladie des antalgiques de pallier 1 ou 2 seront prescrits pour lutter contre les douleurs très importantes à ce stade. Cependant, les opioïdes sont fortement déconseillés pour les personnes fragiles sur le plan psychologique. En effet, cela serait susceptible d'augmenter le risque de dépendance aux morphiniques. Il est possible d'assembler des antalgiques avec des corticostéroïdes qui sont des analgésiques efficaces en phase précoce s'ils sont utilisés sur de courtes durées.

Ensuite, les bisphosphonates, utilisés dans les huit premières semaines d'évolution de la

maladie, sont des anti-inflammatoires efficaces permettant d'inhiber la résorption osseuse. Enfin, la kétamine, utilisée pendant dix jours à dose maximale, contribue à réduire l'allodynie et l'hyperalgésie, mais est à l'origine de nombreux effets indésirables qui régresseront le plus souvent. (18)(31)

1.2.5.2- Les stratégies thérapeutiques non médicamenteuses :

1.2.5.2.1- La rééducation :

La phase de rééducation est essentielle, notamment au stade précoce de la maladie afin d'éviter la non utilisation et l'atrophie du membre atteint pouvant conduire à l'exclusion du membre du schéma corporel. Elle aura pour but de limiter et/ou de réduire le handicap. Elle doit être adaptée à chaque individu et a pour objectifs de maintenir la mobilité volontaire, de lutter contre la douleur, contre l'œdème et contre l'enraidissement articulaire, de maintenir les capacités fonctionnelles et enfin de limiter les risques de chronicisation. Elle s'effectue de manière pluridisciplinaire. La rééducation consiste en l'utilisation de techniques antalgiques telles que la balnéothérapie et les bains écossais, qui permettront une mobilisation progressive et une diminution de la douleur. Les techniques de postures, de drainages lymphatiques et de mobilisation passive, quant à elles, contribueront à réduire l'œdème et à lutter contre les rétractions musculo-tendineuses. Des exercices de mobilisation active pourront être proposés afin de travailler le développement musculaire, les amplitudes, le retour veineux et de lutter contre la négligence du membre lésé. B. Vincent et C. Wood (2008) englobent toutes ces techniques de rééducation sous le nom de physiothérapie. Elle peut être mise en place en collaboration entre l'ergothérapeute et le kinésithérapeute. De plus, en ergothérapie, le thérapeute peut proposer des exercices fonctionnels globaux qui privilégient l'usage du membre lésé. (16,31) Il est également possible de mettre le membre lésé en décharge et de compléter les séances de rééducation par des orthèses de repos. La douleur doit toutefois être traitée dès son apparition en phase aiguë afin d'éviter les attitudes vicieuses et rendre la rééducation la plus efficiente possible. Cette dernière doit se faire de manière douce et progressive afin de ne pas entretenir le SDRC. (14)

D'autres méthodes de rééducation se développent et sont utilisées en complément de la rééducation traditionnelle.

1.2.5.2.2- La Neurostimulation Transcutanée (NTSC) et la stimulation médullaire:

Cette technique antalgique vise à diffuser un courant électrique au travers d'électrodes placées au contact de la peau. Une étude menée par B. Veys et al. (1998) auprès de 27 patients et reprise par N. Kadi et al. (2013) et A-B Louville (2009), rapporte un soulagement important des douleurs liées au SDRC. (3,31) Selon B. Vincent et C. Wood (2008) elle serait d'autant plus efficace si elle est associée à d'autres thérapeutiques. Elle repose sur la théorie du gate control, c'est-à-dire

qu'en stimulant les fibres du tact et du toucher le message douloureux provenant des fibres nerveuses Adelta et C diminuera. (14)

La stimulation médullaire quant à elle est le plus souvent utilisée dans les cas de SDRC chronique résistant aux différents traitements. Comme la NTSC, elle délivre un courant électrique mais cette fois c'est une sonde qui est positionnée à proximité de la moelle épinière. Elle inhibera l'activité du système nerveux sympathique conduisant ainsi à une régression de la douleur. Elle sera associée à des séances de rééducation classique ainsi qu'à d'autres thérapeutiques. En effet, cette technique a un rôle important dans la diminution de la douleur mais n'apporte pas d'amélioration significative sur le plan fonctionnel. (14,16)

1.2.5.2.3- Prise en charge psychologique :

La prise en charge psychologique peut s'avérer essentielle dans le traitement du SDRC. En effet, la situation de handicap qu'il engendre et la douleur prolongée ont des répercussions considérables sur la qualité de vie de la personne et peuvent avoir un retentissement psychologique important. Cela peut se traduire par des manifestations anxieuses ou un syndrome dépressif. Pour pallier à cela, nous pouvons diriger la personne vers différents professionnels tels que les psychologues ou les psychiatres qui vont pouvoir mettre en place une psychothérapie, une thérapie cognitivo-comportementale ou toute autre thérapie adaptée afin d'apporter un soutien psychologique à la personne qui est dans une situation de souffrance psychique et morale. Dans la majorité des cas, lorsque les symptômes du SDRC disparaissent la personne retrouve son état psychologique antérieur. (2)(31)

Lorsque la maladie devient chronique, il est possible d'orienter la personne vers des associations afin qu'elle puisse échanger avec des personnes se trouvant dans la même situation. (16)

1.2.5.2.4- La thérapie par le miroir : effets dans le SDRC et mécanismes d'action:

Plusieurs études ont été réalisées afin de démontrer les effets positifs de cette thérapie sur les douleurs et les capacités fonctionnelles des personnes souffrant d'un SDRC.

Mc Cabe (2003) a mené une étude sur l'utilisation de la thérapie miroir sur les patients souffrant d'un SDRC de type 1. Les personnes devaient réaliser des exercices de manière symétrique avec les deux membres pendant cinq à dix minutes maximum tout en regardant le reflet de leur membre sain dans le miroir. Trois sujets ayant un SDRC récent, inférieur à huit semaines, rapportent une diminution significative de la douleur en présence du miroir, mais elle réapparaît brutalement lorsqu'on enlève le miroir. Au fil des séances, répétées quatre à neuf fois par jour, les périodes sans douleurs ont

progressivement augmenté. Au bout de plusieurs semaines, il a observé des modifications vasomotrices, une quasi absence de douleurs, et une récupération de la fonction normale du membre lésé. Cependant, cette expérience n'a pas eu de résultats probants sur les personnes souffrant d'un SDRC chronique depuis plus de deux ans.(23) De Blasis et al. (2009) ont obtenu des résultats en accord avec l'étude de Mc Cabe, auprès de personnes souffrant d'un SDRC I après un AVC.(32) J'ai pu aborder plusieurs notions sur la thérapie miroir lors d'un entretien avec l'ergothérapeute en MPR qui utilise cette méthode, en parallèle d'une rééducation dite classique, notamment auprès des personnes souffrant d'un SDRC de type 1 ayant des limitations articulaires et des douleurs neuropathiques importantes. Elle évoque plusieurs bénéfices de l'utilisation cette thérapie qui sont une diminution de la douleur, une élaboration progressive d'un schéma corporel correcte, et enfin la restauration d'une image mentale qui a favorisé un meilleur investissement dans la rééducation classique par la suite. En effet, lorsqu'ils perçoivent un membre en mouvement dans le miroir cela renforce leur envie de bouger ce membre, ils sont donc plus motivés et acteurs de leur rééducation. Elle a cependant remarqué des effets indésirables, par exemple des patients perturbés par l'incohérence de voir deux membres sains pendant la séance puis un membre lésé non fonctionnel par la suite. J'ai également eu la possibilité de mener un entretien avec un kinésithérapeute exerçant au sein d'un centre antidouleur. Il utilise la thérapie miroir auprès de personnes douloureuses chroniques et plus spécifiquement celles ayant un SDRC chronique, c'est-à-dire depuis plus d'un à deux ans. De la même manière que Mc Cabe, il a pu constater que la thérapie miroir était peu efficace en phase chronique. En effet, les patients rapportent le plus souvent des effets indésirables et notamment une augmentation de la douleur. Cependant, cette augmentation de la douleur peut parfois être considérée comme un élément encourageant, puisqu'elle signifie que des modifications cérébrales s'opèrent. Il a également observé des répercussions psychologiques négatives. En effet, durant plusieurs mois les personnes ont vécu avec un membre atrophié, déformé et avec des signes trophiques divers. Ils exprimaient que le fait de voir leur membre lésé en mouvement les perturbait, ils ne l'acceptaient pas car cela ne rendait pas compte de la réalité. Le kinésithérapeute évoque également des répercussions positives, essentiellement sur les douleurs mais lorsqu'aucune séquelle physique n'est visible. Dans cette situation, certains patients rapportent une diminution de la douleur, un sentiment de détente comme si « le cerveau relâchait tout ».

Moseley et al. (2006) quant à eux, utilisent la thérapie miroir au sein d'un programme nommé « Graded Motor Imagery ». L'étude se déroule sur six semaines. Les deux premières semaines sont consacrées à des exercices de reconnaissance de latéralité. Des photographies de membres ont été montrées aux patients qui devaient reconnaître le plus rapidement possible s'il s'agissait d'un membre droit ou d'un membre gauche. Les deux semaines suivantes correspondaient à la phase de

mouvements imaginés. Il était demandé aux patients de s'imaginer en train de réaliser le mouvement montré sur la photographie. Et enfin les deux dernières semaines ont été dédiées à l'utilisation de la thérapie miroir. Les personnes devaient reproduire les mouvements correspondant aux images, avec les deux membres, mais en ne regardant que le reflet du membre sain dans le miroir. Après le programme, un abaissement significatif de la douleur a été observé dans le groupe ainsi qu'une amélioration importante de la fonctionnalité. Après six mois de suivi, cette diminution de la douleur et l'amélioration des capacités fonctionnelles du membre ont perduré. Ce programme a donc des effets bénéfiques sur la douleur et la fonction du membre chez les patients souffrant d'un SDRC I.(7)

Cacchio et al (2009) ont effectué un essai contrôlé randomisé sur vingt-quatre personnes souffrant d'un SDRC chronique après un AVC. Il ont constitué de trois groupes, un groupe miroir où les personnes regardaient leur membre sain dans le miroir et deux groupes contrôles, un dans lequel elles regardaient un miroir caché et un autre où elles utilisaient l'imagerie mentale. Dans le groupe miroir sept des huit patients rapportaient une diminution de la douleur et une amélioration de la fonction motrice. Dans le groupe miroir caché, seulement un des huit patients évoque une amélioration de ses douleurs. Enfin, dans le groupe d'imagerie mentale deux des huit patients ont observé une diminution de leur douleur. Par la suite, douze patients des groupes contrôles sont allés dans le groupe miroir et onze d'entre eux ont exprimé une baisse significative de leur douleur. La thérapie miroir réduit donc les douleurs dans le cas du SDRC chronique après un AVC.(34) Contrairement à McCabe en 2003, Cacchio et al. obtiennent des résultats positifs sur la douleur auprès des SDRC chroniques.

Toutes ces études démontrent une efficacité importante de la thérapie miroir sur les personnes souffrant d'un SDRC notamment sur leurs douleurs et sur leurs capacités fonctionnelles. Plusieurs hypothèses ont été émises sur le mode d'action de la thérapie miroir. Comme nous avons pu le voir précédemment, dans le cas des SDRC il existe une discordance entre le cortex moteur et le cortex sensoriel due à une réorganisation corticale de l'homonculus sensoriel et moteur, le retour sensoriel ou « feedback sensoriel » n'est pas en accord avec le mouvement réalisé et donne lieu à des sensations douloureuses. (4,8) De plus, en 2004, Moseley et al. ont remarqué au cours d'une de leurs études sur la « Graded Motor Imagery » que dans la phase de reconnaissance de latéralité les personnes souffrant de SDRC éprouvaient plus de difficultés pour reconnaître les images correspondant à leur membre atteint. Ils en ont donc conclu que la douleur modifiait la représentation de leur schéma corporel.(35)

L'hypothèse sur le mode d'action de cette thérapie serait que la thérapie miroir rétablirait une concordance entre les stimulations sensibles et sensorielles (la vue) et la commande motrice. En effet, comme nous l'avons dit précédemment les informations visuelles sont prioritaires sur les

informations proprioceptives et douloureuses. Le retour visuel transmet au cortex moteur des informations concordant avec le schéma moteur ce qui facilite le mouvement et réduit la douleur. Sur le long terme, la diminution de la douleur conduit à une réorganisation corticale correcte et donc à une perception adaptée du schéma corporel.

Une autre hypothèse est évoquée, celle de la mise en jeu des neurones miroirs citée précédemment, qui permettrait de rétablir cette congruence entre les informations visuelles et proprioceptives et le schéma moteur. Une composante essentielle apparaît dans ces différents articles c'est la motivation et l'adhésion à la thérapie dont doit faire preuve la personne afin d'augmenter la probabilité de succès.

Cependant, ces études ne sont menées qu'à petite échelle. De plus, les protocoles diffèrent d'une étude à l'autre, ainsi nous ne savons pas à quelle fréquence la thérapie miroir doit être utilisée. Enfin, certaines études allient la thérapie miroir avec d'autres techniques de rééducation. (21)

1.2.6. Evolution :

Le SDRC peut se propager à d'autres parties du corps, Maleki et al. (2000) ont défini trois types de propagations :

- « continue » les symptômes se diffusent de distal en proximal à partir de la zone affectée.
- « en miroir » les symptômes se diffusent au membre controlatéral.
- « indépendante » les symptômes se diffusent à d'autres régions du corps indépendantes de la zone initialement touchée.(36)

L'évolution du SDRC est en moyenne de douze à quarante-huit mois. Le pronostic dépend également de la précocité de la prise en charge.(37) Selon Vaneker M. et al. après un an d'évolution les séquelles seront le plus souvent irréversibles.(14) Cette phase de séquelles, chroniques et invalidantes peut se traduire par des raideurs articulaires et péri-articulaires douloureuses, une atrophie dans la zone affectée, une ostéoporose, une allodynie et une hyperpathie.(2) L'ergothérapeute jouera un rôle important au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge de ces douleurs.

1.3.LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE :

1.3.1- Définition et rôle de l'ergothérapie :

« L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de

la vie quotidienne en société. » ANFE (2014). Une personne se retrouvant dans l'impossibilité de réaliser ses AVQ, ses AIVQ, ses loisirs ainsi que son activité professionnelle va voir son bien-être général et sa qualité de vie altérés. Le rôle de l'ergothérapeute sera de définir l'origine de ces incapacités et de mettre en œuvre avec la participation de la personne tous les moyens nécessaires pour pallier à ces problèmes. Ceci dans le but que la personne retrouve son rôle social. Pour cela, l'ergothérapeute doit tenir compte des habitudes de vie de la personne, de son contexte social et environnemental. Il recueille toutes ces informations au travers de différents entretiens. Il évalue ensuite les capacités et incapacités de la personne à l'aide de différentes mises en situation et bilans. L'ergothérapeute intervient alors par le biais d'activités adaptées pour permettre à la personne de prendre conscience de ses difficultés, de ses limites et afin qu'elle puisse récupérer un maximum de ses capacités fonctionnelles. Si l'état physique et/ou psychique de la personne ne lui permet pas de retrouver ses capacités antérieures, l'ergothérapeute peut lui proposer différentes alternatives telles que des aides techniques, humaines, animalières ou encore un aménagement de son environnement. (38)

1.3.2- Intervention et rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge de la douleur :

La prise en charge de la douleur se fait de manière interdisciplinaire. Afin d'assurer la continuité des soins, il est donc important de mettre en place des moyens de communication fiables. L'ensemble de l'équipe qui accompagnera la personne a un but commun : améliorer ses capacités fonctionnelles. L'ergothérapeute tient une place importante dans l'équipe. Son intervention se déroule en plusieurs étapes afin de cibler au mieux les problèmes à résoudre en coopération avec la personne souffrant de ces douleurs. Son objectif principal est d'aider la personne à mieux se connaître et donc parvenir à gérer ses douleurs et ainsi récupérer un maximum de ses capacités fonctionnelles. Dans ce cas, la personne pourra retrouver ses rôles sociaux antérieurs, ses habitudes de vie, et donc voir sa qualité de vie s'améliorer. (30)

1.3.2.1- Evaluation :

1.3.2.1.1- L'entretien :

La première intervention de l'ergothérapeute consiste à s'entretenir avec la personne. Ceci permet de faire connaissance et d'instaurer un climat de confiance essentiel à l'élaboration d'une relation thérapeutique sécurisante et fiable pour la personne. L'ergothérapeute aura pris soin de se renseigner sur la nature du traumatisme à l'origine des douleurs, des différents traitements reçus ainsi que des antécédents médicaux et chirurgicaux de la personne. Au cours de cet entretien l'ergothérapeute recueille un maximum d'informations sur la personne telles que ses habitudes de vie

antérieures et actuelles, sa situation professionnelle, ses loisirs, la nature de ses douleurs et les répercussions qu'elles ont sur son indépendance dans la réalisation de ses AVQ. Ce temps d'entretien repose principalement sur l'écoute. Le thérapeute pourra ainsi juger de la conscience qu'a la personne de ses capacités et de sa situation de handicap. Il prendra également en considération ses attentes vis à vis de l'ergothérapie, ses objectifs, ses intérêts ainsi que ses projets. Tenir compte de tous ces éléments permet d'orienter au mieux la rééducation et de susciter un engagement optimal de la personne. (30)(27)

Selon J.M Caire et al. (2004), cet entretien permet de connaître le parcours et les ressources de la personne. Ce temps d'écoute active nécessite l'utilisation de la reformulation, la restructuration c'est-à-dire reprendre les idées à préciser et la restitution qui est un résumé des éléments importants. Le Dr Osterman rajoute que l'ergothérapeute doit mener cet entretien sans aucun préjugé et sans prétention en ne donnant pas l'image du thérapeute qui aurait la solution à tout. (29)

1.3.2.1.2- Bilans :

Suite à l'entretien, d'autres bilans vont être mis en place. Dans un premier temps, l'ergothérapeute va évaluer l'intensité de la douleur grâce à l'Echelle Visuelle Analogique (EVA). Dans le même temps, il prendra soin de demander à la personne la localisation de ses douleurs, les horaires auxquels elles apparaissent et s'il existe des facteurs, gestes ou actions déclencheurs.

Ensuite, pour poursuivre les bilans, J.M Caire et al. (2004) suggèrent d'utiliser le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) comme trame d'évaluation, sans forcément suivre scrupuleusement le protocole. Le MCRO évalue trois domaines que sont les AVQ, les loisirs et la productivité et les interactions qui existent entre la personne, l'activité et l'environnement. Ce modèle centré sur la personne, est fondé sur le fait que l'activité est un besoin fondamental pour chaque individu contribuant au maintien du bien-être de la personne en lui donnant le sentiment d'être acteur de sa propre vie. (39) La douleur fait entrer la personne dans un cercle vicieux. En effet, du fait de sa douleur la personne n'éprouve plus de plaisir dans l'activité, elle se retrouve donc dans une situation d'inactivité et « *l'inactivité laisse l'esprit disponible pour la douleur* » (Boureau 1991).(29) Ainsi selon N-C Cassanne (2004), grâce à ce modèle il est possible d'évaluer les répercussions de la douleur sur le rendement occupationnel et la satisfaction que la personne retire de ses activités.(30) J.M Caire et al. (2004) rajoutent que cela facilite l'expression de ses besoins. Le MCRO permet donc, en coopération avec la personne, de prioriser les objectifs afin de l'accompagner dans les secteurs où elle se sent le plus en difficulté, et ceci en accord avec son environnement et ses habitudes de vie. Il contribuera également à évaluer les changements et réévaluer si nécessaire les objectifs en cours de traitement.(29)

Il est également possible d'utiliser le Progressive Isometric Lift Evaluation (PILE) ou port de charge pour évaluer les capacités physiques résiduelles de la personne dans certains cas. Ce bilan est généralement employé pour un éventuel retour au travail. (30)

Selon N-C Cassanne et al (2004), l'évaluation repose également sur l'observation de la personne et sa tolérance à rester assise, debout, à marcher ou à adopter certaines postures.

Toutes ces évaluations permettent de souligner les répercussions de la douleur sur l'indépendance de la personne dans ses AVQ et AIVQ, l'impact sur sa situation familiale, professionnelle, sur le plan psychologique et donc sur sa qualité de vie. L'ergothérapeute aura donc un aperçu des capacités et incapacités de la personne. L'ergothérapeute et la personne vont pouvoir définir ensemble les objectifs à réaliser.

1.3.2.2- Programme d'ergothérapie :

Le but principal de l'intervention ergothérapique est d'améliorer l'endurance physique et psychologique ainsi que les capacités fonctionnelles, cognitives et psychiques de la personne afin qu'elle retrouve un rythme de vie adapté et ses rôles sociaux antérieurs. Tout ceci doit se faire en respectant les attentes et les projets de la personne.

La prise en charge ergothérapique s'oriente selon quatre plans différents : le plan fonctionnel, le plan cognitif, le plan matériel, et le plan familial et socioprofessionnel.

Tout d'abord sur le plan fonctionnel, N-C Cassanne et al. (2004) proposent aux personnes de tenir un carnet de leurs activités et de mentionner la fatigue, le stress et la douleur à l'issue de chaque activité réalisée. Ainsi, la personne prendra elle-même conscience des gestes déclencheurs, des activités susceptibles d'entraîner une augmentation de la douleur et de la fatigue. (30) L. Jacquot (2004) suggère de mettre en place des stratégies de prévention de la douleur, pour réaliser autrement, adapter la gestuelle afin qu'elle ne s'accompagne pas de douleur. Cela peut passer par un aménagement de l'environnement ou encore la préconisation d'aides techniques adaptées. Il faut cependant prendre soin de ne pas trop modifier les habitudes de vie de la personne au risque qu'elle ne se reconnaisse plus dans ce qu'elle fait.(27)

Sur le plan cognitif, N-C Cassane et al. (2004) évoquent avec les personnes toutes les conséquences physiques, psychologiques et sociales de la douleur ainsi que l'importance d'une bonne hygiène de vie.(30)

Sur le plan matériel, plusieurs choses peuvent être proposées comme des aides techniques, humaines ou animalières pour pallier à une incapacité. Il est également possible d'aménager l'environnement de la personne de telle sorte que ce qu'elle ne parvenait plus à faire lui soit de

nouveau possible. Et enfin, nous pouvons lui préconiser un repos articulaire qui peut être accompagné d'orthèses de repos.

Pour finir, sur le plan familial et socioprofessionnel, il est parfois nécessaire de prouver à la personne qu'il est possible d'exister même si ses capacités ont diminué ou sont différentes. Pour cela, nous pouvons lui proposer différentes activités créatives, sportives ou culturelles qu'elle choisira selon ses goûts afin de retrouver des centres d'intérêt ainsi qu'un certain bien-être. Par la suite, des activités significatives simulant une situation de travail vont lui être proposées. Elles peuvent se dérouler en individuel ou en groupe. Ainsi, par l'observation des autres et d'elle-même la personne peut prendre conscience de ses habitudes de travail qui sont sources de douleurs et qui, par conséquent, nuisent à sa productivité. Plus tard, l'ergothérapeute a la possibilité de se rendre sur le poste de travail de la personne afin de prendre conscience des exigences physiques ou psychologiques qu'il requiert. Ainsi, pour une meilleure réinsertion professionnelle, il peut proposer des activités similaires à la personne afin d'améliorer son endurance, et lui prodiguer certains conseils concernant ses postures, l'agencement de son poste, ou encore l'organisation de son temps de travail. Cette réinsertion dans le monde du travail lui permet de retrouver un rythme de vie grâce à la reprise d'activité et un rôle social.

Toutefois, il est important d'assurer un suivi afin maintenir et renforcer les acquis et les stratégies de gestion de la douleur, du stress, et du rythme des activités.(27,30)

1.4.QUESTION DE RECHERCHE :

Au cours de mes recherches, j'ai pu constater que la douleur était une composante omniprésente dans le cas du SDRC et qu'elle pouvait avoir de nombreuses répercussions physiques et/ou psychiques sur la personne. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la douleur impacte grandement sur l'indépendance de la personne dans sa vie quotidienne. Cela peut donc affecter de manière significative son bien-être et sa qualité de vie. Il est donc important de la prendre en charge précocement. Plusieurs écrits rapportent également que la motivation et l'adhésion, pouvant être influencée par l'état physique et psychologique de la personne, jouent un rôle important dans l'efficacité de cette thérapie. Mes recherches bibliographiques m'ont ainsi permis de cheminer dans ma réflexion. La suite de ce travail s'attachera à répondre à la question de recherche suivante :

Comment susciter l'engagement d'une personne souffrant d'un syndrome douloureux régional complexe de type I dans la thérapie miroir en ergothérapie ?

2. PROBLÉMATIQUE THÉORIQUE

La pratique de l'ergothérapie est influencée par différents modèles, concepts ou théories. Cela permet d'apporter un cadre de référence et théorique à notre pratique. Selon M-C Morel-Brack 2009, les modèles conceptuels « *procurent aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité.* »(39)

Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai choisi de m'appuyer sur le Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner, la théorie de l'autodétermination de Décy et Ryan et l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers.

2.1. MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE (MOH) :

Kielhofner définit le comportement occupationnel comme les activités dans lesquelles la personne engage le plus clair de son temps que ce soient les jeux, les loisirs, le travail, les activités de production, etc. L'individu les choisit en fonction de ses expériences personnelles passées, de ses valeurs, de ses convictions et surtout sous l'influence de son environnement. L'activité résulte de l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement. En tant qu'ergothérapeute nous pouvons être sollicités lorsque cette interaction dysfonctionne, c'est-à-dire lorsque le comportement occupationnel de la personne ne correspond plus à son environnement. Cette inadéquation de l'environnement l'inscrit donc dans une situation de handicap. Afin d'adapter notre intervention nous devons donc prendre en compte plusieurs paramètres intervenant dans la mise en place du comportement occupationnel et pouvant potentiellement dysfonctionner. Kielhofner évoque trois composantes structurelles de l'être humain : la volition, l'habitation ainsi que les capacités de rendement. Il sera également important de prendre en compte l'environnement matériel et humain. Pour cela, Kielhofner a élaboré un outil conceptuel en ergothérapie : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

Créé dans les années 1980 par Gary Kielhofner, ce modèle humaniste se veut centré sur la personne. Il a pour objectif d'élaborer des théories pertinentes afin que les ergothérapeutes évaluent l'importance du processus d'engagement humain dans l'activité qu'elle soit quotidienne, domestique, culturelle, productive ou de loisir. Ce modèle prend en compte la personne dans sa globalité notamment son environnement, sa motivation et ses habitudes et ne s'arrête pas seulement aux données médicales. Les objectifs thérapeutiques participent à l'accompagnement de la personne dans un processus de changement à la suite d'une altération. Ceci doit se faire en accord avec sa volition,

son habitude ses capacités de rendement et ses conditions environnementales. La prise en compte des nombreux facteurs permet à la personne de se sentir davantage comprise.

G. Kielhofner émet l'hypothèse que les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement participent à la mise en place d'une adaptation dynamique dans les activités humaines. L'auto-organisation de la personne dépend de ces activités signifiantes et significatives.

Selon lui, la compréhension des choix et de la réalisation d'une activité par une personne dépend de trois composantes essentielles : la volition, l'habitude et les capacités de rendement de la personne. Ces trois composantes constituent ce que Gary Kielhofner appelle « l'Être ». (Annexe III)

L'Être :

La volition correspond à la motivation et au processus amenant aux choix des activités. La personne a besoin de se sentir actrice de ses choix. Ces derniers s'effectueront en tenant compte de ses déterminants personnels c'est-à-dire de la perception de ses capacités, de son sentiment d'efficacité. Ils dépendront également de ses valeurs, définies comme les éléments importants et signifiants pour la personne. Enfin, les intérêts personnels correspondent à tout ce que la personne trouve agréable et satisfaisant dans l'activité et la rend attractive. L'interaction volition et environnement affectent l'action, les pensées et les émotions. Le handicap peut impacter de manière importante la volition.

L'habitude est constituée par les habitudes de vie et les rôles sociaux et culturels. Les habitudes permettent une structuration de la vie quotidienne, et donnent un caractère familier et rassurant. De manière générale, l'habitude correspond à des routines qui permettent l'organisation et la simplification de la vie quotidienne. Ces comportements routiniers sont l'une des meilleures stratégies mise en place afin de nous adapter rapidement à l'environnement et aux situations connues sans dépenser trop d'énergie. Les rôles regroupent les habitudes apprises et intégrées en fonction d'un contexte social particulier (ami, famille, travail, etc.). Les comportements émis vont correspondre à des attentes du groupe clairement reconnues et identifiées culturellement. Kielhofner définit cela comme le processus de socialisation qui permettra à la personne d'avoir un statut social et personnel. La modification de ces habitudes et rôles sociaux pourra potentiellement bouleverser l'identité personnelle du patient.

Les capacités de rendement contribuent à la mise en œuvre de l'action par la personne en fonction des moyens dont elle dispose. Elles dépendent des systèmes organiques, tant de manière objective telles que les capacités physiques, mentales ou les fonctions cognitives, que subjective c'est-à-dire l'expérience de la personne, son ressenti et ses sensations ce que Kielhofner appelle

« l'expérience du corps vécu ». Dans le cas des SDRC, elles dépendraient donc des manifestations physiques objectives : les raideurs articulaires, les limitations d'amplitude mais aussi subjectives : la douleur, l'allodynie.

Ces trois composantes sont interdépendantes, en interaction permanente et rattachées à l'environnement humain et matériel. En effet, l'environnement va influencer l'activité de la personne de par les ressources, les contraintes, les exigences et les opportunités qu'il peut fournir. Ces trois composantes de base et l'intervention de l'environnement définissent un cadre de référence pour analyser de manière complète le fonctionnement de la personne dans ses occupations. Kielhofner définit trois niveaux différents de cette interaction entre les composantes et l'environnement lorsqu'une personne réalise ses activités.

L'Agir :

« L'agir » favorise le développement de l'identité et des compétences pour améliorer les aptitudes d'adaptation. Il se décrit également selon trois niveaux différents.

La participation occupationnelle correspond au fait de s'impliquer dans une situation réelle et à l'engagement de la personne dans son activité que ce soit au travail, dans ses loisirs ou dans ses activités de la vie quotidienne, dans un contexte social particulier. Cet engagement dépend de la signification personnelle ou sociale que donne la personne à l'activité. Il doit être désiré ou nécessaire pour son bien-être.

Le rendement fait référence à l'accomplissement de différentes tâches, orientées vers un but, définies par des normes culturellement connues et reconnues. Il permet d'aboutir à une situation de participation.

Les habiletés définissent les actions directement observables permettant de réaliser des activités significatives. Elles sont divisées en trois catégories. Tout d'abord, les habiletés motrices permettent de nous déplacer ou de déplacer un objet pendant la tâche. Ensuite les habiletés opératoires nous permettent d'organiser et d'adapter nos actions afin de réaliser la tâche. Enfin, les habiletés de communication et d'interaction nous permettent de faire part de nos besoins, nos intentions et d'être dans l'échange.

L'adaptation occupationnelle est donc le résultat de l'interaction entre les trois composantes de base, les composantes de l'agir et l'environnement lorsque les personnes réalisent leurs activités. Elle aboutit au développement de l'identité et des compétences occupationnelles.

Devenir :

Le devenir quant à lui est le résultat de l'Être et de l'Agir et exprime à quel degré la personne s'adapte et s'identifie à ses occupations. L'identité occupationnelle correspond à la connaissance que nous avons de nous-même : de notre propre capacité, de nos intérêts, de notre efficacité, de notre satisfaction et de nos obligations, à partir de nos expériences antérieures. Elle se fonde également sur le sens que nous donnons à notre rôle, nos habitudes de vie ainsi qu'à la perception et aux attentes que nous avons de notre environnement. Elle participe à la construction de nos valeurs et de la conception que l'on se fait de notre futur. L'identité occupationnelle permet donc à la personne de juger de sa volition, son habitude et ses capacités de rendement.

La compétence occupationnelle représente la manière dont la personne organise sa vie en accord avec son identité et ses obligations sociales. La compétence finit par parvenir à un degré de participation occupationnelle aboutissant à une vie satisfaisante.

L'adaptation résulte de la participation de la personne dans ses activités de vie quotidienne, son travail et ses loisirs qui vont façonner son identité et ses compétences. Ces éléments en interaction avec l'environnement aboutissent à l'adaptation occupationnelle. En d'autres termes, c'est le résultat de l'interaction entre les composantes de l'être, l'agir et l'environnement qui est l'aboutissement du processus de changement de la personne.

L'intervention fondée sur le MOH est une approche centrée sur le patient et nécessite sa collaboration. L'approche thérapeutique se doit d'être structurée, ouverte et doit utiliser des outils d'évaluation rigoureux. Toute perturbation d'une des composantes constituant « l'Être » entraînera une perturbation dans les deux autres composantes, il faudra donc la prendre en compte.

Selon ce modèle, afin de restaurer les fonctions de la personne et de lui permettre plus d'indépendance dans les AVQ il faut l'amener à participer à des occupations significatives. C'est le rôle même de l'ergothérapeute. C'est à ce moment que la personne amorce sa propre prise en charge vers le changement. Cette thérapie permettra à la personne de s'engager dans une activité, de prendre conscience de ses capacités et de son identité personnelle. Il est important de tenir compte de la manière personnelle de faire une activité et non des normes.

Il existe de nombreux outils d'évaluation : des questionnaires d'auto-évaluation, des questionnaires dispensés au cours d'entretiens, des questionnaires fondés sur l'observation, etc. Tous ces moyens d'évaluation doivent répondre à des questions bien définies par Kielhofner. Ils permettent d'avoir une vision globale de la personne, de son environnement et de comment elle se perçoit dans ce dernier. Ainsi, il sera possible de mettre en place une intervention ergothérapeutique adaptée à ses besoins, ses attentes, etc. (39,40)

Suite au traumatisme, tel que le SDRC, la personne se confronte à de nouvelles difficultés. En effet, l'équilibre entre l'environnement qui reste identique et ses capacités qui sont modifiées, est perturbé. Il est alors du rôle de l'ergothérapeute d'évaluer le ou les dysfonctionnements. Les objectifs thérapeutiques étant d'accompagner la personne dans son processus de changement suite à un traumatisme, visant une réorganisation des composantes de l'être et de l'environnement pour retrouver un certain niveau de rendement occupationnel. Ce modèle accorde une place importante à la motivation de l'individu et permet d'inciter la participation active de celui-ci dans sa démarche thérapeutique. En ce sens, dans l'engagement de la personne souffrant d'un SDRC dans la thérapie miroir, le modèle peut s'appliquer puisqu'il faudra prendre en compte de nombreux paramètres dont sa volonté.

2.2. THÉORIE DE L'AUTODÉTERMINATION :

La théorie de l'autodétermination (TAD) signifie que l'engagement d'une personne dans une activité représente un défi à relever pour elle-même. Elle contribue au développement de ses capacités, à la création de liens sociaux ainsi qu'à l'expérience de l'unité du moi de la personne. Selon Deci et Ryan, l'activité est une capacité innée chez l'être humain. Cependant, la mise en place de l'activité résulte de différentes composantes telles que la motivation, des conditions environnementales particulières et notamment du contexte social. De plus, l'activité doit satisfaire trois besoins physiologiques fondamentaux l'autonomie, la compétence et la proximité sociale. La satisfaction de ces trois besoins conduit au développement optimal du bien-être de l'individu, de ses compétences et de sa motivation.

Afin d'expliquer les éléments qui sous-tendent la motivation humaine cinq mini-théories ont été élaborées.

La théorie de l'évaluation cognitive (TEC) introduit la notion de motivation intrinsèque et de motivation extrinsèque. Lorsque l'individu réalise une activité pour le plaisir qu'il en retire, on parle de motivation intrinsèque. Son engagement est libre et spontané et résulte de son intérêt ou de sa curiosité pour l'activité. De manière générale, ce sont les loisirs qui génèrent ce type de motivation. Cependant, l'obtention d'une récompense externe, essentiellement la valorisation, les encouragements signifiant une bonne performance, renforcerait ce type de motivation en valorisant le besoin de compétence de la personne. Néanmoins, si la récompense est plus d'aspect tangible, l'individu aura la sensation qu'il n'est plus à l'origine de ses actes et jugera que c'est une source externe à lui qui contrôle ses comportements. Son besoin d'autonomie sera entravé, sa motivation diminuera. D'autres éléments contraignants peuvent amener à une diminution de la motivation

intrinsèque : les menaces de punitions, les évaluations, les directives, etc. En résumé, la motivation intrinsèque dépend des facteurs environnementaux et sociaux.

La motivation extrinsèque, quant à elle, correspond à l'attente d'un résultat, d'un but à atteindre grâce à l'activité accomplie. Il est parfois question d'obtenir une récompense ou d'éviter une punition.

La théorie de l'intégration organismique (TIO) évoque cependant que toutes les activités du quotidien ne résultent pas d'une motivation intrinsèque mais ne sont pas pour autant toutes accomplies sous la contrainte extérieure ou la pression sociale. Cela peut s'avérer important pour les thérapeutes afin qu'ils parviennent à susciter l'engagement d'une personne dans une activité pas particulièrement plaisante. La TIO suggère l'existence d'un processus interne, actif et naturel d'intériorisation et d'intégration des coutumes et demandes sociales. Ce processus permet à l'individu de percevoir le comportement comme utile pour son fonctionnement. L'intériorisation correspond à l'assimilation des demandes externes tandis que l'intégration se caractérise par l'adéquation entre ces demandes externes et les valeurs identitaires de la personne. Cependant, il existe différents niveaux d'intériorisation et d'intégration dans le système des valeurs de l'individu, étant plus ou moins autodéterminés.

La motivation extrinsèque peut être de :

- Régulation externe : l'individu réalise le comportement afin d'obtenir une récompense ou éviter une punition. Il n'y a pas d'intériorisation dans le soi, les demandes externes ne correspondent pas à ses valeurs.
- Régulation introjectée : l'émission des comportements permet d'éviter les sentiments de honte, de culpabilité ou d'améliorer l'estime de soi. L'individu reçoit la demande comme une pression interne et non plus externe. Il y a une intériorisation partielle dans le soi.
- Régulation identifiée : le comportement est émis par choix pour des raisons que l'individu considère comme valables pour lui.
- Régulation intégrée : c'est le niveau d'intégration le plus complet de la motivation extrinsèque. En effet, l'individu conçoit le comportement comme important pour lui mais aussi en adéquation avec ses valeurs et son identité. La motivation extrinsèque intégrée est la forme la plus autodéterminée et de ce fait son maintien est plus durable dans le temps.
- Amotivation : l'individu ne perçoit pas l'intérêt de produire un comportement, il n'accorde aucune valeur au résultat éventuel. Aucun comportement n'est émis. Il n'y a aucune autodétermination.

A l'inverse de la TEC ou de la TIO qui décrivent la motivation d'un point de vue contextuel ou situationnel la théorie des orientations de causalités (TOC) s'attache à un autre facteur qu'est la personnalité. Elle définit trois orientations motivationnelles générales qui sont le résultat des

expériences sociales antérieures de l'individu et de la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Tout d'abord, l'orientation autonome définit les personnes plus enclines à réaliser une activité qui les intéresse, où elles peuvent se dépasser, assumer des responsabilités et être valorisés en retour. Elle est reliée aux régulations intrinsèques, identifiées et intégrées et résulte principalement d'un environnement social favorable à la satisfaction des besoins fondamentaux. Ensuite, l'orientation contrôlée regroupe plutôt les personnes agissant principalement en fonction des récompenses et des facteurs sociaux et contraignants de l'environnement tels que les dates butoirs, les directives, etc. Elles tiennent davantage compte des facteurs externes plutôt que de leur propre volonté. Cette orientation est rattachée à la régulation externe et introjectée. Elle est la conséquence d'un environnement social qui a souvent entravé l'accomplissement des besoins d'autonomie. Enfin, l'orientation impersonnelle correspond aux personnes estimant que ce sont des facteurs externes qui contrôlent leurs résultats et assimilent le succès à la destinée ou à la chance. Elles ne se sentent pas capables d'affronter les événements se présentant à elles, ni de faire face à l'imprévu ou aux changements. Elles ont tendances à être amotivées et résignées.

La théorie des besoins fondamentaux (TBF) détaille les trois besoins psychologiques fondamentaux et leurs rôles dans la santé mentale et le bien-être de la personne. Dans un premier temps, le besoin de compétence concerne le désir d'efficacité dans les interactions avec l'environnement, d'exprimer ses capacités et de les surmonter afin de les développer. Ensuite, le besoin de proximité sociale fait référence au désir d'appartenir à un groupe social, à une communauté et de recevoir de l'attention de la part des autres. Et finalement, le besoin d'autonomie correspond au souhait de la personne d'être à l'origine de ses comportements, d'être libre de ses choix et de ne pas ressentir de pression externe dans l'activité à laquelle elle adhère pleinement. Ces trois besoins ne sont pas la source de toute motivation humaine, mais sont des éléments dont la satisfaction est essentielle à la croissance psychologique, à l'intégrité et au bien-être de l'individu. La satisfaction de ces besoins est universelle.

La théorie du contenu des buts (TCB) s'intéresse, quant à elle, au lien existant entre les buts de l'activité, les besoins satisfaits et le bien-être qui en découle. Selon cette théorie, les buts intrinsèques et correspondant aux valeurs de la personne sont associés à un bien-être plus grand. Cependant, si les buts sont davantage extrinsèques ils seront plutôt associés à un mal-être du fait de la non satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux. (41,42)

Comme évoqué précédemment, la douleur ressentie chez les personnes souffrant d'un SDRC peut les faire entrer dans un cercle vicieux. En effet, elle les amène à immobiliser leur membre, à rentrer dans l'inactivité cela favorisant le renforcement de l'enraidissement articulaire et donc l'exacerbation de la douleur. Il sera donc important que la personne trouve des objets de motivation

afin de « dépasser » cette douleur et de reprendre une certaine activité mais aussi accepter les moyens de rééducation proposés. Le thérapeute peut donc jouer un rôle essentiel dans cet engagement en mettant en place différentes stratégies suscitant la motivation du patient. Pour ce faire, et afin que la motivation soit la plus autodéterminée possible, le patient devra se considérer comme étant à l'origine de ses choix et pour un meilleur bien-être l'activité devra assouvir ses trois besoins fondamentaux.

2.3. APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE :

L'approche centrée sur la personne mise en place par Carl Rogers dans les années 1950, est une approche qui s'intéresse à la personne elle-même et non à sa maladie ou à ses symptômes. Elle repose sur le fait que l'homme a des capacités d'épanouissement innées et un potentiel d'évolution qui se développe de lui-même si le contexte dans lequel il évolue lui est favorable. Ce processus inné se retrouve entravé dans certaines conditions. Cette approche permet donc de le relancer. Tout d'abord, le thérapeute doit instaurer un climat de confiance, sécurisant pour la personne, facilitant l'expression de soi. Il apprendra ainsi à se fier à ce qu'il ressent, à développer son autonomie et ses relations sociales. Seule la personne elle-même sait ce qui lui convient, ce qui est bon pour elle. Le thérapeute ne pourra en aucun cas se substituer à elle, il ne fera que l'accompagner dans son processus d'évolution et de changement sans jamais lui imposer, lui conseiller ou interpréter quoi que ce soit. Carl Rogers définit les caractéristiques essentielles d'une thérapie centrée sur la personne. Tout d'abord deux personnes doivent être en contact. La première, appelée le client, se trouve dans un état de désaccord interne, de vulnérabilité ou d'angoisse. La deuxième personne, le thérapeute, doit se trouver dans un état d'accord interne, pendant l'entretien avec le client. En effet, il se doit d'être authentique dans ses attitudes, c'est-à-dire être pleinement lui-même quels que soient les sentiments éprouvés. Rogers appelle cela la congruence, la coïncidence entre ses besoins, ses désirs, la conscience qu'il en a et l'expression qu'il en fait. Il doit également éprouver des sentiments de considération positive inconditionnelle à l'égard du client, il adopte une attitude positive et d'acceptation face à la personne. Il doit croire aux potentialités de changement du patient. Le client ne doit pas avoir la sensation d'être jugé ou évalué, il se sent respecté. Cela amènera à un sentiment de confiance envers le thérapeute, élément clé de la thérapie. Le thérapeute devra aussi faire preuve d'une compréhension empathique du client et ressentir avec justesse ce que le client éprouve dans un contexte précis, dans son cadre de référence interne. Il va pénétrer dans son univers et ses sentiments, et essayer de les percevoir de la même manière que la personne. Ainsi, cette dernière verra l'empathie du thérapeute et aura l'impression d'être comprise et que sa douleur est partagée et

donc allégée. Finalement, le client doit pouvoir percevoir ces éléments que le thérapeute lui communiquera de différentes manières mais pas forcément de manière explicite.(43)

Nous l'avons vu précédemment, les personnes souffrant d'un SDRC sont sujettes à l'angoisse, l'anxiété, le syndrome dépressif. Ces troubles psychologiques sont susceptibles d'augmenter la douleur ressentie. Afin que les séances de thérapie miroir ne soient pas source d'angoisse pour la personne, il est important que le thérapeute prenne le temps de communiquer avec elle, créer un climat de confiance et sécurisant.

3. L'ÉTUDE

3.1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE :

3.1.1. But de l'étude :

Le but de mon étude est d'identifier le rôle ainsi que les moyens pouvant être mis en place par les ergothérapeutes afin susciter l'engagement du patient souffrant d'un SDRC au cours des séances de thérapie miroir.

3.1.2. Méthode et outils :

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai tout d'abord mené une enquête exploratoire afin de percevoir les modalités d'utilisation de la thérapie miroir auprès des personnes souffrant d'un SDRC. J'ai donc diffusé, par mail, un questionnaire à plus de quarante centres de rééducation sur toute la France. Seulement six réponses me sont parvenues, et seulement trois rapportaient utiliser la thérapie miroir auprès des personnes souffrant d'un SDRC. Une méthode clinique me paraissait donc plus judicieuse. Une étude quantitative aurait été peu pertinente étant donné le peu d'ergothérapeutes utilisant cette technique auprès des SDRC et le peu de réponses récoltées suite à la réalisation de mon enquête exploratoire. De plus les critères de ma question de recherche sont plus d'ordre qualitatif. J'ai donc souhaité me concentrer sur la qualité du discours des trois interlocuteurs ayant été confrontés à des cas particuliers.

Afin de réaliser ma grille d'entretien, je me suis appuyée sur le cadre théorique apporté par mes matrices et les différents indicateurs définis à partir de mes différents concepts et théories (Annexe IV). J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs afin que chacun des ergothérapeutes puisse s'exprimer librement et évoquer les éléments qui leur paraissaient les plus importants, tout en restant dans le cadre de l'étude.

Pour cela j'ai défini six questions générales permettant de resituer le contexte général de prise en charge et six questions principales en lien avec mon sujet.

Questions préalables :

- Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?
 - Dans quelle structure exercez-vous ?
 - Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?
 - Auprès de quelle population exercez-vous ?
 - Prenez-vous en charge des patients souffrant de SDRC ?
 - Souffrent-ils majoritairement d'un SDRC de type 1 ou de type 2 ? Se situent-ils plutôt en phase aiguë ou chronique ?
1. D'après vous, comment le patient souffrant d'un SDRC aborde la rééducation?
 2. Pouvez-vous développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces patients ?
Pouvez-vous m'en dire plus sur la thérapie miroir ?
 3. Percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à ce moyen de rééducation ? Lesquelles ? Pourquoi ?
 4. A votre avis, quels sont les points forts de cette thérapie ?
 5. D'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?
 6. Face à une personne souffrant d'un SDRC, comment susciteriez-vous son engagement dans la thérapie miroir en ergothérapie ?

3.1.3. Population :

Critères d'inclusion :

Les ergothérapeutes auprès desquels j'ai réalisé mes entretiens devaient utiliser ou avoir utilisé la technique de la thérapie miroir et l'avoir mise en place au moins une fois auprès de personnes souffrant d'un SDRC I, représentant 90% des SDRC, en phase aiguë ou chronique au niveau du membre supérieur. Les personnes souffrant SDRC auprès desquelles ils avaient mis en place la thérapie miroir devaient être majeures.

Critères d'exclusion :

Sont exclus de cette étude les ergothérapeutes n'ayant jamais utilisé la thérapie miroir auprès de cette population ou l'ayant mis en place auprès de personnes souffrant d'un SDRC de type II ou d'un SDRC de type I mais au niveau du membre inférieur. Et enfin, ne sont également pas pris en compte les ergothérapeutes utilisant cette thérapie auprès de personnes mineures.

3.1.4. Déroulement des entretiens :

La thérapie miroir comme moyen de rééducation auprès des personnes souffrant d'un SDRC est une pratique relativement récente. De ce fait, j'ai eu beaucoup de difficultés pour contacter des ergothérapeutes. De plus, lors de notre premier contact téléphonique et afin de ne pas influencer leurs discours je n'abordais pas la thérapie miroir. En effet, je présentais mon mémoire comme un travail portant sur un moyen de rééducation des SDRC I. Je leur demandais alors quels moyens de rééducation ils mettaient en place auprès de cette population, en leur donnant des exemples. Si la personne évoquait la thérapie miroir, je lui proposais donc un entretien selon ses disponibilités. J'ai donc interrogé trois ergothérapeutes exerçant dans différents centres de rééducation français et ayant utilisé la thérapie miroir auprès de patients souffrant d'un SDRC I. Un entretien s'est réalisé en face à face et les deux autres ont été des entretiens téléphoniques du fait de l'éloignement géographique. Je débutais chaque entretien par la présentation de ce dernier et par des questions générales de présentation. Chaque entretien n'a pas dépassé la limite fixée des quarante-cinq minutes. De plus, avec leur accord préalable, j'ai pu enregistrer l'ensemble de notre conversation afin de pouvoir ensuite la retranscrire le plus fidèlement possible tout en conservant l'anonymat de mes interlocuteurs. (Annexe V)

3.2. RÉSULTATS :

3.2.1. Résultats bruts : analyse longitudinale :

La première personne interrogée est une ergothérapeute de 25 ans. Elle a été diplômée en 2013 et exerce dans un centre de rééducation depuis février 2014 en complément d'un second poste dans un Institut Médico Educatif. Le centre de rééducation accueille des personnes majeures souffrant de diverses pathologies dont de SDRC essentiellement de type 1 en phase chronique.

	Question 1 : D'après vous, comment le patient souffrant d'un SDRC aborde-t-il la rééducation?
Ergothérapeute n°1 :	Echec de la rééducation et perte de motivation ; en difficulté dans ses AVQ ; dans un cercle vicieux de la douleur ; inactivité ; volonté de récupération complète ; fragilité psychologique ; isolement sociale

La douleur, l'état psychologique et les difficultés motrices de la personne influencent grandement son efficacité dans les AVQ mais surtout sa motivation et son engagement dans la rééducation malgré une volonté de récupération complète.

Ergothérapeute n°1 :	<p>Question 2 : Pouvez-vous développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces patients ? Pouvez-vous m'en dire plus sur la thérapie miroir ?</p> <p>Mobilisation active ; sensibilité ; activité en lien avec les AVQ ; activités signifiantes, adaptées aux personnes ;</p> <p>thérapie miroir proposée pour l'exclusion, la douleur, la mobilité ; selon potentiel thérapeutique pour la personne ou sur prescription ; prise en compte de la personne ; moral ; motivation ; expliquer l'intérêt et le déroulement ; la personne régule la cadence ; débute en analytique puis fonctionnel ; utilisation de l'objet</p>
----------------------	---

L'ergothérapeute peut mettre en place différents moyens de rééducation adaptée à chaque personne. Lorsqu'elle propose la thérapie miroir, parfois difficilement acceptée, elle tient compte de l'état psychique de la personne et de sa motivation.

Ergothérapeute n°1 :	<p>Question 3 : Percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à ce moyen de rééducation ? lesquelles et pourquoi?</p> <p>Troubles cognitifs = pas de thérapie miroir ; focalisée sur sa non-récupération ; réactions douloureuses après une séance ; ne voient aucun intérêt</p>
----------------------	--

La présence de troubles cognitifs, les effets inverses dus à la thérapie, le fait que la personne ne croit pas en sa récupération et ne voit pas d'intérêt à cette thérapie sont des freins important à l'adhésion de la personne dans cette thérapie.

	Question 4 : A votre avis, quels sont les points forts de cette thérapie ?
Ergothérapeute n°1 :	Diminution de la douleur ; récupération motrice ; diminution exclusion de membre ; reprise de confiance ; meilleur moral ; sortir d'un cercle vicieux ; envie de continuer ; amélioration état psychologique

La diminution de la douleur et la récupération motrice vont permettre à la personne de reprendre confiance dans la rééducation mais aussi d'avoir un meilleur moral pour poursuivre la thérapie. Ainsi, il peut sortir de ce cercle vicieux de la douleur.

	Question 5 : D'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?
Ergothérapeute n°1 :	Accompagnement/guidance mais leur laisser le choix ; pas d'interférence extérieure ; présence du thérapeute si besoin ; demander un retour sur son ressenti ; expliquer le déroulement et l'intérêt ; climat sécurisant ; mise en confiance ; rassurer ; à l'écoute ; sincère

L'ergothérapeute doit être présent pour la personne, à son écoute et créer un climat de confiance et sécurisant pour la personne.

	Question 6 : Face à une personne souffrant d'un SDRC, comment susciteriez-vous son engagement dans la thérapie miroir en ergothérapie ?
Ergothérapeute n°1 :	Acteur de sa rééducation ; expliquer clairement l'intérêt et le déroulement ; être à l'écoute ; présente ; rassurer ; varier les exercices ; utilisation de l'objet ; lien avec les AVQ

Il est important que la personne soit actrice de sa rééducation et comprenne son intérêt. L'ergothérapeute doit veiller à être présent, à varier les exercices et à les mettre en lien avec le quotidien notamment avec l'introduction d'objets.

La seconde personne est une ergothérapeute de 25 ans, également diplômée depuis 2013. Elle exerce au sein d'un centre de rééducation à mi-temps en hôpital de jour et dans un service de chirurgie depuis deux ans. Cette structure accueille des personnes souffrant de douleurs chroniques comme des lombalgies, des SDRC de type 1 en phase chronique mais aussi des troubles neurologiques, des paralysies cérébrales, etc.

	Question 1 : D'après vous, comment le patient souffrant d'un SDRC aborde-t-il la rééducation?
Ergothérapeute n°2 :	Echec de plusieurs rééducations = motivé pour essayer ou résigné selon le profil psychologique ; douloureux ; ne voit plus d'évolution

Le patient SDRC douloureux peut être selon son profil psychologique et son vécu, soit motivé, soit résigné pour commencer cette rééducation.

	Question 2 : Pouvez-vous développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces patients ? Pouvez-vous m'en dire plus sur la thérapie miroir ?
Ergothérapeute n°2 :	Evaluations précises ; élaboration objectifs avec le patient, priorisation avec le MCRO ; adapter les moyen selon l'évaluation, la phase et la personne ; bains écossais ; gants compressifs ; appareillage spécifique ; exercices analytiques ou fonctionnels ; mises en situation en fonction des habitudes de vie ; réadaptation = aides techniques et aménagement de l'environnement en fonction des difficultés rencontrées dans les AVQ Thérapie miroir ; sur prescription médicale ou proposition spontanée ; toujours accord du patient demandé ; possible effets inverses ;

	l'adapter à chacun ; expliquer l'intérêt de la thérapie ; expliquer la douleur ; exercices progressifs ; travail en analytique puis en fonctionnel avec l'objet ; objectif : « modifier la représentation du membre douloureux et voir l'influence sur la douleur »
--	---

Plusieurs moyens de rééducation sont mis en place. Concernant la thérapie miroir il faut l'adapter à chacun et mettre en place des exercices d'intensité progressive.

	Question 3 : Percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à ce moyen de rééducation ? lesquelles et pourquoi?
Ergothérapeute n°2 :	Difficile de garantir la motivation = résultats non immédiats et possibilité d'effets inverses ; le temps de prise en charge assez long ; la non compréhension de la thérapie

Garantir la motivation des patients SDRC paraît difficile lorsque les résultats ne sont pas immédiats, lorsqu'il constate des effets indésirables et lorsqu'il ne comprend pas l'intérêt de la thérapie.

	Question 4 : A votre avis, quels sont les points forts de cette thérapie ?
Ergothérapeute n°2 :	Facilité de mise en place ; peu de moyens financiers ; possible auto-rééducation au domicile ; résultats positifs sur la douleur = reprise de confiance ; meilleur moral ; davantage motivé ; adaptable en fonction des demandes et besoins

La thérapie miroir est un moyen facile à mettre en place, adaptable et dont les effets positifs sur la douleur ont des répercussions positives sur l'état psychique de la personne.

	Question 5 : D'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?
Ergothérapeute n°2 :	Créer un lien thérapeutique avec le patient ; à l'écoute du patient ; de l'équipe et de l'entourage ; lui expliquer la thérapie

L'important est de créer une relation thérapeutique fiable et d'être à l'écoute de tous les acteurs de la rééducation.

	Question 6 : Face à une personne souffrant d'un SDRC, comment susciteriez-vous son engagement dans la thérapie miroir en ergothérapie ?
Ergothérapeute n°2 :	Spécificité de l'ergothérapie : objectifs et activités signifiants ; prise en compte globale de la personne ; faire le lien avec le quotidien ; respecter et écouter ses besoins et ses attentes ; expliquer l'intérêt et le déroulement ; objectiver l'amélioration par des bilans

L'ergothérapeute n°2 susciterait l'engagement du patient SDRC en mettant en place des activités signifiantes pour la personne dans son quotidien.

Enfin, la dernière ergothérapeute a été diplômée en 2009. Depuis, elle travaille dans un centre de médecine physique et de réadaptation. La population accueillie est essentiellement des personnes souffrant de troubles neurologiques, traumatiques ou orthopédiques. Les personnes SDRC sont essentiellement des SDRC de type 1 en phase chronique.

	Question 1 : D'après vous, comment le patient souffrant d'un SDRC aborde-t-il la rééducation?
Ergothérapeute n°3 :	Patients douloureux ; demande principale = soulager ; en difficulté et dépendance dans les AVQ ; échec des rééducations précédentes ; dernière chance ; motivés mais effrayés par la mobilisation du membre douloureux ; cercle

	vicieux douleurs-inactivité ; possible exclusion de membre
--	--

La demande principale de la personne est le soulagement de ses douleurs afin de sortir de cette inactivité et de ses difficultés au quotidien.

	Question 2 : Pouvez-vous développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces patients ? Pouvez-vous m'en dire plus sur la thérapie miroir ?
Ergothérapeute n°3 :	Bains écossais ; gants compressifs ; thérapie miroir : discussion en équipe ; proposition au patient ; expliquer à la personne ; soulagement de la douleur sur plus long terme ; exercices progressifs

Plusieurs moyens sont mis en place. La thérapie miroir a l'avantage d'avoir un effet sur la douleur durable dans le temps.

	Question 3 : Percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à ce moyen de rééducation ? lesquelles et pourquoi ?
Ergothérapeute n°3 :	Découragement car résultats non immédiats = moins d'investissement ; thérapie miroir étrange pour eux ; non compréhension de la thérapie ; n'y voient pas d'intérêt ; difficultés pour l'auto-rééducation car besoin de calme ;

Les patients découragés montre moins d'investissement dans la thérapie, d'autant plus s'ils n'en comprennent pas l'intérêt et s'ils éprouvent des difficultés pour se concentrer.

	Question 4 : A votre avis, quels sont les points forts de cette thérapie ?
Ergothérapeute n°3 :	Diminution douleurs = bien-être ; récupération motrice ; auto-rééducation au domicile ; patient acteur de sa rééducation, gain

	d'autonomie/indépendance = reconnaissance des autres et diminution isolement social → éléments motivants pour la personne pour poursuivre
--	--

Les effets de cette thérapie sur la douleur et la récupération motrice impliquent de nombreux changements dans la vie quotidienne de la personne contribuant à alimenter sa motivation pour poursuivre cette thérapie.

	Question 5 : D'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?
Ergothérapeute n°3 :	Expliquer ; rassurer ; écouter ; être sincère avec lui ; le laisser acteur de ses séances ; revaloriser

Instaurer un climat de confiance et sécurisant pour la personne et la rendre actrice de ses choix et de sa rééducation sont des éléments importants chez un thérapeute.

	Question 6 : Face à une personne souffrant d'un SDRC, comment susciteriez-vous son engagement dans la thérapie miroir en ergothérapie ?
Ergothérapeute n°3 :	L'impliquer dans sa rééducation = acteur, donner des explications claires ; faire le parallèle avec le quotidien = objet ; tenir compte de ses intérêts, habitudes de vie, demandes et attentes ; activités signifiantes ; objectiver la récupération ; être à son écoute ; rassurer ; revaloriser

L'impliquer dans sa rééducation, lui donner des explications claires et faire le lien avec son quotidien sont trois éléments importants permettant de susciter l'engagement de la personne dans cette thérapie.

3.2.2. Analyse transversale :

❖ **Question 1 : D'après vous, comment le patient souffrant d'un SDRC aborde la rééducation ?**

Les trois ergothérapeutes s'entendent sur le fait que les patients arrivent en phase chronique de la maladie après avoir suivi plusieurs séjours de rééducation se traduisant par une absence d'amélioration des troubles, et notamment sur les signes douloureux très présents. L'ergothérapeute n°1 et n°2 rajoutent que cette dernière composante enferme la personne dans un cercle vicieux de la douleur et de l'inactivité. En effet, la douleur favorise la diminution progressive de l'activité de la personne jusqu'à son entrée dans l'inactivité totale. Cette inactivité participe au renforcement de l'exclusion du membre et/ou des raideurs articulaires et donc à l'augmentation des douleurs. Ainsi, la personne se retrouve gênée dans son quotidien et dans la réalisation de ses AVQ induisant selon l'ergothérapeute n°1 un certain isolement social. Toutes les trois sont d'accord pour dire que les personnes souffrant d'un SDRC sont souvent susceptibles d'être fragiles psychologiquement. Les deux premières expliquent cette fragilité par la chronicisation de la douleur, mais aussi par la dépendance dans les AVQ ainsi que par l'échec des rééducations précédentes et l'absence d'évolution. Ces personnes abordent donc cette rééducation en la considérant comme leur dernière chance d'accéder à une récupération complète, elles sont donc très motivées, volontaires et prêtes à tout essayer. Cependant, certaines font preuve d'une certaine résignation due à cette succession d'échecs et à la peur d'augmenter la douleur déjà très présente.

❖ **Question 2 : Pouvez-vous développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces patients ? Pouvez-vous m'en dire plus sur la thérapie miroir ?**

L'ergothérapeute n°1 utilise différents bilans afin de déterminer des objectifs avec la personne et de mettre en place différents moyens de rééducation adaptés à elle. Elle peut proposer des exercices de mobilisation active, de sensibilité mais aussi différentes mises en situation en lien avec le quotidien et signifiantes pour la personne. L'ergothérapeute n°2 quant à elle utilise des évaluations précises afin d'établir avec la personne des objectifs de prise en charge et les moyens adaptés à la personne et à la phase dans laquelle elle se trouve. Elle va ensuite reprendre le MCRO avec le patient afin de les prioriser. Elle met en place des bains écossais, mais aussi des gants compressifs visant à réduire l'œdème. Elle peut également proposer des appareillages spécifiques en cas d'impotence fonctionnelle ou encore des mises en situation correspondant aux habitudes de vie de la personne. En termes de réadaptation et en fonction des difficultés que rencontre la personne dans ses AVQ, elle peut suggérer certains aménagements de l'environnement et certaines aides techniques.

L'ergothérapeute n°3 peut mettre en place des bains écossais, des gants compressifs ou des séances de thérapie miroir.

Les trois ergothérapeutes utilisent la thérapie miroir auprès des personnes souffrant d'un SDRC. Les ergothérapeutes n°1 et n°2 la mettent en place suite à une prescription médicale ou lorsqu'elles considèrent que le potentiel thérapeutique de l'activité correspond aux besoins et aux attentes de la personne. L'ergothérapeute n°3 quant à elle la propose au patient suite en une discussion en équipe, ce qui sous-entend également qu'ils ont pris en compte les besoins et attentes de la personne. L'ensemble des ergothérapeutes est d'accord sur le fait que cela ne reste qu'une proposition que le patient est libre d'accepter ou non. Pour l'ergothérapeute n°1 l'objectif serait de réduire la douleur, l'exclusion du membre et d'améliorer sa mobilité. Pour l'ergothérapeute n°2, l'objectif est de « de modifier la représentation du membre douloureux et de voir l'influence sur la douleur ». Enfin, pour l'ergothérapeute n°3 l'objectif de cette thérapie est d'apporter à la personne un soulagement de la douleur sur un plus long terme que les bains écossais. Afin de bien amener la séance, les trois ergothérapeutes soulignent l'importance de bien expliquer l'intérêt de cette thérapie ainsi que son déroulement. L'ergothérapeute n°1 insiste sur le fait de bien prendre en compte la personne, son moral, sa motivation ainsi que sa fatigue avant de la lui proposer. Elle part du principe qu'elle explique à la personne mais ensuite c'est la personne qui régule les séances selon son ressenti et sa motivation, elle lui laisse la liberté de choisir et d'être acteur de sa thérapie. De la même manière l'ergothérapeute n°2 adapte cette thérapie à chacun en fonction de ses besoins. Toutes les trois proposent des exercices progressifs et quotidiens. Elles débutent par des exercices analytiques puis poursuivent sur des exercices plus fonctionnels en introduisant notamment l'objet.

❖ **Question 3 : Percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à ce moyen de rééducation ? Lesquelles et pourquoi ?**

Les trois ergothérapeutes sont d'accord sur certaines difficultés qu'elles rencontrent pour faire adhérer le patient à la thérapie miroir. Parmi elles, toutes les trois abordent la non compréhension de la thérapie et le fait que le patient ne voit pas d'intérêt à cette thérapie. L'ergothérapeute n°1 et n°2 évoquent quant à elles les possibles effets inverses de la thérapie miroir et notamment l'augmentation de la douleur qui peut décourager les personnes. L'ergothérapeute n°2 et n°3 parlent des difficultés pour les patients d'accepter que les résultats ne soient pas immédiats, dans ces cas-là il est difficile de garantir leur motivation, ils se découragent plus facilement et s'investissent donc moins dans la thérapie. L'ergothérapeute n°2 rajoute le temps de prise en charge qui est relativement long et qui contribue d'autant plus à ce découragement. L'ergothérapeute n°1 exclut les séances de thérapie miroir si la personne a des troubles cognitifs puisque cela pourrait entraver sa compréhension de la

thérapie et donc sa motivation. Elle rencontre une autre difficulté lorsque les personnes sont focalisées sur leur crainte de ne jamais voir d'amélioration, ainsi cela perturbe sa concentration et son investissement dans la thérapie. Enfin l'ergothérapeute n° 3 décrit les difficultés de certaines personnes à réaliser la thérapie miroir en auto-rééducation à leur domicile. En effet, cela nécessite une concentration importante et donc un environnement calme qu'ils ont parfois du mal à se créer, cela peut également entraver leur adhésion à cette thérapie.

❖ **Question 4 : A votre avis, quels sont les points forts de cette thérapie ?**

Les ergothérapeutes évoquent plusieurs points forts dans cette thérapie. Tout d'abord elles abordent la diminution des douleurs qui alimente de façon positive la motivation des personnes. Selon les deux premières ergothérapeutes, cela permet aux personnes de se sentir mieux, de reprendre confiance en elles et en la rééducation, et donc d'avoir un meilleur moral. Les ergothérapeutes n°1 et n°3 décrivent les résultats positifs de la thérapie miroir comme un élément permettant à la personne de pouvoir sortir du cercle vicieux de la douleur et de l'inactivité dans lesquels elle s'était inscrite. L'ergothérapeute n°3 rajoute que ce gain d'autonomie et d'indépendance permet à la personne de se sentir reconnue par les autres et de rompre progressivement son isolement social. Ainsi, cela incite la personne à poursuivre cette thérapie et à être davantage motivée. En plus des diminutions de la douleur, l'ergothérapeute n°1 rajoute la récupération motrice et la diminution de l'exclusion de membre. Selon elle, cela favorise une amélioration de leur état psychologique. L'ergothérapeute n°2 attribue plusieurs autres points positifs à cette thérapie qui sont la facilité de mise en place de cette thérapie nécessitant peu de moyens financiers mais aussi la possibilité de l'utiliser en auto-rééducation au domicile ainsi que de l'adapter en fonction des demandes et des besoins. Enfin, l'ergothérapeute n°3 complète ces points forts par la possibilité de rendre la patient acteur de sa rééducation grâce à l'auto-rééducation.

❖ **Question 5 : D'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?**

Les trois ergothérapeutes mettent en avant l'importance de créer une relation thérapeutique fiable en étant présent pour la personne en la rassurant et la revalorisant lorsque cela est nécessaire, en étant à son écoute et en créant un climat sécurisant. Elles rajoutent la nécessité de bien lui expliquer l'intérêt et le déroulement des séances de thérapie miroir. L'ergothérapeute n°2 rajoute que l'écoute doit aussi porter sur l'entourage de la personne et l'équipe pluridisciplinaire. Selon les ergothérapeutes n°1 et n°3 il est nécessaire de la rendre actrice de sa rééducation et de l'accompagner, la guider dans cette dernière et être sincère avec elle.

❖ **Question 6 : Face à une personne souffrant d'un SDRC, comment susciteriez-vous son engagement dans la thérapie miroir en ergothérapie ?**

Les trois ergothérapeutes s'entendent sur l'importance de créer une relation thérapeutique avec la personne en lui apportant les explications nécessaires à sa compréhension de la thérapie mais aussi en restant à son écoute, en étant présent pour elle et en la rassurant et la revalorisant si besoin. Une autre chose est primordiale pour elles, c'est de faire lien avec le quotidien de la personne pour qu'elle se reconnaisse dans ce qu'elle fait et qu'elle y voit un intérêt. L'ergothérapeute n°1 et n°3 évoquent l'importance de prendre en compte la personne dans sa globalité c'est-à-dire ses besoins, ses attentes, ses demandes ainsi que ses habitudes de vie. Pour cela, elles mettent en place des activités signifiantes pour la personne, qui correspondent à ses intérêts. Elles ont pour habitude également d'objectiver l'amélioration des capacités de la personne à l'aide de bilans afin qu'elle constate les effets de la thérapie, qu'elle en comprenne l'intérêt et qu'elle poursuive son investissement dans les séances.

3.3.DISCUSSION :

L'analyse de ces résultats me permet d'établir un lien avec les références citées précédemment dans ma problématique pratique et théorique.

3.3.1. Analyse en lien avec ma problématique pratique

Au cours des différents entretiens que j'ai pu mener, les ergothérapeutes ont évoqué plusieurs éléments en lien avec ma problématique pratique.

Tout d'abord, elles étaient toutes les trois d'accord pour dire que, comme le mentionnait Mc Cabe, la motivation et l'engagement de la personne dans la thérapie miroir étaient des éléments essentiels pour que cette dernière soit la plus efficace possible. De plus, Mc Cabe soulignait également l'importance de rendre la personne actrice de sa rééducation dans la thérapie miroir, ce que les trois ergothérapeutes ont bien retransmis dans leur discours et qu'elles réalisent de différentes manières.

Dans ma problématique pratique, j'abordais également les effets de la thérapie miroir sur le plan de la douleur, de la mobilité et de la représentation du schéma corporel. Tous ces éléments ont été repris par les ergothérapeutes au cours des entretiens. Néanmoins certaines études rapportaient que la thérapie s'avérait peu efficace auprès des personnes souffrant d'un SDRC en phase chronique. Les ergothérapeutes que j'ai interrogées, quant à elles, utilisaient toutes cette thérapie avec des SDRC chroniques et relataient des résultats positifs, ce qui va donc à l'encontre des études précédentes.

Ensuite, dans sa lettre à l'institut UPSA le Dr Attal N. définissait les troubles psychologiques comme des conséquences potentielles du SDRC mais non comme une cause. Le discours des ergothérapeutes fait bien ressortir cette composante de la pathologie. En effet, elles expliquent ces troubles par la présence de douleurs, de limitations articulaires et fonctionnelles et donc par l'impotence fonctionnelle entraînant une restriction de participation et une limitation d'activité au quotidien. La dépendance dans les AVQ, la chronicisation et les douleurs occasionnées par cette pathologie sont des facteurs participant à l'apparition de ces troubles psychiques et psychologiques.

Les répercussions de la douleur sur la sphère psychologique, sociale et sur l'indépendance dans les AVQ abordées dans ma problématique pratique ont bien été reprises par les ergothérapeutes. En effet, elles évoquent, pour certaines, l'entrée de la personne dans un cercle vicieux de la douleur qui va les contraindre à réduire leurs activités. Ceci aura pour conséquence une augmentation de la douleur due à l'évolution des raideurs articulaires, mais aussi une modification des habitudes de vie du fait de la dépendance croissante qui se met en place, et par conséquent un isolement social.

Enfin, dans ma problématique pratique j'évoque le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge de la douleur. Un rôle que les ergothérapeutes ont bien entendu confirmé. En effet, certaines m'ont expliqué ce qu'elles mettaient en place. Tout d'abord elles commencent par rencontrer la personne et lui faire passer différents bilans de sensibilité, moteurs, etc. Ensuite, elles établissent avec la personne des objectifs thérapeutiques et déterminent des moyens d'intervention appropriés en fonction de ses besoins et de ses attentes.

3.3.2. Analyse en lien avec ma problématique théorique

3.3.2.1. Modèle de l'occupation humaine

Comme évoqué précédemment, ce modèle permet aux ergothérapeutes d'évaluer l'importance de l'engagement de la personne dans une activité. Pour cela, la personne doit être prise en compte dans sa globalité, c'est-à-dire en tenant compte de sa volition, de son environnement et de ses rôles et habitudes de vie. Chacune des ergothérapeutes que j'ai interrogée rapporte tenir compte de tous ces éléments en réalisant différents bilans pour déterminer les besoins, les demandes, les attentes des personnes ainsi que leurs habitudes de vie mais également les dysfonctionnements existants entre l'environnement et la personne. Cela leur permet d'élaborer, en collaboration avec elles, des objectifs thérapeutiques et de les accompagner dans leur processus de changement, comme le définit le MOH, à l'aide d'activités adaptées. Cette prise en compte de la personne suppose également que l'ergothérapeute évalue comment la personne aborde la rééducation et quelles sont ses particularités. Ces composantes déterminent l'Être et permettent au thérapeute de comprendre

comment fonctionne la personne dans ses occupations. Les ergothérapeutes présentent les patients comme des personnes se considérant en échec sur plusieurs points. En effet, de manière générale, elles arrivent dans le centre de rééducation en phase chronique et ont dû faire face à une succession d'échecs auparavant. L'ensemble de ces éléments correspond aux déterminants personnels des patients faisant partie de leur volition. Il représente la manière dont ils perçoivent leurs capacités. De plus, ils se retrouvent aussi en difficulté dans leur quotidien, et dans la réalisation de leur AVQ. Ils sont souvent dans une situation de dépendance où ils s'enferment dans le cercle vicieux de la douleur. Ici, les ergothérapeutes font référence à l'habitude des patients puisque leurs habitudes de vie et leurs routines sont bouleversées et impactent donc sur leurs rôles sociaux. Progressivement, cette dépendance les conduit vers un isolement social, ils ne se sentent plus reconnus ni intégrés. En effet, les limitations articulaires et fonctionnelles ainsi que les douleurs qu'ils rapportent vont significativement modifier leurs capacités de rendement. Face à cette situation, les réactions sont différentes, certains font preuve d'une très grande motivation et estiment que c'est leur dernière chance pour s'en sortir et veulent s'en donner les moyens. D'autres au contraire sont plutôt résignés et focalisés sur leurs échecs passés et sur la crainte de voir augmenter leurs douleurs. Nous constatons donc que les trois sphères composant l'Être ; la volition, l'habitude et les capacités de rendement ; sont impactées du fait de la situation de handicap de la personne. Afin de palier à cela et d'accompagner les patients dans ce processus de changement les ergothérapeutes vont mettre en place des activités signifiantes pour eux, en lien avec leurs AVQ et qui respectent leurs habitudes de vie et leurs valeurs afin qu'ils puissent se reconnaître et comprendre l'intérêt de la rééducation. En tenant compte de sa volition, de son habitude et du ressenti de la personne sur le plan objectif et subjectif, les ergothérapeutes favorisent l'amélioration de leurs capacités de rendement. De plus, en créant un environnement favorable, c'est-à-dire sécurisant, dans lequel ils peuvent s'exprimer et se concentrer, l'ergothérapeute va pouvoir stimuler la participation occupationnelle et le rendement de ces derniers. Ils s'investiront davantage dans l'activité s'ils reconnaissent qu'elle peut leur procurer un certain bien-être. Dans ce cas, le bien-être apporté par la thérapie miroir se traduit dans un premier temps par la diminution des douleurs mais aussi le gain d'indépendance dans les AVQ et donc la reprise d'activités socialement reconnues. Le rendement attendu sera obtenu en leur présentant l'activité comme étant orientée vers un but. C'est ce vers quoi tendent les ergothérapeutes en introduisant l'objet lors des séances de thérapie miroir. Le but sera donc de faire le parallèle avec les AVQ afin qu'ils puissent par la suite transférer leurs acquis dans leur quotidien.

Nous pouvons donc constater, comme le définit le MOH, que la motivation de la personne influe de manière significative sur son rendement et sa participation dans l'activité. Ainsi, il sera du

rôle de l'ergothérapeute de créer un environnement favorable et de tenir compte de la personne dans sa globalité ; ses valeurs, ses demandes, ses besoins, sa motivation et ses habiletés ; afin de favoriser son investissement dans l'activité, la prise de conscience de ses capacités et de son identité personnelle. Cependant, cette intervention ne peut se faire seule et nécessite une collaboration entre le thérapeute et la personne afin que cette dernière s'implique activement dans la démarche thérapeutique. C'est ce à quoi aspirent les ergothérapeutes en laissant la personne actrice de sa rééducation et en la prenant en compte dans sa globalité. L'ensemble permet au patient de s'impliquer activement dans sa thérapie et d'atteindre un certain niveau de rendement occupationnel.

3.3.2.2. La théorie de l'autodétermination :

La motivation, les conditions environnementales ainsi que le contexte social sont des éléments essentiels dans l'engagement d'une personne dans une activité. Les ergothérapeutes interrogées rapportent plusieurs difficultés pour faire adhérer la personne à la thérapie miroir. La première qu'elles évoquent est la non-compréhension de la thérapie, la personne n'en comprend pas l'intérêt et les bénéfices qu'elle peut en retirer. Cela peut être dû aux possibles effets inverses induits par cette thérapie mais aussi aux temps de latence existants avant de pouvoir constater des améliorations, les résultats n'étant pas immédiats. Certains estiment que le temps de séjour est trop long et sont focalisés sur leur non-récupération. Ainsi, ils ne parviennent pas à se concentrer sur leur thérapie. Ces personnes sont considérées comme amotivées comme le définit la théorie de l'intégration organismique. Selon la théorie des orientations de causalités, l'orientation de cette motivation sera plutôt d'ordre impersonnel, puisque la personne considère que ce sont les facteurs externes qui contrôlent les résultats. Afin de palier à cela, les ergothérapeutes partent du principe qu'il ne faut pas leur imposer cette thérapie, cela doit rester une proposition soumise à l'accord de la personne. De plus, lorsque le patient a participé à plusieurs séances de thérapie miroir et ne pense en retirer aucun bénéfice, l'ergothérapeute peut lui proposer différents bilans afin d'objectiver les améliorations et démontrer à la personne que cette thérapie peut avoir un intérêt pour elle. La compréhension de l'intérêt de la thérapie passe également par des explications claires de la part du thérapeute.

D'autres personnes se situent plus dans une motivation avec une régulation introjectée, c'est-à-dire qu'elles veulent s'épargner un sentiment de culpabilité du fait de ne pas avoir tout mis en œuvre pour se soigner. En effet, selon les ergothérapeutes certains patients considèrent leur arrivée en centre de rééducation comme leur dernière chance pour récupérer un maximum de leurs capacités. Ils souhaitent donc s'investir pleinement dans la thérapie.

Certains patients estiment que les bénéfices qu'ils peuvent retirer de la thérapie miroir sont valables pour eux, sont un enjeu important. En effet, les ergothérapeutes évoquent une diminution

importante de la douleur conduisant la personne à reprendre confiance en elle et en la rééducation, et à avoir un meilleur état psychique. De plus, elles mettent en avant l'importance de rendre la personne actrice de sa rééducation en la laissant libre de l'accepter ou non, en lui laissant le choix des exercices ou en lui proposant des séances d'auto-rééducation au domicile. De ce fait, la personne va considérer non seulement que les bénéfices de la thérapie sont valables pour elle mais aussi qu'elle est à l'origine de son action et de ses choix. Elle s'inscrit donc dans une motivation à régulation identifiée. Ces éléments vont pouvoir l'inciter à poursuivre sa rééducation et notamment la thérapie miroir.

Ensuite, certains patients font preuve d'une motivation plus autodéterminée et donc plus durable dans le temps : la motivation à régulation intégrée. Dans cette situation, la personne perçoit le comportement comme important pour elle, mais aussi en adéquation avec ses valeurs et son identité. En effet, la possibilité donnée par cette thérapie de sortir de ce cercle vicieux et de pouvoir gagner en autonomie est primordiale pour elle. Cela signifie qu'elle va pouvoir retrouver ses rôles sociaux et habitudes de vie antérieures, et donc être reconnue socialement. Le rôle de l'ergothérapeute sera donc ici aussi de mettre en place des activités adaptées à ses besoins et ses demandes, et de valoriser la personne. Cela se fait, comme l'ont abordé précédemment les ergothérapeutes, au travers de la mise en place d'activités significatives et en lien avec les AVQ de la personne.

Comme nous avons pu le voir dans l'analyse transversale, certains patients réalisent l'activité pour le plaisir et la satisfaction qu'ils retirent de tous les bénéfices mentionnés précédemment. La motivation est donc d'ordre intrinsèque et sera d'autant plus stimulée par les encouragements et les commentaires positifs des ergothérapeutes. Le feedback positif des ergothérapeutes et la satisfaction des trois besoins fondamentaux font penser, selon la théorie des orientations de causalités, qu'ils se trouvent dans une orientation autonome de la motivation. Le besoin de compétence sera comblé grâce à l'amélioration de la fonction motrice de leur membre, la diminution des douleurs, et les bénéfices qui en découlent concernant leur indépendance dans les AVQ. Cette indépendance dans les AVQ participera à la rupture de l'isolement social mis en place auparavant et à la reprise de leurs rôles sociaux antérieurs. Ainsi, ils pourront se sentir socialement reconnus, leur besoin de proximité sociale sera alors comblé. Enfin, l'ergothérapeute, en les laissant acteurs de leur rééducation, permettra à ces patients de se sentir à l'origine de leurs comportements et de satisfaire leurs besoin d'autonomie.

Enfin, la théorie du contenu des buts explique que selon le but de l'activité cette dernière induira un bien-être ou un mal-être chez les personnes qui influera de manière positive ou négative sur leur motivation. En effet, plus le but sera d'origine intrinsèque, c'est-à-dire que l'activité correspond aux valeurs de la personne et satisfait la majorité de ses besoins fondamentaux, plus cela lui apportera

un bien-être. A l'inverse, plus le but sera d'origine extrinsèque, c'est-à-dire que l'activité ne comble pas les besoins fondamentaux et répond davantage à une pression externe, alors plus cela conduira la personne vers un certain mal-être. Cela sera donc un frein à la motivation et à l'implication de la personne. Nous pouvons donc rapprocher ceci à la pratique des trois ergothérapeutes qui tentent de rendre le patient acteur de sa thérapie en lui laissant le choix de certains exercices en mettant en place des activités signifiantes ou en lui proposant un programme d'auto-rééducation à domicile par exemple. De plus, elles veillent à toujours à recueillir leur consentement avant de mettre en place cette thérapie, cela repose sur la proposition et l'explication claire de cette dernière. Finalement, les objectifs de cette thérapie sont de réduire les sensations douloureuses et d'améliorer les capacités motrices qui favoriseront donc la satisfaction des trois besoins fondamentaux comme nous l'avons vu précédemment.

En proposant des activités signifiantes au travers de la thérapie miroir, en mettant en place un feedback positif sur les capacités du patient et en lui expliquant clairement l'intérêt de cette thérapie l'ergothérapeute va susciter sa motivation et donc favoriser son engagement. Ces différents éléments permettent que le patient tende vers une motivation plus autodéterminée, où il va considérer qu'il est à l'origine de ses choix.

3.3.2.3. Approche centrée sur la personne

Au cours de mes différents entretiens les ergothérapeutes accordaient une attention particulière à créer un lien thérapeutique avec la personne. Tout au long des séances, elles disent être à l'écoute de la personne, de ses attentes, de ses demandes et questionnements. En effet, lorsque le patient évoque des douleurs, de la fatigue, un faible moral alors elles ne vont pas mettre en place la séance de thérapie miroir ou alors réduire le temps de la séance. Elles adapteront en fonction de la personne. Si cela s'avère nécessaire, elles le rassurent et le revalorisent. Ce processus de réassurance passe parfois par l'objectivation des améliorations à l'aide de bilans afin que la personne constate qu'elle a réellement progressé, mais aussi en lui donnant des explications claires sur la thérapie, les objectifs sous-jacents et les possibles bénéfiques. Elles s'accordent pour dire qu'il est important d'être sincère avec la personne, de lui dire les possibles bénéfiques qu'elle peut en retirer, mais aussi de l'informer de l'éventualité que cela ne fonctionne pas. Tous ces éléments permettent aux ergothérapeutes d'établir un climat de confiance et sécurisant pour la personne. Cela est possible grâce aux trois aspects cités précédemment par Rogers. Tout d'abord l'authenticité du thérapeute, ici les ergothérapeutes accordent de l'importance à être sincères avec la personne et à lui transmettre toutes les informations nécessaires à sa compréhension. Ensuite, le regard positif inconditionnel, c'est-à-dire que les ergothérapeutes valorisent et encouragent les personnes et croient en leurs

capacités de changement et de récupération. Enfin, la compréhension empathique dans laquelle elles s'inscrivent tout au long des séances lorsque le patient fait part de ses ressentis.

Dans ces différentes situations, les ergothérapeutes se situent donc dans une approche centrée sur la personne puisqu'elles tiennent compte de la personne elle-même et non uniquement de sa maladie et de ses symptômes. Cela permettra donc aux personnes souffrant d'un SDRC, étant potentiellement dans un état d'angoisse ou de vulnérabilité, de se sentir écoutées et non jugées. Elles auront le sentiment d'être comprises et de pouvoir faire confiance au thérapeute. De cette manière, le processus inné comprenant les capacités d'épanouissement et le potentiel d'évolution pourra être relancé.

3.3.3. Réponse à ma question de recherche

Dans les parties précédentes nous avons donc pu constater que l'ergothérapeute avait un rôle important dans l'engagement de la personne souffrant d'un SDRC dans la thérapie miroir.

De manière générale, afin de susciter cet engagement l'ergothérapeute devra prendre en compte la personne dans sa globalité et donc tenir compte de sa volition, son habitude et ses capacités de rendement pour lui proposer une activité significative correspondant à ses besoins, ses attentes, ses valeurs et habitudes de vie. Ainsi elle pourra permettre la participation active de la personne dans sa rééducation et l'amélioration de ses capacités de rendement tout en la laissant actrice de sa thérapie. L'ergothérapeute sera donc là pour accompagner la personne dans son processus d'autonomisation et d'indépendance en lui permettant de faire le lien avec les AVQ et en transférant ses acquis dans ces derniers.

De plus, l'ergothérapeute devra mettre en place différentes stratégies afin de susciter une motivation la plus autodéterminée possible chez le patient et donc l'engagement de la personne dans sa thérapie. Dans l'idéal, cette motivation devrait être intrinsèque c'est-à-dire procurer du plaisir à la personne, lui permettre de voir qu'elle est à l'origine de ses choix et combler les trois besoins fondamentaux. Il sera donc important, ici aussi, que l'ergothérapeute adapte l'activité à la personne et à ses attentes afin qu'un maximum de ces critères soient remplis pour d'atteindre un bon niveau de motivation. Elle pourra stimuler cette dernière par un feedback positif, c'est-à-dire par des encouragements, des commentaires positifs, etc.

Finalement, il est primordial que l'ergothérapeute instaure une relation thérapeutique de confiance et sécurisante pour la personne afin de faciliter l'expression de ses besoins, ressentis, etc. Cela passe par l'écoute active de la personne, l'empathie, la réassurance, la revalorisation et surtout l'information claire sur la thérapie. Ainsi, la personne se sentira en confiance et comprise, et pourra donc amorcer son processus de changement et d'épanouissement.

3.3.4. Analyse réflexive

3.3.4.1. Limites et critiques de mon étude

Suite à l'élaboration de ce travail, j'ai pu mettre en évidence certaines limites de mon étude.

Tout d'abord, interroger des patients et non uniquement des ergothérapeutes m'aurait permis d'avoir une vision plus globale de ce que pouvait proposer l'ergothérapeute et d'avoir un autre point de vue sur l'efficacité des moyens mis en place et le rôle de l'ergothérapeute dans l'émergence ou non de la motivation du patient. En effet, le patient aurait pu me communiquer son ressenti et les réelles raisons de ses motivations et de son engagement dans la thérapie.

De plus, au cours de mes entretiens, certains ergothérapeutes n'ont pas compris le sens de mes questions ou pensaient y avoir déjà répondu auparavant, j'aurai donc dû les travailler davantage afin qu'elles soient compréhensibles de tous, plus ciblées et qu'elles m'apportent peut-être plus de précisions en lien avec mon sujet. De plus, tous mes entretiens n'ont pas été réalisés en face à face. En effet, deux d'entre eux, de par la distance géographique, se sont déroulés par téléphone. Ceci modifie de manière significative la dynamique de l'échange puisque lorsque nous sommes en face à face, la communication non verbale nous procure différents renseignements, tels que le temps de réflexion, que nous n'avons pas forcément dans un contact téléphonique. Cela peut amener à couper la parole à l'interlocuteur, l'interrompre dans le cours de sa pensée et lui faire perdre les idées qu'il souhaitait évoquer.

Enfin, j'ai fait le choix d'une méthode qualitative fondée sur l'entretien avec trois ergothérapeutes. Les résultats restent donc contestables et non généralisables puisque les entretiens ne reposent que sur l'expérience des trois ergothérapeutes et que ces dernières ne peuvent pas être représentatives de toute la population d'ergothérapeutes utilisant la thérapie miroir auprès des personnes souffrant d'un SDRC. En effet, nous pouvons penser qu'en interrogeant d'autres ergothérapeutes, d'autres réponses aux questions auraient pu être apportées. De plus, les ergothérapeutes que j'ai interrogées étaient diplômées depuis trois ou sept ans et n'ont pas bénéficié de formation particulière sur la thérapie miroir. Leur pratique est peut-être donc différente de celle d'autres ergothérapeutes diplômés depuis plus longtemps et ayant donc plus d'expérience, ou que d'ergothérapeutes ayant suivi une formation.

Pendant, le choix de l'entretien semi-directif a permis aux différentes ergothérapeutes de pouvoir s'exprimer librement sur le sujet tout en restant dans le cadre de l'étude. Le choix de cette méthode appliquée clinique me semblait plus judicieux puisque l'utilisation de la thérapie miroir auprès des personnes souffrant d'un SDRC est relativement récente et peu connue.

Enfin, bien qu'ayant eu des difficultés dans l'élaboration de mes matrices théoriques en amont, cela m'a été d'une grande aide par la suite pour réaliser l'analyse théorique de mes entretiens.

3.3.4.2. Apports personnels

Au-delà de son utilité dans l'obtention du diplôme d'état, l'élaboration de ce travail de fin d'étude m'a permis de me former à la méthodologie de recherche. Grâce à la rédaction de ma problématique pratique j'ai pu approfondir mes connaissances sur la pathologie notamment sur les différents types de SDRC existants mais aussi sur l'ensemble des stratégies thérapeutiques médicamenteuses ou non. J'ai également pris conscience des répercussions que ce trouble, notamment la douleur, pouvait avoir sur les sphères psychologiques et physiques de la personne, ainsi que de leur retentissement sur sa vie quotidienne et sociale. Par la suite, j'ai pu constater que la thérapie miroir avait un champ d'action très large puisqu'elle peut être utilisée auprès de différentes populations souffrant de divers troubles. Ces recherches m'ont également renseignée sur tous les mécanismes sous-jacents à cette dernière favorisant ainsi ma compréhension des effets de celle-ci dans les différentes pathologies. Enfin, cela m'a permis de comprendre l'intérêt de l'utilisation de cette thérapie dans le cas des SDRC utilisée pour réduire les douleurs, améliorer les fonctions motrices et la représentation du schéma corporel pouvant être perturbé dans certains cas.

De même, l'élaboration de ma problématique théorique m'a permis d'approfondir certains points. Tout d'abord, malgré les cours qui nous ont été dispensés au sein de l'institut universitaire de formation en ergothérapie, j'ai pu davantage comprendre les modèles conceptuels ainsi que leur utilité dans la pratique ergothérapique. J'ai notamment pu développer le modèle de l'occupation humaine détaillant une approche centrée sur la personne qui me semble essentielle dans notre profession. De plus, je me suis aperçue des différentes facettes de la motivation et de son importance dans la thérapie miroir ainsi que du rôle de l'ergothérapeute. Enfin, en complément du MOH, j'ai pu développer la théorie de l'approche centrée sur la personne et prendre conscience de l'intérêt de la création relation thérapeutique sécurisante pour la personne et fondée sur la compréhension empathique et la sincérité.

La réalisation du mémoire et l'application de cette méthodologie m'ont donc permis de m'initier à une démarche de recherche et me permettront en tant que future ergothérapeute de mettre en place une analyse critique de ma pratique professionnelle et donc d'acquérir une certaine autonomie professionnelle afin de pouvoir répondre à diverses problématiques.

Durant mon étude, j'ai eu l'opportunité de réaliser des entretiens avec différents ergothérapeutes exerçant auprès de personnes souffrant de SDRC, cela m'a permis d'approfondir certaines notions sur cette pathologie.

La réalisation de ce travail de fin d'études débute en fin de deuxième année et se poursuit tout au long de la troisième année. Il n'a donc pas été facile de fournir un travail continu et de gérer le temps tout au long de cette période du fait des stages, des partiels et des cours qui nous étaient dispensés. Mon engagement dans cette démarche m'a offert l'opportunité de perfectionner mes capacités d'organisation et de rigueur ce qui pourra être transposable dans l'exercice de ma future profession.

3.3.4.3. Ouvertures et perspectives

Au terme de ce travail, plusieurs perspectives pourraient être proposées. Tout d'abord, nous savons que le SDRC a des répercussions importantes sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent et sur leur état psychique et psychologique. Il pourrait donc être intéressant de s'intéresser aux répercussions de la thérapie miroir sur leur qualité de vie.

De plus, la thérapie miroir a été introduite pour la première fois en 1995 par Ramachandran, cependant aucun protocole précis n'est retrouvé dans la littérature, il pourrait donc être intéressant d'en établir un pour chaque pathologie où la thérapie miroir est utilisée afin que les professionnels puissent s'y référer.

Ensuite, au cours de mon enquête exploratoire et de mes différents entretiens, je me suis aperçue que peu d'ergothérapeutes étaient formés à cette thérapie puisqu'ils n'avaient jamais entendu parler de formations existant sur ce sujet. Il pourrait donc être judicieux d'en proposer davantage afin que chaque ergothérapeute en connaisse bien toutes les modalités d'utilisation.

De plus, nous avons vu que cette pathologie avait un impact significatif sur la vie quotidienne des patients, qu'en est-il de leur vie professionnelle ? Quel serait le rôle de l'ergothérapeute dans leur réinsertion professionnelle ?

Enfin, avec l'émergence des nouvelles technologies de nouveaux outils concernant l'illusion visuelle font leur apparition. C'est le cas des visiocasques à réalité virtuelle qui permettent, grâce à un avatar de recréer le corps de la personne et d'en modifier les parties que l'on souhaite. Ainsi, si une personne est amputée ou a exclu son membre de son schéma corporel, on peut le lui rendre actif sur son avatar. Lorsque la personne regarde dans le visiocasque, elle voit son avatar bouger comme si c'était elle. Il pourrait être intéressant d'étudier quels sont les mécanismes d'action de ces nouvelles technologies et si elles peuvent s'apparenter ou être complémentaires à la thérapie miroir.

Conclusion

L'élaboration de ce travail m'a permis de prendre conscience de l'ensemble des répercussions de ce syndrome dans la vie quotidienne des personnes, tant sur la sphère physique que psychologique. Il a également mis en avant les différentes stratégies thérapeutiques mises en place afin de réduire les conséquences de ce trouble et le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge des douleurs. Ainsi, au travers de l'utilisation d'une méthode appliquée clinique fondée sur trois entretiens avec trois ergothérapeutes et d'une analyse qualitative des résultats, j'ai pu répondre à ma question de recherche. J'ai alors pu identifier en quoi l'ergothérapeute pouvait avoir un rôle dans l'engagement des personnes souffrant d'un syndrome douloureux régional complexe dans la thérapie miroir.

Par ailleurs, l'acquisition de ces connaissances, concernant la pathologie du SDRC et sur les moyens de prise en charge notamment sur la thérapie miroir, et le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place de cette thérapie, pourra m'être utile et être transposée dans mon futur professionnel. En effet, la thérapie miroir a un champ d'action relativement large puisqu'elle s'applique à un grand nombre de pathologies. De plus, la connaissance des éléments qui favorisent l'engagement de la personne dans sa thérapie a un réel intérêt dans notre profession qui doit être centrée sur la personne. En effet, l'implication de la personne dans une activité est souvent recherchée en ergothérapie puisqu'elle est le moteur de la thérapie et la clé de son efficacité.

Ce travail de fin d'étude m'a permis d'appréhender les différentes phases de la méthodologie de recherche nécessaires à cette démarche. A travers cela, j'ai pu constater l'intérêt de s'appuyer sur des données probantes ainsi que sur des théories. La réalisation de ce mémoire m'a finalement sensibilisé à l'importance d'avoir une analyse critique et réflexive de sa pratique professionnelle.

Bibliographie :

1. Sionneau V, Bernaudeau C, Thaï N'Guyen M, Lacenaire A. Apport de la thérapie miroir en rééducation chez l'hémiplégique. *Kinésithérapie Rev.* 2011 Oct;11(118):15–9.
2. Masson C. Algodystrophie : syndrome douloureux régional complexe de type I. *EMC - Appa Locomoteur.* 2011 Jan;6(2):1–16.
3. Louville A-B. Le syndrome douloureux régional complexe de type I ou algodystrophie. *Rev Rhum.* 2009 Jun;76(6):556–61.
4. McCabe C. Mirror Visual Feedback Therapy. A Practical Approach. *J Hand Ther.* 2011 Apr;24(2):170–9.
5. Breivik H, Allen SM, Stubhaug A. Mirror-therapy: An important tool in the management of Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). *Scand J Pain.* 2013 Oct;4(4):198–9.
6. Lamont K, Chin M, Kogan M. Mirror Box Therapy – Seeing is Believing. *EXPLORE J Sci Heal.* 2011 Nov;7(6):369–72.
7. Moseley GL. Graded motor imagery for pathologic pain A randomized controlled trial. *Neurology.* 2006;67(12):2129–34.
8. Moseley LG, Gallace A, Spence C. Is mirror therapy all it is cracked up to be? Current evidence and future directions: *Pain.* 2008 Aug;138(1):7–10.
9. Rousseaux M, Moustapha A, Daveluy W, Paquereau J, Kozlowski O. Bases neurophysiologiques de la thérapie par miroir. In: *Imagerie mentale - thérapie en miroir : application en rééducation.* Sauramps médical. France; 2012. p. 17–26. (EMPR).
10. Ramachandran VS, Altschuler EL. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. *Brain.* 2009;132:1693–710.
11. Giraux P, Raffin E. Thérapie miroir et membre fantôme chez l'amputé. In: *Imagerie mentale - thérapie miroir : application en rééducation.* Sauramps médical. France; 2012. p. 107–13. (EMPR).
12. Tordo F, Binkley C. L'auto-empathie, ou le devenir de l'autrui-en-soi : définition et clinique du virtuel. *L'Évolution Psychiatr [Internet].* 2014 May [cited 2015 Nov 21]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001438551400036X>
13. Mathon B. Les neurones miroirs : de l'anatomie aux implications physiopathologiques et thérapeutiques. *Rev Neurol (Paris).* 2013 Apr;169(4):285–90.
14. Vincent B, Wood C. Les syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) de type I et II. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 2008 Feb;9(1):11–20.

15. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol*. 2011;10(7):637–48.
16. Khalfaoui S, Arabi H, Mehdaoui H, Ismaili SA, Jemmouj A, Tricha M, et al. Syndrome douloureux régional complexe type I: actualités de la prise en charge thérapeutique. *Rev Marocaine Rhumatol*. 2014;27:38–47.
17. Muller A. Thérapeutiques « algologiques » des algodystrophies. 2008 Feb 17;4(2):71–9.
18. Albazaz R, Wong YT, Homer-Vanniasinkam S. Le syndrome douloureux régional complexe. *Ann Chir Vasc*. 2008 Mar;22(2):322–32.
19. Harden RN, Bruehl S, Galer BS, Saltz S, Bertram M, Backonja M, et al. Complex regional pain syndrome: are the IASP diagnostic criteria valid and sufficiently comprehensive? *PAIN*. 1999 Nov 1;83(2):211–9.
20. Péliissier J, Viel E, Chauvineau V, Ricard C, Romain M, Hérisson C. Algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type I. *Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt - Artic Arch*. 2003;1–12.
21. Codine P, Herisson C. Place de la thérapie en miroir dans la prise en charge des syndromes douloureux régionaux complexes. In: *Imagerie mentale - thérapie miroir : application en rééducation*. Sauramps médical. France; 2012. p. 115–23. (EMPR).
22. Warambourg C. Place de la thérapie en miroir et de la plasticité cérébrale dans la prise en charge du SDRC de type I. *Chir Main*. 2013 Dec;32(6):488.
23. McCabe CS. A controlled pilot study of the utility of mirror visual feedback in the treatment of complex regional pain syndrome (type 1). *Rheumatology*. 2002 Jan 1;42(1):97–101.
24. Defontaine-Catteau M-C, Bera-Louville A. Syndrome douloureux régional complexe : de la psychologie à la psychopathologie. *Lett Médecine Phys Réadapt*. 2012 Jan 5;28(2):105–9.
25. Attal N. L'algodystrophie : le syndrome douloureux toujours aussi complexe. *La lettre de l'Institut UPSA de la douleur*. 1998 Sep;(7):1–9.
26. Manet M-P, Lermusiaux J-L, Masson C. Algodystrophie de la main. *Rev Rhum Monogr*. 2012 Apr;79(2):101–9.
27. JACQUOT L. L'ergothérapie et la douleur chronique. *Ergothérapie Arceuil*. 2004;(15):29–32.
28. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient Consensus formalisé [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 8]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf

29. Caire J-M, Taunais A, Sureau P, Brochet B, Dousset V, Sibrac M-C. L'entretien, un espace d'évaluation de l'impact de la douleur sur la qualité de vie. 2004. SPM. ARCEUIL; 2004;5-14.
30. Cassane N-C. L'ergothérapie dans le traitement multidisciplinaire de la douleur chronique. *Ergothérapie Arceuil*. 2004;(15):51-4.
31. Kadi N, Abourazzak FE, Harzy T. Algodystrophie: quelle prise en charge thérapeutique? *Rev Marocaine Rhumatol* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 3];(24). Available from: <http://rnr.smr.ma/index.php/rnr/article/view/8>
32. Cacchio A, Blasis ED, Blasis VD, Santilli V, Spacca G. Mirror Therapy in Complex Regional Pain Syndrome Type 1 of the Upper Limb in Stroke Patients. *Neurorehabil Neural Repair*. 2009 May 22;23(8):792-9.
33. Vladimir Tichelaar YIG, Geertzen JHB, Keizer D, Paul van Wilgen C. Mirror box therapy added to cognitive behavioural therapy in three chronic complex regional pain syndrome type I patients: a pilot study: *Int J Rehabil Res*. 2007 Jun;30(2):181-8.
34. Cacchio A, De Blasis E, Necozone S, Orio F di, Santilli V. Mirror Therapy for Chronic Complex Regional Pain Syndrome Type 1 and Stroke. *N Engl J Med*. 2009 Aug 6;361(6):634-6.
35. Moseley GL. Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial. *Pain*. 2004 Mar;108(1-2):192-8.
36. Maleki J, LeBel AA, Bennett GJ, Schwartzman RJ. Patterns of spread in complex regional pain syndrome, type I (reflex sympathetic dystrophy). *PAIN*. 2000 Dec 1;88(3):259-66.
37. Palazzo C, Poiraudeau S. Actualités dans le diagnostic et les traitements du SDRC. *Lett Médecine Phys Réadapt*. 2012 Jan 5;28(2):64-9.
38. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Définition [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 18]. Available from: <http://www.anfe.fr/definition>
39. Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. Solal. Marseille; 2009. 174 p. (Ergothérapie).
40. Ruet J. Le travail de Kielhofner : enjeux-intérêts. In: *Expérience en ergothérapie*. Masson. 1993. p. 15-20. (Rencontre en rééducation; vol. sixième série).
41. Carré P, Fenouillet F. La théorie de l'autodétermination et le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque : perspectives intégratives. In: *Traité de psychologie de la motivation*. Dunod. 2008. p. 47-54. (Psycho Sup).
42. Philippe Sarrazin LP. Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. 2011;273-312.
43. Rogers C. Théorie concise de la thérapie. In: *Psychothérapie et relations humaines*. ESF. 2009. p. 56-67. (Art de la psychothérapie).

ANNEXES

Annexes

Annexe I : Main algodystrophique en phase chaude et phase séquellaire et caractéristiques de chaque phase.

Annexe II : Critères diagnostiques du SDRC selon Harden et Bruehl

Annexe III : Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner

Annexe IV : Matrices théoriques

Annexe V : Retranscription des entretiens

Annexe I : Main algodystrophique en phase chaude et phase séquellaire et caractéristiques de chaque phase.



Figure 1 – Exemple d’une main droite au stade I du SDRC-I



Figure 2 – Exemple d’une main droite au stade III du SDRC-I

Les trois stades classiques de l’algodystrophie.

Stade I : stade « aigu » d’hyperperméabilité locorégionale transitoire	<p>Il dure de quelques semaines à quelques mois.</p> <p>La douleur débute dans la région du site traumatisé, augmente volontiers à la mobilisation, à la pression, à la chaleur, aux émotions.</p> <p>Des signes autonomiques sont présents : rougeur, hyperthermie locale, œdème, pousse accrue des phanères.</p> <p>L’ostéoporose commence.</p>
Stade II : stade dystrophique	<p>Il commence à la fin du stade I et dure plusieurs mois, parfois presque une année ou plus.</p> <p>La douleur s’aggrave en extension, en intensité ; le froid, plutôt que le chaud, augmente la douleur.</p> <p>En région distale, les signes sont : cyanose, peau froide, troubles des phanères, hypersudation.</p> <p>La fibrose s’installe. L’ostéoporose, quand elle est présente, est nette. L’atrophie commence.</p>
Stade III : stade atrophique	<p>Il commence à la fin du stade II et dure 2 ans ou plus après le début de la maladie.</p> <p>La douleur peut rester importante pour ensuite s’atténuer.</p> <p>Le gonflement a disparu. La raideur et la limitation des mouvements prédominent.</p> <p>Aux extrémités, la peau est brillante, fine, pâle, le tissu sous-cutané est atrophique.</p> <p>L’ostéoporose est possiblement présente de façon nette sur le segment de membre ou le membre.</p>

Les stades sont plus ou moins marqués, inconstants. Le stade II est le mode d’entrée dans la maladie pour certains patients.

B- CRPS : Critères diagnostiques cliniques modifiés proposés selon Harden et Bruehl [12]

Les quatre critères suivants doivent être validés :

1- Douleur continue, disproportionnée par rapport à n'importe quel élément déclenchant ;

2- Présence signalée par le patient d'au moins un des symptômes dans 3 des 4 catégories suivantes :

- Troubles sensoriels : hyperalgie et/ou allodynie,
- Troubles vasomoteurs : asymétrie thermique et/ou de modification de la couleur de la peau, et/ou asymétrie de la coloration cutanée,
- Troubles sudoromoteurs ou œdème : œdème et/ou sudation modifiée et/ou sudation asymétrique,
- Troubles moteurs/trophiques : diminution de la mobilité et/ou troubles moteurs (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou troubles trophiques portant sur les poils, les ongles ou la peau ;

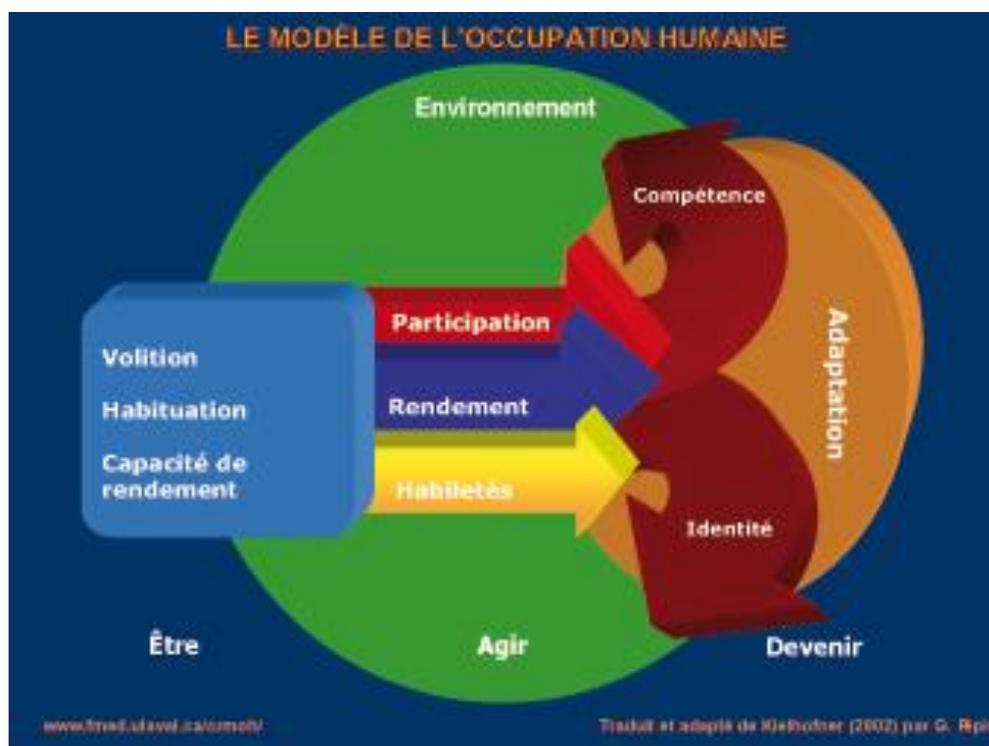
3- Présence constatée à l'examen au moment de l'évaluation d'au moins un signe dans 2 ou plus des catégories suivantes :

- Troubles sensoriels : hyperalgies (à la piqûre) et/ou allodynie (à l'effleurement léger ou à la pression somatique profonde),
- Troubles vasomoteurs : Asymétrie thermique et/ou changement de la coloration cutanée, et/ou asymétrie de la coloration cutanée,
- Troubles sudoromoteurs ou œdèmes : œdème et/ou sudation modifiée et/ou sudation asymétrique,
- Troubles moteurs/trophiques : diminution de la mobilité et/ou troubles moteurs (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou troubles trophiques (cheveux, ongles, peau).

4- Les signes et symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre diagnostic.

Le choix des examens d'imagerie est fonction de la période de consultation et des doutes diagnostiques.

Annexe III : Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner



Annexe IV : Matrices théoriques

Modèle	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Modèle de l'Occupation Humaine Gary Kielhofner 1980	Être : composantes structurelles de l'être humain	Volition : Motivation et processus amenant au choix d'une activité	Influencée, impactée par le handicap	Q1, Q2, Q6
		<u>Déterminants personnels</u> : Perception de ses capacités et sentiment d'efficacité	Echec Difficultés dans ses AVQ	
		<u>Valeurs</u> : Éléments importants et significatifs pour la personne	Thérapie miroir = moyens d'améliorer indépendance, Correspond à ses valeurs	
		<u>Intérêts personnels</u> : Agréable et satisfaisant pour la personne. Attractivité de l'activité	Bien-être Diminution des douleurs Intérêt Activités signifiantes	
		Habituat ion : Permet le processus de socialisation <u>Habitude de vie</u> : caractère familier et rassurant = routines. Permet adaptation à des situations connues.	Structure la vie quotidienne Rapprocher la thérapie du quotidien	
		<u>Rôles</u> : Comportement émis en fonction des attentes du groupe → statut social et fonctionnel	Impacter par la situation de handicap créée par	

			le SDRC et la modification des habitudes de vie de la personne	
		<p>Capacités de rendement : Mise en œuvre d'action en fonction des moyens dont dispose la personne</p> <p><u>Plan objectif :</u> <u>système organique</u> : Capacités mentales, physiques, cognitives =</p> <p><u>Plan subjectif :</u> « expérience du corps vécu »</p>	<p>Limitations articulaires et fonctionnelles, raideurs, modification du schéma corporel</p> <p>Vécu de la douleur, allodynie, modification de l'image corporelle, sphère psychologique. Douleur = cercle vicieux → douleur = inactivité = douleur</p>	
	<p>Agir : développer son identité et ses compétences → adaptation à l'environnement</p>	<p>Participation occupationnelle : Dépend de la signification personnelle et sociale donnée par le patient à l'activité. Doit être désirée ou procurer bien-être</p>	<p>Implication/engagement de la personne dans l'activité dans un contexte social particulier.</p> <p>Le SDRC entraîne une restriction de participation dans tous les AVQ,</p> <p>La thérapie miroir procure du bien-être car diminue la douleur, améliore les capacités</p>	Q2 et Q6

			fonctionnelles, l'indépendance et la qualité de vie	
		Rendement : Accomplissement d'action orientée vers un but	Exercices de thérapie miroir concrets avec des objets pour but de faire le parallèle et le transfert dans les AVQ et diminuer douleurs.	
		Compétences occupationnelles :	Dépendent de son identité et notamment de l'intérêt qu'il porte à la thérapie miroir.	

Théorie	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Théorie de l'autodétermination Deci et Ryan 2002	Théorie de l'évaluation cognitive Théorie de l'intégration organismique	Amotivation : l'individu ne perçoit pas intérêt de l'activité, ne voit pas lien entre comportement et conséquences, stop tout	L'ergothérapeute impose la thérapie miroir sans expliquer les objectifs et le patient ne comprend les bénéfices qu'il peut en retirer	Q3, Q6
		Motivation extrinsèque : activité en échange d'une récompense (raison externe)		Q3, Q6
		<u>-Régulation externe</u> : satisfaire une pression sociale ou	Réalise la thérapie miroir sous la demande de	Q3, Q6

		<p>une demande externe ou pour éviter qqch de désagréable (punition)</p>	<p>l'ergothérapeute, attend qu'il le valorise, félicite...</p>	
		<p><u>-Régulation introjectée</u> : mêmes pressions qui motivent l'individu, partiellement intériorisées dans le soi. Comportement motivé par incitation pression interne = culpabilité, menace pour estime de soi, compliment valorisant égo → motivation // régulation du comportement par l'égo</p>	<p>Valorisation de l'ergothérapeute, culpabilité du patient de ne pas avoir tout fait pour améliorer ses capacités fonctionnelles</p>	<p>Q3, Q6</p>
		<p><u>-Régulation identifiée</u> : comportement déclenché pour des raisons intérieures au self lui-même. motivation autodéterminée. Comportement déclenché car l'individu estime que c'est valable pour lui, important. L'action</p>	<p>Estime que sa récupération et diminution douleurs sont des enjeux importants et valables pour poursuivre rééducation</p>	<p>Q4, Q6</p>

		perçue par l'individu comme provenant de lui.		
		<p><u>-Régulation intégrée :</u> comportement perçu comme important pour lui et en adéquation avec valeurs et identité. Autodéterminée donc maintien durable dans le temps</p>	<p>S'investit pleinement car veut augmenter son autonomie/indépendance dans la vie quotidienne. Valorisation de l'ergothérapeute et encouragement augmenteront son désir de poursuivre la thérapie</p>	Q4, Q6
		<p><u>Motivation intrinsèque :</u> individu pratique l'activité car en retire plaisir et satisfaction. S'investit librement. Satisfaire besoins d'autonomie et e compétence en corrélation avec actualisation de soi, estime de soi, ... retour et commentaires positifs sur les compétences augmentent motivation intrinsèque</p>	<p>Plaisir de voir son membre bouger, d'exprimer d'autres sensations moins douloureuses, voir son membre affecté autrement (point de vue esthétique)</p>	Q4, Q6

	Théorie des orientations de causalité	<p><u>-Orientation autonome</u> : activités avec intérêts, assumer des responsabilités, se dépasser développer ses capacités. Feedback positif en retour. Les 3 besoins sont satisfaits</p>	<p>Voit un intérêt dans la thérapie miroir : la récupération fonctionnelle et la diminution de la douleur. S'investit pleinement pour recouvrir un maximum de fonctionnalité et retirer la meilleure efficacité de la thérapie. Le thérapeute encourage, valorise le progrès, félicite et reconnaît le travail effectué.</p>	Q4, Q6
<p><u>-Orientation contrôlée</u> : action en fonction des récompenses et des facteurs contraignants de l'environnement. Entrave besoin d'autonomie</p>		<p>le temps du séjour de rééducation qui peut être impartie et définit au préalable peut augmenter son engagement il a une date butoir pour acquérir un maximum de récupération.</p>	Q3, Q6	
<p><u>-Orientation impersonnelle</u> : considère que ce sont</p>		<p>L'ergothérapeute le met devant le miroir lui impose et ne lui</p>	Q3, Q6	

		facteurs externes qui contrôlent les résultats (chance, destinée). Résignée	explique rien. La personne n'y voit pas d'intérêt elle ne souhaite pas s'engager dans la rééducation	
Théories des besoins fondamentaux		- <u>Compétence</u> : efficacité, souhait de développer capacités	Souhait de récupérer un maximum de la fonctionnalité du membre et diminuer douleur pour plus d'indépendance au quotidien	Q4, Q6
		- <u>Proximité de sociale</u> : appartenance à un groupe sociale, besoin d'attention des autres	Relation thérapeutique, empathie, confiance	Q4, Q6
		- <u>Autonomie</u> : sentiment d'être libre de ses choix, être à l'origine de son activité, sans pression externe	Le patient dit quand il est fatigué et ne parvient plus à se concentrer suffisamment pour poursuivre la thérapie miroir ce jour. Liberté de tout arrêter s'il le souhaite, l'ergothérapeute doit l'en informer	Q4, Q6

	Théorie du contenu des buts	-Buts intrinsèques : plus grand bien-être	Si le patient éprouve un certain plaisir à faire cette activité car il y a une diminution des douleurs, une amélioration de ses capacités= bien être	Q4, Q6
		-Buts extrinsèques : mal-être. Besoins fondamentaux non satisfaits	La thérapie miroir imposée et non efficace = mal-être	Q3, Q6

Théorie	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Approche centrée sur la personne Carl Rogers Année 1950	Climat de confiance, sécurisant	Facilite expression de soi, développement de l'autonomie et relations sociale	L'ergothérapeute explique le déroulement, intérêt que pourrait avoir la thérapie miroir pour lui, qu'il est libre de ses choix, qu'il peut accepter ou refuser, demande son ressenti en fin de séance et en tient compte. Cadre rassurant	Q5 et Q6
	Authenticité congruence	Thérapeute sincère, transparent, ne pas avoir de masque professionnel.	Sincère avec le patient, la thérapie miroir est un moyen de réduire douleur et améliorer fonctionnalité mais parfois effets inattendus	Q5 et Q6

	<p>Regard positif inconditionnel</p>	<p>Attitude positive et d'acceptation face à la personne. Respect de l'autre</p>	<p>L'ergothérapeute doit accepter l'échec de la personne à certains moment, l'encourager, le valoriser. Accepter ses capacités, incapacités et ses intérêts. Le patient se sentira respecté et non jugé en cas d'échec ou de difficultés. Avoir confiance en ses capacités de changement/transformation.</p>	<p>Q5 et Q6</p>
	<p>Compréhension empathique</p>	<p>Ressent avec justesse ce que ressent la personne dans un contexte précis. Lui communique cette compréhension. Comprend monde intérieur de la personne. Patient sensation d'être compris et douleur partagée donc diminue</p>	<p>Prendre en compte sa douleur, ses difficultés, ses intérêts, les valider. Allègement de la douleur du patient, sensation d'être compris</p>	<p>Q5 et Q6</p>

Retranscription entretien ergothérapeute n°1 - 33 minutes

Bonjour, (Bonjour) tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. Je suis donc Anaïs Martres, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IUFE de Clermont-Ferrand et je réalise mon mémoire sur les moyens de prise en charge du Syndrome Douloureux Régional Complexe (oui), sur un moyen en particulier que vous découvrirez par la suite. Acceptez-vous que j'enregistre notre entretien ? (oui, bien sûr) D'accord. Alors je vais commencer par des questions plus de présentation et ensuite je poursuivrai par des questions plus en lien avec mon sujet. (D'accord, ça marche)

Du coup, depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?

Depuis 2 ans et demi ça fera 3 ans cette année (donc diplômée en 2013 ?) en 2013 oui c'est ça.

Et dans quelle structure exercez-vous ?

Je travaille ici au centre de rééducation et puis dans un IME (D'accord)

Depuis combien de temps exercez-vous dans ces structures ?

En rééducation depuis février 2014 et à l'IME depuis le 1^{er} décembre 2014 (d'accord) c'est ça. A temps partiel dans les deux. (Donc à mi-temps dans les deux ?) Un peu plus d'un mi-temps dans chaque. (d'accord)

Auprès de quelle population exercez-vous essentiellement ?

Donc à l'IME c'est des enfants de 6 à 20 ans, enfants, ados, jeunes de 6 à 20 ans et ici du coup c'est des adultes alors on prend à partir de 18 ans hein on n'a pas le droit de prendre en dessous de...de 18 ans (d'accord) en fait il faut que la personne soit majeure et jusqu'à la personne âgée et c'est assez varié au niveau des âges et des... des ...troubles (des pathologies) oui voilà.

Et est-ce que vous prenez en charge justement des patients avec un Syndrome douloureux régional complexe ?

Oui

Et souffrent-ils plutôt d'un SDRC de type 1 ou de type 2 ?

Alors c'est-à-dire ? (Alors type 1, ça survient après un traumatisme comme une fracture, une entorse... et type 2 c'est un traumatisme qui a entraîné une lésion nerveuse.) Oui, euh.... C'est souvent traumatique (d'accord) mais c'est les deux mais c'est vrai que souvent on a eu des personnes qui avaient un traumatisme et l'algo s'est développée après. (d'accord)

Et plutôt en phase aiguë ou en phase chronique ?

Euh...pff... on a eu ... on a eu les deux... c'est vrai que quand ils arrivent c'est souvent quand même en phase chronique ça a pu arriver qu'on en ait eu en phase aiguë (Parce que du coup pour vous phase chronique c'est à partir de quand ?) Euh..... (parce que ça dépend dans les écrits ça peut être 1 an 2ans) ouais ben...pfff... pour dater c'est un peu difficile. Euh... 2 ans peut-être pas. Euh... on va dire que quand ils arrivent et qu'ils ont donc une algo euh.... Elle stagne depuis un petit moment mais ça fait quand même pas tout à fait... je te dirai soit un an soit un tout petit peu moins 6 mois 1 an voilà. Mais c'est... ça a pu arriver en phase aiguë mais c'est vrai que c'est souvent en phase chronique. (D'accord)

Du coup, là je vais passer aux questions plus en lien avec mon sujet (ouais)

Euh... donc d'après vous comment le patient qui souffre d'un SDRC aborde la rééducation ?

Alors... quand il arrive ici il est... il veut absolument que la rééducation lui apporte les solutions à son problème parce que déjà ça fait un moment que ça dure et il n'arrive pas trop à s'en sortir dans son quotidien ou dans... enfin voilà il a l'impression d'être en, enfin je dis il pour le patient, il a l'impression d'être un peu en échec parce qu'il voit qu'il n'y a pas trop d'évolution sur sa pathologie et euh... c'est aussi un peu un cercle vicieux parce que du coup lui il a l'impression d'être en échec donc il ... il fait attention encore plus à... enfin voilà il a en fait immobilisé et un peu exclu aussi parfois hein on a eu certaines exclusions de membre ou de portions de membre on va appeler ça comme ça euh... parce que la personne se trouve en échec et que du coup elle allait immobiliser la zone qui allait pas. Et du coup c'était le cercle vicieux qui faisait que ça continuait et que ça faisait évoluer de façon négative en fait. (D'accord) voilà donc en échec et absolument et voilà en gros c'est « dans 3 semaines je veux sortir d'ici et je veux tout récupérer » (ah oui, que tout soit comme avant) oui mais en principe ça ne dure pas 3 semaines (c'est plus long ?) oui. Puis je parle d'échec mais cet échec il concerne aussi son quotidien... parce qu'il se trouve en difficultés tous les jours quoi à cause de cette douleur de ses raideurs et tout ça ouais ...

Et du coup, pensez-vous que c'est différent d'une autre pathologie la manière dont ils abordent la rééducation ?

Ben c'est... personnellement je trouve que c'est assez psychologique (oui) y'a quand même beaucoup de psychologique dedans (hmm) après... après ... alors...fff ouais y'avait quand même un bon soutien psychologique à avoir à côté parce que souvent c'étaient des personnes, je te dis c'étaient parce que là y'en a pas tout de suite, ce sont des personnes assez jeunes euh.... Entre 25 et 50 ans qui viennent pour ça et euh... qui sont très actives et qui tout d'un coup se retrouvent un peu immobilisées ou dans leur petite bulle donc ça va plus il faut absolument récupérer c'est pour ça qu'ils broient un peu du noir et qu'il faut être quand même là en soutien psychologique (d'accord). C'est différent c'est une prise en charge un peu différente parce qu'on ne sait pas comment ça peut évoluer et on ne sait pas si selon la personne, selon son état psychologique ça va pouvoir aller, selon son moral et selon sa motivation on ne sait pas où est-ce que ça pourra aller quoi. (d'accord)

Et ce côté de fragilité psychologique que vous mettez en avant pensez-vous que c'est une difficulté particulière à ce trouble ?

Euh...fff... j'ai le sentiment que oui des fois après c'est vrai que c'est difficile de ... de... de dire ça aussi parce que voilà il y a des personnes qui ont ça et qui ont pas forcément. Moi je trouve que quand même, oui il y a quand un attrait psychologique et tout ça quoi. (oui ça tient une part importante) oui.

Et alors, comme moyen de rééducation, est-ce que vous pouvez me développer ce que vous utilisez avec ces personnes ?

Alors, euh... justement par rapport au fait, donc ce qu'on disait tout à l'heure que c'était psychologique tout ça, c'est toujours un peu dur quand on voit arriver la personne de savoir déjà sur quoi on va adapter les séances et sur quoi on va travailler euh... on essaye de faire de la mobilisation active donc moi je ne fais rien je donne des activités en lien avec des choses du quotidien ou des choses qui lui tiennent à cœur en tout cas et euh... on voit déjà comment ça se passe enfin ça peut être une approche comme ça alors déjà il y a les bilans avant hein. (oui oui) pour faire un point sur ses AVJ et sur sa motricité du coup au niveau du membre sup. euh... En fonction de ça ouais voilà on va essayer

quelques activités pour certaines personnes c'est vrai que c'est toujours différents selon la personne. Euh... je pense à une dame qui avait une exclusion de...qui avait complètement exclu en fait une partie de sa main c'était l'annulaire et l'auriculaire et... donc l'algo s'était développée sur l'épaule puis l'épaule allait mieux mais c'est vrai que c'était les doigts qui avaient été touchés elle avait complètement exclu donc ces doigts-là. Et du coup, elle pour le coup on était partie sur la thérapie miroir et y'en a d'autres aussi pour lesquels on part aussi sur la thérapie miroir pour essayer justement de retrouver soit un peu de mobilité soit enfin voilà de...de travailler aussi sur le fait qu'il euh alors comment te dire... c'est un peu décousu là (c'est pas grave) tu ne vas pas t'en sortir dans tout ça. Euh... ouais on va travailler, pour simplifier, et sur la mobilisation active, s'il y a besoin on travaille sur la sensibilité aussi parce qu'il peut en avoir besoin, euh... et sur la thérapie miroir si y'a besoin aussi ce n'est pas automatique mais c'est si on sent qu'une personne en a besoin on peut le faire, on peut la mettre en place. En gros voilà synthétiquement (oui merci)

Quand vous utilisez la thérapie miroir, à partir de quel moment vous jugez que la personne en a besoin ?

Ça dépend ça peut être soit dès le début parce que le médecin nous a fait la prescription donc « rééducation et thérapie miroir » voilà donc à partir de là on va débiter la thérapie miroir et sinon c'est en fonction si on voit que ça peut avoir un potentiel thérapeutique, si ça peut apporter quelque chose à la personne donc ça peut être une semaine deux semaines ou trois semaines après qu'on va la mettre en place. Après euh... pour la mettre en place soit avant soit pendant qu'on la met en place il faut vérifier certaines choses aussi parce que justement si le moral est un peu trop bas et que la personne, et que la personne est complètement focalisée sur « je ne récupérerai jamais je vois bien que ça ne récupèrera pas » euh... la thérapie c'est vrai que ça sera difficilement acceptée parce qu'elle est trop enfermée en fait dans le fait qu'elle ne récupèrera jamais ou voilà. (d'accord)

Vous me dites que vous utilisez la thérapie miroir, alors avez-vous suivi une formation particulière pour la dispenser ?

Non, on n'a pas de formation on s'est, donc là on est 3 du coup, mes deux collègues sont à temps plein moi je suis à temps partiel. Euh... quand je suis arrivée mes 2 collègues l'avaient déjà mise en place mais parce qu'elles s'étaient renseignées soit auprès d'autres ergos qui font aussi la thérapie miroir sur le secteur ou soit sur internet par des mémoires qui ont été fait ou voilà. Et... et moi je m'y étais intéressée par ce que c'était mon sujet de mémoire (d'accord) (rires) du coup ça m'a toujours un peu intéressée et voilà je continue pour la mettre en place.

Et est-ce que vous pourriez me décrire une séance type de thérapie miroir ? Est-ce que c'est possible ou pas ?

Euh... ben je peux t'expliquer dans tous les cas comment ça se passe. Donc nous on voit les gens quotidiennement, ça peut arriver qu'on ne les voit que 3 fois par semaine, c'est selon en fait l'avis médical, sinon on les voit donc 5 fois par semaine du coup. Donc tous les jours thérapie miroir euh... en principe en fait, personnellement, mes collègues font un peu différemment en fait on a un peu chacune notre façon de faire. Personnellement, moi j'attaque par 5 minutes rien que pour quand la personne ne connaît pas du tout on attaque par 5 minutes de mobilisation et on mobilise uniquement le membre sain, donc en regardant le reflet dans le miroir. Donc le membre qui est atteint euh... on ne le bouge pas du tout il reste immobile. Euh... donc on attaque par 5 minutes après en fait en fonction des séances et en fonction de la ben... hummm on va voir comment la personne réagit après les séances euh... on va pouvoir augmenter en temps donc ça peut passer de 5 à 10 minutes puis 15 minutes puis après c'est elle qui régule si elle se sent un peu fatiguée hop on arrête un peu plus tôt

tel jour ou autre. Mais en tout cas moi je fais démarrer avec des petits exercices de mobilisation ça peut être fermer la main, ouvrir la main c'est surtout le travail du... alors pas du coude parce qu'on a une boîte miroir je te montrerai... surtout le travail du poignet, des doigts, du pouce, voilà tout ça et en mobilisation d'abord avec le membre sain et après pareil au fur et à mesure des séances on... on va faire donc d'abord avec le membre sain puis après en mobilisant les deux mains (d'accord). Et puis... et puis après pour évoluer encore un peu plus ça peut être de travailler avec des objets donc un objet dans chaque main et hop on travaille avec des objets au miroir. (d'accord)

Et pendant ces séances, percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à cette technique?

Hmmmm... pas forcément. Alors les difficultés ça peut venir soit du fait que, alors pour les personnes qui viennent pour ce syndrome là y'a pas forcément de troubles cognitifs sinon c'est vrai que déjà c'est... moi je l'exclu un peu (oui) parce que ça demande quand même pas mal d'attention et de concentration donc pour moi dès qu'il y a un souci cognitif ou au niveau des fonctions exécutives je ne mets pas en place la thérapie miroir (d'accord) à part si vraiment le médecin veut qu'on essaye, à ce moment-là on essaye mais c'est vrai que souvent on s'aperçoit que ce n'est pas fait pour la personne. Euh... après ben comme je te disais tout à l'heure du coup si la personne est vraiment focalisée sur le fait qu'elle ne récupérera jamais qu'elle arrive du coup plus à se concentrer sur ce qu'elle fait au miroir euh... ben y'aura plus forcément d'intérêt à faire la thérapie miroir parce que ça demande tellement de concentration et de s'enfermer vraiment sur la thérapie pendant quelques instants... ça pour moi voilà c'est à éviter. Après euh... ça peut aussi venir du fait que y'a des personnes qui réagissent assez bien à la thérapie miroir et d'autres assez mal. Et quand je te dis réagir c'est qu'on a eu des cas où y'avait eu au bout de 5 minutes euh... douleurs... enfin maux de tête type un peu migraineux, au niveau des yeux aussi et des nausées. Et c'est arrivé qu'une personne parte en titubant donc on ne l'a pas laissée partir bien sûr (rires). Mais voilà ça peut créer des petites choses comme ça après la séance, c'est arrivé chez 2-3 personnes que personnellement j'avais eu y'a un petit moment maintenant, quoique non c'était y'a 6 mois voilà. Donc à ce moment-là on réduit un peu et puis on reprend petit à petit et puis en principe la personne accepte bien de reprendre. En fait, je pars du principe que quand il y a eu ça, ça veut dire qu'il y a eu quelque chose, qu'il s'est passé quelque chose chez la personne et que justement ça vaut le coup de continuer. Alors en freinant un petit peu et en y allant un peu plus doucement, si c'est que 2 minutes ça ne sera que 2 minutes et si c'est que 2 fois par semaine au lieu de 5 fois par semaine ça sera que 2 fois par semaine mais voilà on adapte en fait en fonction de la personne et c'est vrai que ça sera les choses qui vont faire que soit on va, alors pour ça on va pas arrêter mais on va diminuer un peu les séances. Voilà

D'accord, et du coup est-ce qu'il y a des comportements, facteurs ou attentes vis-à-vis de la thérapie miroir qui peuvent justement entraver ou perturber cette adhésion ?

Euh... non (non). Non pas forcément, quand ils sont bien motivés et qu'ils ont envie de faire la thérapie miroir, alors ça marche ou ça ne marche pas après mais en tout cas euh... ils sont concentrés dedans et voilà ils sont capables de le faire tous seuls et ben des fois on voit qu'il n'y a pas eu d'évolution d'autres fois au contraire on voit qu'il y eu des évolutions donc c'est ça qui va faire que ça va encore plus motiver ou non la personne mais c'est vrai que ça n'interfère pas trop sur ça. (d'accord)

Et du coup, justement pour qu'ils se concentrent et qu'ils soient motivés est-ce qu'il y a des choses particulières que vous mettez en place ?

Euh... Alors déjà c'est leur expliquer vraiment l'intérêt de l'activité et de la rééducation. Euh... en principe ils sont assez curieux et soient ils en ont déjà entendu parlé parce qu'on en entend parlé des

fois dans les séries type grey's anatomy (rire) donc voilà. Et donc ils sont assez curieux ils vont se renseigner si c'est quelque chose qu'ils ne connaissent pas, souvent quand même, donc voilà ils sont assez curieux de voir ce que c'est. Et quand ils voient euh... les effets que ça a pu faire au bout de 5 minutes ils ont envie de recommencer parce qu'ils ont trouvé ça bizarre le fait que ben juste après « ben j'avais mal à la tête ou juste après ça me tirait un peu dans le bras » enfin voilà des petits éléments comme ça qui leur font... Euh... qui leur donnent envie en tout cas de continuer parce qu'ils ont l'impression qu'il y a eu quelque chose et que voilà ils ont envie de repartir là-dessus.

D'accord, et du coup pour vous quels seraient les points forts de la thérapie miroir ?

Euh... tu veux dire en buts, objectifs de cette thérapie (oui enfin les buts, objectifs mais aussi en termes de résultats) ouais. Alors ça, c'est vrai que c'est encore un peu flou parce qu'il n'y a rien qui a été prouvé là-dessus, nous c'est vrai qu'on essaye de la mettre en place euh... on a eu des effets positifs comme on a eu, jamais d'effets négatifs, mais comme on a eu rien du tout. C'est vrai que quand il y a eu des effets positifs à chaque fois c'était soit une diminution des douleurs neuropathiques des douleurs type brûlures, picotements, fourmillements tout ça ... ou soit une amélioration de la mobilité au niveau du membre. (d'accord) Du coup dès qu'il y avait ça, la personne aussi était un peu plus confiante et avait encore plus envie de faire et donc au niveau psychologique aussi c'était mieux pour elle.

C'était des facteurs qui permettaient un peu d'alimenter la motivation ?

Ouais ! voilà et donc en lui redonnant un peu de motivation ça lui permettait aussi de sortir de ce petit cercle vicieux qui est souvent quand même mis, quand c'est une algo, qui est souvent mis en place parce que voilà euh... « ça va pas, je ne récupère pas, et du coup j'immobilise et donc du coup je ne récupère pas » parce que voilà c'est toujours un cercle vicieux. Et donc là ça les fait un peu sortir parce qu'il y a un effet positif qui s'est créé. Je trouve que c'est bien parce que les personnes sont curieuses de voir ce que ça donne, que quand même il y a eu des effets positifs au niveau de la mobilité et que ça leur donne encore plus envie et que ça leur redonne un peu goût et que du coup elles sortent de cette exclusion de membre qu'il y a pu avoir ce n'est pas chez toutes les personnes mais chez certaines personnes (d'accord).

Et pour amener la thérapie miroir, d'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?

Euh... alors déjà il faut ... qu'est-ce que je pourrai te dire par rapport à ça ?... euh... tu veux dire comment se positionner ? (oui voilà) pendant la séance ou... ? (oui voilà tout le temps mais surtout pendant la séance) alors moi je dirai que c'est plus de l'accompagnement. Euh... pendant la séance en fait, on a un système de boîte miroir, que je te montrerai, cette boîte miroir elle est dans une petite salle au fond, donc là il y a 4 salles en tout elle est dans la salle au fond, quand la personne fait la thérapie miroir en principe on ferme la porte et elle le fait tranquillement toute seule pour pouvoir bien se concentrer en essayant qu'il y ait le moins de bruit possible ou le moins de facteurs en fait qui la dérangent, voilà, une lampe qui clignote ou des choses comme ça et que moi aussi à côté je ne fasse pas de bruit. Donc du coup je la laisse se concentrer toute seule par contre je suis là avant pour lui réexpliquer un peu ce qu'on va faire euh... tout ça si au bout de 5 minutes je vois qu'elle fait une petite pause je vais y aller aussi pour lui demander comment ça va comment elle se sent voilà... et à la fin on refait un point aussi sur la thérapie miroir, sur ce qu'elle a fait aujourd'hui, sur ce qu'on va essayer de faire demain ou sur voilà c'est surtout voir ce qu'elle a ressenti au moment de le faire et enfin voilà c'est surtout l'accompagnement en fait dans ces cas-là. S'il y a besoin pour certaines personnes euh je peux rester dans la salle et à ce moment-là regarder, parce que notre boîte elle est en fait trouée

de l'autre côté ça me permet moi de regarder aussi si le membre est mobilisé en fait quand elle va faire les exercices où elle mobilise uniquement le membre sain, je vais regarder s'il y a des mouvements qui se créent au niveau du membre atteint. Voilà et ça chez certaines personnes ça les aide à savoir, parce qu'elles ne le ressentent pas forcément, à savoir s'il y a eu justement un mouvement ou autre. Ça m'est arrivé de filmer pour que la personne puisse après avoir une petite vidéo de ce qu'il s'est passé et qu'elle puisse voir en fait ce qu'il s'est passé.

Et du coup quand vous dites on refait un point en fin de séance, s'il vous dit qu'il a eu des douleurs ou autres comment accueillez-vous ses propos, ses souffrances... ?

Ouais... alors déjà en rassurant en lui disant que si y'a eu soit des ... des douleurs ou des petites perceptions musculaires ou sensibles au niveau du membre, que c'est normal. S'il y a eu euh... une sensation de nausées ou de maux de tête aussi ben c'est aussi normal ça peut arriver chez certaines personnes qui sont un peu plus sensibles et peut-être pas forcément plus réceptives mais en tout cas un peu plus sensibles, à ça euh... parce que ça crée quand même un sacré chamboulement, on va dire ça comme ça mais voilà ça peut arriver donc c'est en leur expliquant que c'est normal qu'il ne faut pas s'inquiéter que si jamais ça devient trop intense à ce moment-là on réduit un petit peu mais voilà il faut...enfin...de toute façon que ce soit pour ça ou pour toute autre rééducation je pense qu'il ne faut jamais partir en « AH BON MAIS C'EST EUH... » enfin voilà jamais effrayer la personne et là en plus ce sont des choses qui sont normales et y'a jamais eu euh...de... avec la thérapie miroir je te dirai qu'il n'y a jamais eu de choses anormales parce qu'il y a toujours des petites douleurs ou des petites gênes, des petits maux têtes ça c'est souvent, c'est régulier en fait. Donc voilà au contraire on est là on « ne vous inquiétez pas » donc on rassure et après on leur explique aussi que ça ça peut diminuer au fur et à mesure des séances, effectivement le plus souvent ça diminue parce que la personne est plus habituée et que voilà et qu'après on peut augmenter le temps des séances. Donc voilà on est plutôt là en tant qu'accompagnant et surtout pour rassurer la personne et pour la guider dans le choix des exercices et tout ça. Même si on oriente quand même pas mal ses exercices...

Et du coup si la personne arrive pour la séance de rééducation et qu'il vous dit « j'ai trop mal je ne veux pas faire de thérapie miroir » comment réagissez-vous ?

Ben on ne la fera pas (oui d'accord). Ouais, si un jour elle arrive et qu'elle me dit « j'ai mal à la tête aujourd'hui et j'ai pas mal de petites douleurs dans le bras » on va peut-être éviter de la faire ouais. C'est pour ça que c'est important quand même avant de savoir comment la personne va, comment elle se sent. Si jamais elle se sent un peu fatiguée, alors oui c'est ça aussi, la fatigue, donc fatigue et maux de tête j'évite. (d'accord) A part si vraiment la personne veut le faire et veut essayer ok on essaye sur 5 minutes si on voit que ça va elle peut continuer un peu, si on voit que ça ne va pas trop on stoppe avant. Voilà, et quand je dis 5 minutes en fait quand on fixe un temps de 5 minutes 10 minutes 20 minutes ou 30 minutes sur la séance si elle voit qu'avant elle a envie d'arrêter elle arrête avant. On se fixe ça, moi je viens la voir au bout de 5 ou 10 minutes si je vois qu'elle est bien ancrée dedans je ne vais pas la chercher et je la laisse un peu continuer mais voilà sinon elle s'arrête avant. Du coup pour revenir à ta question, les douleurs en début de séance peuvent faire qu'on évite la thérapie miroir. Parce que tout ce qui est maux de tête, nausées vont pouvoir être augmenter par la thérapie miroir. La fatigue joue beaucoup en principe. (d'accord)

Tout à l'heure, vous disiez qu'il faut bien leur présenter la thérapie miroir, l'intérêt, du coup vous leur dites quoi pour leur présenter ?

Euh... alors déjà je leur explique bien que la thérapie miroir il n'y a rien qui a été prouvé ça peut ou pas marcher. Si ça marche ça va jouer un rôle sur la mobilisation euh... sur la motricité on va dire,

retrouver une récupération de sa motricité au niveau du membre et ça peut jouer aussi sur les sensations de douleurs neuropathiques, à ce moment-là ça peut aussi jouer un rôle là-dessus. Donc déjà je pars sur ça en leur expliquant bien qu'il n'y a rien qui a été prouvé et que ça peut ne pas marcher mais que ça peut valoir le coup d'essayer. Euh... après je leur explique sur le déroulement qu'il va y avoir au niveau des séances donc je pars comme je t'ai expliqué tout à l'heure sur voilà, on part sur un petit temps après ça va être augmenté en fonction des séances et si vous vous sentez bien dedans euh... je lui explique aussi les exercices, et pourquoi on démarre d'abord sur de la mobilisation du membre sain et puis après pourquoi on va faire mobilisation du membre sain et du membre lésé. Enfin c'est vraiment leur détailler parce que vu que c'est un peu l'inconnu et que c'est assez étrange comme, c'est perçu en tout cas comme assez étrange pour les gens, du coup c'est vraiment de leur expliquer l'intérêt, que aussi ben ça peut avoir son efficacité ou pas et comment on va aborder la thérapie miroir chaque jour et en fonction de... de... de leur état quoi. Mais il faut vraiment leur expliquer surtout chez ces personnes-là, enfin elles ne sont pas toutes psychologiquement euh... démoralisées mais quand même il y en a quand même beaucoup, comme toutes les personnes qui viennent en rééducation c'est vrai qu'ils attendent beaucoup et c'est vrai que c'est quand même bien de partir déjà du fait que ben la thérapie miroir c'est quelque chose de nouveau qui ne se fait pas dans tous les centres et que rien a été prouvé par rapport à ça voilà.

D'accord, quand vous amenez la thérapie miroir c'est une proposition ou plutôt une imposition ?

Euh.... Alors ça dépend c'est jamais, de toute façon en fait on impose sans imposer si tu veux. On va euh, enfin en principe comme je leur dis, je leur dis bon ben voilà on a fait un petit point déjà sur les bilans ensemble, s'il y a eu un petit peu de rééducation donc on a fait un petit peu de rééducation tout ça, euh je pense que ça serait quand même bien d'essayer la thérapie miroir est-ce que vous connaissez ? donc à ce moment-là s'il connaît je lui demande de m'expliquer un peu ce qu'il connaît sur la thérapie miroir, donc s'il ne connaît pas je pars sur les explications que je t'ai dit tout à l'heure (oui). Et voilà c'est abordé comme ça, je lui demande enfin je lui propose en tout cas et je lui dis qu'on va essayer. Euh... c'est rare qu'ils soient contre s'ils sont contre et qu'ils nous disent qu'ils sont contre on n'essaye pas. On réessaye toujours de quand même « vous êtes sûr que vous ne voulez pas essayer rien que sur 5 minutes ça ne prendra pas beaucoup de temps » bon en principe c'est rare qu'on est à faire ça honnêtement ils sont assez partant. Et si on voit qu'après par contre il y a un refus alors on arrête mais on n'oblige pas, enfin on oblige sans obliger. On leur dit « ça serait bien qu'on essaye ça on va essayer demain » donc en fait si on oblige un peu parce qu'on dit on va essayer demain et ils sont assez partant parce qu'ils nous font confiance.

Et du coup face à une personne qui souffre d'un SDRG, comment pensez-vous susciter son engagement dans la thérapie miroir ?

Hmmm. Comment faire qu'il donne plus d'intérêt (oui voilà, qu'il s'engage pleinement dedans). Euh... ben il faut le laisser prendre complètement... enfin il faut qu'il soit complètement acteur de ... de sa rééducation dans la thérapie en fait. Vraiment j'insiste sur le fait que déjà il faut lui expliquer ce que c'est que la thérapie miroir, son intérêt et le fait, c'est super important, le fait que ça peut ne pas marcher aussi, parce qu'effectivement ça peut ne pas marcher. Mais après de vraiment être clair et de lui expliquer quitte à lui détailler tout ce que représente la thérapie miroir et après les exercices, soit le temps soit les exercices qu'on a à faire on lui explique et par contre de lui laisser prendre part en lui disant que voilà si on fixe 5 minutes, euh... ça c'est les premiers temps, après on augmente un peu, on lui dit « si vous le sentez d'augmenter aussi vous augmentez et à ce moment-là je vous laisse sortir de la pièce quand vous avez fini ». Donc si en fait on part sur 10 minutes et qu'en fait sur le coup et fait 20 minutes parce qu'il a envie de continuer il fera ses 20 minutes. En fait, nous on accompagne

et on guide et il faut qu'on soit rassurant à côté mais c'est quand même eux, c'est à eux aussi d'être acteurs. S'ils ont envie pendant la séance de tester un nouvel exercice, ils testent, s'ils ne se sentent pas aujourd'hui de le faire parce qu'ils ont mal à la tête ou parce qu'ils sont fatigués on ne fait pas enfin c'est ... c'est eux aussi qui doivent être acteurs et qui doivent être autonomes en fait sur l'activité, donc je pense qu'il faut être vraiment accompagnant et leur montrer que ça peut avoir une efficacité quand même quoi et que c'est quand même bien d'essayer et leur expliquer comment ça se passe, comment une séance se déroule et que c'est voilà... que le fait d'être là bon ben voilà « aujourd'hui comment ça s'est passé, quels exercices vous avez fait, bon d'accord demain on va essayer ça, oui ok » en principe ils sont assez intéressés. C'est vraiment de développer en fait leur intéressement à l'activité, je ne sais pas si ça se dit mais... (rire)

Tout à l'heure vous parliez d'utiliser des objets devant le miroir, quel serait l'intérêt de cette utilisation pour vous ?

Euh alors oui je te dirai que ça c'est après avoir... c'est une fois que la personne est bien ancrée dans la thérapie miroir, ça fait un petit moment qu'elle le pratique qu'elle se sent bien dedans. Donc là on met les objets, parce que je trouve que c'est un peu compliquer de mettre des objets en place quand déjà elle n'a pas eu juste la mobilisation ou autre enfin, il faut commencer progressivement quand même. Après je te dirai que des fois ça arrive qu'avec certaines personnes qu'on ne fasse pas du tout les objets parce qu'il y a un intérêt en fait au fait d'attraper les objets et tout ça mais euh... y'a pas forcément plus d'importance....enfin, je ne saurai pas te dire s'il y a plus d'intérêts à travailler avec des objets de chaque côté ou s'il y a plus d'intérêts à travailler sans objet et juste en mobilisant de chaque côté. Ça peut être bien ça amène un petit plus en fait, ça fait varier les exercices, ça peut être pas mal et ça recrée aussi le fait de... ben de ... dans le quotidien, on ne mobilise jamais en fait on saisit des objets, on attrape, on ne fait pas avec les deux mains du coup dans la thérapie miroir mais du coup voilà on fait quelque chose en tout cas avec. On a un objet en fait entre les mains souvent dans les actes de la vie quotidienne donc là c'est aussi de reproduire un peu ça au miroir. Mais c'est vrai qu'au miroir c'est toujours un peu compliqué de travailler avec des objets chez certaines personnes parce que justement on ne voit ce qu'il y a côté lésé donc des fois elles sont amenées à regarder et ça ça peut jouer un rôle aussi sur le fait qu'elles ne sont plus trop concentrées mais concentrées sur « mince est-ce que j'ai bien saisi l'objet », enfin des fois ça peut être un peu à double....

D'accord, vous parliez de la vie quotidienne, pour vous ça serait quoi l'intérêt de faire le parallèle entre la vie quotidienne et la thérapie miroir justement?

Euh... ça peut être alors attend que je réfléchisse à la question. Euh donc les actes de la vie quotidienne ça ne sera pas un acte particulier c'est juste de saisir en fait, de saisir, d'attraper et de reproduire des gestes qu'on retrouve dans le quotidien ou on attrape, enfin les préhensions en fait, pour travailler avec les préhensions donc on attrape avec pouce-index soit avec préhension globale. C'est plus du travaille sur les préhensions fines qu'on peut retrouver après dans la vie quotidienne. C'est toujours bien d'avoir un lien entre les deux. Après il n'y a pas une activité de vie quotidienne qui est ciblée forcément.

D'accord, j'en ai fini avec les questions. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordée pour y répondre.

De rien, c'était avec plaisir.

Retranscription entretien ergothérapeute n°2 - 29 minutes

Bonjour, C'est Anaïs Martres l'étudiante en troisième année d'ergothérapie à Clermont-Ferrand. (Oui, Bonjour) Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. Je réalise mon mémoire sur les moyens de prise en charge du Syndrome Douloureux Régional Complexe (oui), sur un moyen en particulier que vous découvrirez par la suite. Acceptez-vous que j'enregistre notre entretien ? (oui, bien sûr) D'accord. Alors je vais commencer par des questions plus de présentation et ensuite je poursuivrai par des questions plus en lien avec mon sujet. (D'accord, ça marche, juste une petite question, combien de temps dure l'entretien ?) Il dure environ 20 à 30 minutes. (D'accord alors c'est parti)

Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?

J'ai été diplômée précisément en 2013 et je suis de l'école de Lyon. (d'accord)

Dans quelle structure exercez-vous ?

Euh dans un centre de rééducation. Je suis dans un service d'hôpital de jour où j'accueille des patients en ambulatoire, ça c'est à mi-temps, et je suis à mi-temps dans un service de chirurgie (d'accord)

Et depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?

Ça va faire deux ans

D'accord, et auprès de quelle population exercez-vous ?

Auprès de personnes qui présentent des douleurs chroniques notamment avec des personnes présentant des problèmes à type de lombalgie chronique mais aussi des problématiques de syndrome douloureux régional complexe ou euh... on fait beaucoup de dos, beaucoup et un petit peu de membre sup aussi et des personnes qui présentent plus des troubles neurologiques, des paralysies cérébrales (d'accord). Et en chirurgie c'est plus de la prise en charge orthopédique donc auprès de personnes opérées du dos, de la hanche ou du genou.

D'accord, vous me dites que vous prenez en charge des personnes qui souffrent d'un sdrc. (oui exactement !) Ces personnes souffrent-elles majoritairement d'un SDRC de type 1 ou de type 2 ? On voit surtout des type 2. Attends rappelle-moi type 2 c'est sans troubles neuropériph ? (en fait, type 1 c'est après un traumatisme par exemple fracture ou entorse et type 2 le traumatisme entraîne une lésion nerveuse) type 2 c'est les lésions nerveuses ? (oui) ouais type 1 alors excuse-moi. (type 1 d'accord c'est pas grave) ouais désolée. Surtout des type 1 mais honnêtement dans ma pratique quotidienne j'en vois pas beaucoup des SDRC. (d'accord)

Quand ils arrivent, ils se situent plutôt en phase aiguë ou chronique ?

Ah moi je les vois en phase chronique. On les voit tard c'est généralement bien 1 an 1 an et demi on est un peu la dernière roue du carrosse. (d'accord)

Donc là j'en ai fini avec les questions de présentation je vais passer aux questions plus en lien avec mon sujet (ok !)

D'après vous, comment le patient souffrant d'un SDRC aborde la rééducation ?

Hmmmmmm.... Je dirai... je dirai déjà que c'est des personnes qui ont déjà un suivi, différents types de prise en charge qui n'ont pas fonctionné donc y'a certaines personnes qui sont très partantes pour

essayer des nouvelles choses et après y'a des personnes qui sont un petit peu résignées euh... et il y en a certaines qui disent c'est un peu ma dernière chance donc...ça dépend un peu du profil de patient mais je dirai que le point commun c'est que c'est des gens qui sont ... qui ont déjà essayé des multiples solutions thérapeutiques qui n'ont pas porté vraiment leur fruit (d'accord)

Du coup, pensez-vous que c'est différent d'une autre pathologie ?

Euh d'une autre pathologie ? Telle que ? t'as pas d'exemple précis ? (dans leur manière d'aborder leur rééducation vous me dites que c'est un peu leur dernière solution, la dernière roue du carrosse, mais est-ce que c'est pareil par exemple dans un AVC ou dans une lombalgie chronique comme vous me disiez tout à l'heure ?) ah ben on est quand même dans une prise en charge d'une douleur chronique donc ce sont des personnes qui...qui...qui vivent avec cette douleur depuis plusieurs mois voire des années donc c'est vrai que c'est très différents d'une prise en charge aiguë et puis c'est quand même une prise en charge qui a toute son importance dans la pluridisciplinarité. C'est-à-dire que notamment euh...l'enjeu quand ces patients viennent c'est qu'ils trouvent un peu des solutions pour pouvoir gérer leurs douleurs et c'est ce qu'on leur dit, on leur dit toujours « on ne vous garantit pas que vous repartirez avec zéro douleur mais c'est que vous puissiez trouver des outils qui vous permettent de vous soulager » donc nous en tant qu'ergothérapeute notamment avec les personnes avec un SDRC les séances de thérapie miroir ça peut être une solution pour voir si ça a une influence sur la douleur mais c'est pas le seul. Euh... peuvent être mis en place en fonction de la phase dans laquelle la personne est par exemple des bains écossais, peuvent être mis en place certaines...certaines contentions pour voir par exemple s'il y a de l'œdème. Voilà c'est un élément parmi tant d'autres et notamment on travaille beaucoup en partenariat avec les ergothérapeutes, les infirmières qui elles peuvent jouer beaucoup sur la relaxation. Donc c'est un élément au milieu d'autres.

D'accord, et voyez-vous des difficultés particulières dans la rééducation de ces patients ?

Euh... ce qui est difficile c'est la temporalité de la rééducation c'est-à-dire que c'est souvent des prises en charge qui sont au long court qui donnent des résultats après des semaines voire des mois. Ce n'est pas quelque chose qui...qui évolue du jour au lendemain. Et donc ça c'est aussi bien... ça peut être aussi bien... enfin c'est à prendre en compte par le thérapeute mais aussi par le patient parce que d'un côté comme de l'autre se pose toujours la question de comment vont évoluer les choses et d'où l'importance en fait de faire l'évaluation précise à l'entrée, des évaluations intermédiaires et des évaluations finales qui sont bien définies pour pouvoir objectiver l'amélioration même si extérieurement le patient ne s'en rend pas tout de suite compte parce que c'est des gens qu'on peut suivre pendant deux ou trois mois sur une multiplicité de prise en charge et donc c'est pour ça que c'est important de faire le point régulièrement par exemple tous les mois pour dire « bon ben là qu'est-ce que vous en pensez » puis avoir des critères un peu plus objectifs qui permettent de mettre en évidence « ben là vous voyez effectivement au niveau de la douleur ça a peut-être peu évolué mais on peut constater que sur la mobilité articulaire, au niveau de votre sensibilité, au niveau de votre image du corps il y a des choses qui s'améliorent » et voilà comment on peut les motiver et pourquoi on va décider de continuer ou pas. (d'accord)

Du coup vous avez commencé à y répondre un petit peu tout à l'heure mais pouvez-vous développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces patients ?

Euh...dans la rééducation vraiment le processus...alors ... au niveau général alors il y a une première évaluation assez précise on fait notamment le point de tout ce qui est objectifs sur le membre sup de la personne atteinte, on fait également un point sur ses habitudes de vie et après on fixe les objectifs

ensemble. Euh ... au niveau des objectifs qu'on met en place s'il y en a beaucoup beaucoup on peut faire une MCRO pour un peu prioriser les objectifs. Et puis après sur le type de prise en charge donc c'est ce que je te disais on fait le point donc sur la phase dans laquelle elle est au niveau du SDRC si elle est en phase chaude ou en phase froide après on peut proposer, avec le regard de la personne, plusieurs choses spécifiquement avec le SDRC. On peut mettre en place soient des bains écossais, on peut également mettre en place ouais... s'il y a un œdème important des...des... gants compressifs, on peut mettre en place un appareillage spécifique s'il y a une impotence fonctionnelle qui est majeure. Euh... on peut mettre en place donc de la thérapie miroir, alors thérapie miroir c'est un bien grand mot pour expliquer beaucoup de chose donc on essaye un peu de formaliser le protocole mais c'est vrai que même la littérature sur ce sujet est encore très très imprécise. Euh... on peut mettre en place des exercices de rééducation plus analytiques ou plus fonctionnels en fonction de ce qui est présenté. Euh...voilà en fonction du niveau de récupération de la personne, on fait une rééducation analytique si elle récupère par exemple d'abord en distal ou d'abord en proximal ou on peut faire aussi différentes mises en situation en fonction des habitudes de vie de la personne, de sa principale problématique c'est toujours un petit peu ben le fond de l'ergo quoi euh... qu'est-ce qu'on peut mettre en place d'autre ? euh...que je réfléchisse... on peut faire aussi le point pas mal sur tout l'aspect réadaptation dans le quotidien aussi en fonction des difficultés rencontrées, en terme d'aides techniques, en terme d'aménagement de l'environnement. (d'accord) hmmm voilà globalement je dirai ça. (oui il y a pas mal de chose déjà) oui puis c'est toujours difficile de dire ce qu'on va mettre en place parce que ça dépend tellement de la personne, en fonction de l'évaluation qu'on a fait, du processus de production du handicap (d'accord).

[Vous parlez de thérapie miroir dans la rééducation des personnes souffrant d'un SDRC \(oui !\), et est-ce que vous avez suivi une formation particulière pour la dispenser ?](#)

Pas du tout (pas du tout) non non. Euh... à ma connaissance je ne sais pas s'il en existe (d'accord, euh... si, il existe des congrès et des formations). D'accord, moi j'ai un peu l'impression que tout le monde fait un peu comme il le comprend parce qu'il n'y a pas encore de protocole...de référence dans la littérature. Puis bon on se pose la question de thérapie miroir imagerie motrice c'est vrai que les choses sont très intriquées. Euh...Moseley en a mis en évidence d'autres auteurs sont plutôt contre donc ouais c'est un gros sujet (rire)

[Et du coup quand vous utilisez la thérapie miroir, voyez-vous des particularités dans cette prise en charge?](#)

Euh... c'est pas toujours une solution de référence ça dépend vraiment de chaque personne parce que moi j'ai quand même l'exemple d'une dame que j'ai accompagnée et qui ...qui par l'effet...donc on avait fait un protocole de thérapie miroir suivant entre guillemets le protocole de Moseley. C'est-à-dire en trois étapes, la première étape de reconnaissance de latéralité, la deuxième étape d'imagination de la position de la main et la troisième étape avec le miroir. Donc voilà on avait reformalisé ça et puis en fait la première étape s'est très bien passée mais quand on a dû après ben mettre la main devant le miroir ça a été une réaction hyper ...hyper difficile pour elle parce qu'automatiquement la douleur a augmenté à 10, automatiquement elle s'est mise à avoir une vague d'émotion hyper importante, vraiment une douleur foudroyante. Et donc c'est quelque chose qui est un peu moins mis en évidence que ça peut aussi avoir des effets inverses, donc ce n'est pas toujours une solution je pense que c'est important d'y aller par étape et effectivement c'est à adapter à chaque patient et c'est un test à faire et puis de savoir aussi dire stop sans avoir une aggravation de la douleur quoi. (d'accord)

Vous disiez que c'était en fonction des objectifs de la personne que vous l'utilisiez mais du coup, à partir de quel moment proposez-vous la thérapie miroir au patient ?

En fait nous on fonctionne sous prescription médicale, donc c'est une prescription médicale c'est défini en équipe avec le médecin de référence, le médecin rééducateur et on peut soit nous même le proposer à la personne soit c'est le médecin qui le propose initialement et après c'est ... ça vient justement de la discussion qu'on peut avoir ensemble. Et après on en parle évidemment au patient pour avoir son accord ou pas. (d'accord)

Vous utilisez le programme de Moseley, mais quand vous passez à la partie sur la thérapie miroir que proposez-vous comme exercices ? Pouvez-vous me décrire une séance type ?

Euh... je commence par des exercices très simples, très analytiques de flexion/extension de poignet, inclinaison ulnaire et inclinaison radiale, opposition pouce-index, des choses très très simple, après tout dépend où se situe l'algo mais par exemple pour une algo de poignet. euh... et puis après on part sur des mouvements, des exercices enfin...un petit peu plus fonctionnels entre guillemets hein mais au début je commence sans utilisation de l'objet puis après je rajoute l'utilisation de certains objets de la vie quotidienne ou pour travailler sur un type de préhension ou des choses comme ça. (d'accord)

Percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à ce moyen de rééducation ?

Euh... oui c'est un gros enjeu de garantir la motivation de la personne dans ce protocole qui est pas souvent...qui porte pas souvent des résultats...des résultats...très significatifs rapidement. Euh ... donc ça c'est la première chose sur la motivation entre guillemets au long court et la deuxième chose la difficulté qu'on peut rencontrer c'est si la thérapie miroir a l'effet inverse et augmente la douleur au lieu de la diminuer.

Et selon vous, quels comportements, attentes, facteurs particuliers peuvent entraver cette adhésion ?

Euh ...ben je dirai que c'est les éléments que je viens de dire mais tu dois attendre autre chose (rire). Donc ça peut être la question de la douleur, la question du temps de la prise en charge ça peut être... ah oui ! l'élément hyper important en fait j'aurai du en parler au début, c'est surtout ... euh ... ça peut être la non compréhension de cette modalité thérapeutique (oui) c'est-à-dire que pour faire de la thérapie miroir il faut que la personne elle comprenne quand même que... bon c'est des mots techniques mais il faut qu'elle comprenne avec des mots simples qu'on fait de la thérapie miroir parce que probablement compte tenu de cette douleur chronique la personne elle a eu une modification de son image du corps et de son schéma corporel et que sa douleur elle est pas uniquement périphérique mais elle aussi centrale au niveau de ses différents cortex sensoriels et moteurs et donc que ben... les voies de la douleur viennent aussi alimenter entre guillemets cette douleur qui est présente. C'est-à-dire que quand c'est une douleur qui a duré pendant plusieurs mois, on sait bien que cette douleur on a une hypersensibilité à la douleur entre guillemets. Donc ouais du coup je dirai que si la personne n'a pas compris en amont pourquoi on fait ça ben tout le long de la thérapie elle ne saura pas trop pourquoi, pourquoi elle est là et quels sont les bénéfices attendus et c'est vrai que je pense que tout programme de thérapie miroir doit être précédé d'une ou deux séances d'éducation thérapeutique pour qu'elle comprenne un petit peu comment fonctionne entre guillemets cette douleur chronique et puis comment avec la thérapie miroir on va essayer de modifier la perception qu'on a du membre douloureux. (d'accord)

Et à votre avis, quels sont les points forts de cette thérapie ?

C'est qu'elle est facilement mise en place et on peut facilement la mettre en place elle est reproductible à domicile si la personne a bien compris son fonctionnement. Euh ... ouais c'est une thérapie qui demande peu de moyens financiers. Euh... c'est une thérapie euh ... qui a montré des résultats positifs même si les choses ne sont pas hyper...hyper claires dans le SDRC parce que c'est plus claires dans d'autres....enfin à mon sens peut être que je me trompe (non c'est vrai qu'il y a plus d'écrit sur les AVC ou les douleurs du membre fantôme) ouais ça reste encore assez flou. Voilà je dirai que c'est un type de recherche intéressante pour le patient en termes d'évolution de sa douleur. Puis c'est vrai que du coup si c'est positif en terme de résultats ben ça peut être que positif pour le patient du coup ...ça lui redonne un peu d'envie quoi... l'envie de continuer....il reprend un peu confiance ouais vu que rien marchait jusqu'à présent. (d'accord)

D'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?

Ah ben je pense qu'il faut être hyper en lien entre le patient, son ressenti, entre l'équipe pluridisciplinaire qui accompagne le patient voilà en fonction des indices qu'il peut repérer, que chaque professionnel peut repérer de son côté mais voilà faut avant tout être attentif à ce que ressent la première personne concernée, son entourage et en fonction des observations cliniques qu'on peut en avoir. (d'accord)

Comment présentez-vous la thérapie miroir au patient lors de la première séance?

Alors je lui fais justement un petit topo sur comment fonctionne la douleur, la douleur chronique mais dans le centre de rééducation dans lequel je travaille il y a un médecin qui s'occupe à fréquence régulière des conférences qui s'appelle « les topos des voies de la douleur » ou justement elle explique comment fonctionne le mécanisme de la douleur chronique. Donc en général je fais un petit rappel du topo de la personne a vécu mais assez rapidement et j'explique justement que l'objectif de la thérapie miroir c'est de modifier la représentation que la personne a de son membre douloureux et justement de voir si ça va avoir un effet sur la douleur. (d'accord)

Tout à l'heure vous disiez que ça pouvait être sur prescription médicale, mais du coup cette thérapie lui est-elle proposée ou imposée ?

Non non, ça lui est toujours...ça lui est toujours proposé jamais imposé. (d'accord)

Face à une personne souffrant d'un SDRC, comment susciteriez-vous son engagement dans la thérapie miroir en ergothérapie ?

Ah je pense que ça en ergo notre spécificité c'est de pouvoir faire le point sur des objectifs qui sont signifiants pour la personne, c'est-à-dire se baser justement son contexte de vie globale mais pas rester uniquement sur son membre douloureux et essayer de formaliser les objectifs justement par rapport ... par rapport à sa propre situation et je trouve que la MCRO c'est un bon outil en fait pour pouvoir justement faire le point sur les difficultés qu'elle rencontre et comment vont être priorisées les choses pour que la personne elle trouve un résultat qui soit aussi significatif pour elle dans son quotidien (d'accord) mais voilà la spécificité de l'ergo dans la thérapie miroir c'est de pouvoir l'associer à l'activité après le transfert qui pourra être fait dans son quotidien même si la thérapie miroir en tant que telle ne va pas permettre ça d'emblée mais ça va permettre de rapprocher à ça, c'est-à-dire qu'au niveau des exercices par exemple en analytique on va travailler bon ben c'est ce que je disais flexion, extension, pinces, des choses comme ça des préhensions très simples. Et après par exemple si la personne elle a... moi j'ai une personne pianiste par exemple qui avait une algo et qui était pianiste professionnelle et qui pouvait pas du tout reprendre le piano et en fait du coup après on est allé vers des mouvements de pianotage en thérapie miroir et on a fait plus ça que d'autres types de

mouvements euh...parce que justement on dessinait un clavier et cetera sur le bureau des choses comme ça et on a fait plus ça parce que justement on avait fait le point sur ce qui était le plus signifiant pour elle dans sa vie personnelle quoi (oui d'accord, donc il faut impliquer la personne dans sa rééducation et mettre en place des chose en fonction de ses intérêts) oui c'est ça ! Donc c'est ça la spécificité de l'ergo dans cette thérapie parce que c'est une thérapie qui peut être pratiquée par d'autres professionnels plusieurs paramédicaux comme les kinés, pourquoi pas les psychomotriciens (d'accord).

J'en ai fini avec mes questions, je vous remercie encore pour le temps que vous m'avez accordé. (d'accord super j'espère que je t'aurai aidé alors) oui merci !

Retranscription ergothérapeute n°3 – 20 minutes

Bonjour, C'est Anaïs Martres l'étudiante en troisième année d'ergothérapie à Clermont-Ferrand. Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. (je vous en prie) Je réalise mon mémoire sur les moyens de prise en charge du Syndrome Dououreux Régional Complexe (oui), sur un moyen en particulier que vous découvrirez par la suite. Acceptez-vous que j'enregistre notre entretien ? (oui oui pas de souci) D'accord. Alors je vais commencer par des questions plus de présentation et ensuite je poursuivrai par des questions plus en lien avec mon sujet. (D'accord ça marche)

Donc pour commencer, depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?

Alors je suis diplômée depuis 2009 donc 7 ans

Dans quelle structure exercez-vous ?

Euh donc dans un centre de rééducation fonctionnelle.

Et depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?

Euh ... depuis que je suis diplômée.

D'accord, et auprès de quelle population exercez-vous ?

Alors c'est des adultes qu'on accueille euh... des patients neurologiques, traumatiques, orthopédie. On a, avec en neurologie, essentiellement des patients qui ont des blessés médullaires, des AVC, des SEP euh... voilà après on retrouve aussi des PTH, PTG, des fractures, des prothèses d'épaules enfin voilà...ce genre de chose (d'accord).

D'accord, Et prenez-vous en charge des patients souffrant d'un SDRC ?

Oui oui tout à fait nous en avons assez régulièrement.

Vous me dites que vous prenez en charge des personnes qui souffrent d'un sdrc. Ces personnes souffrent-elles majoritairement d'un SDRC de type 1 ou de type 2 ?

Alors je ne connais pas la différence entre type 1 et type 2. (Alors type 1, la pathologie survient après un traumatisme tel qu'une entorse, une fracture mais aussi la grossesse, et le type 2 survient après un traumatisme ayant engendré une lésion nerveuse) D'accord ! Alors moi c'est plutôt ...euh...une lésion nerveuse hein...alors nous c'est plutôt du type 1 mais alors hémiplégique vous le mettez plutôt dans quel type parce que du coup il n'y a pas de lésion nerveuse ? Et en même temps ce n'est pas juste une fracture (oui oui pour un SDRC secondaire à un AVC c'est en effet assez particulier pour la classer mais s'il n'y a aucune lésion nerveuse c'est classer dans le type 1) d'accord enfin voilà...donc si je peux vous dire nous c'est généralement des type 1 et c'est vrai souvent c'est après une fracture actuellement...euh... on en a plusieurs comme ça. (d'accord)

Et quand ils arrivent dans votre centre de rééducation, ils se situent plutôt en phase aigüe ou chronique ?

Euh...alors euh ça dépend lesquels avant j'exerçais en hospitalisation complète où c'était plus de l'aigu là depuis quelques mois je suis en hôpital de jour où on est plus...on est peut-être plus chronique (d'accord)

Donc là j'en ai fini avec les questions de présentation je vais passer aux questions plus en lien avec mon sujet

D'après vous, comment le patient souffrant d'un SDRC aborde la rééducation?

Comment ils abordent la rééducation ? (oui, leur état d'esprit entre guillemets). Dans quel état d'esprit ? Ben du coup c'est souvent des patients qui se plaignent de douleurs euh ... donc souvent les demandes, les plaintes principales c'est d'abord de soulager la douleur. Euh... on voit que c'est souvent ça quand on voit un petit peu quand on essaye de voir quelles sont leurs plaintes, quelles sont leurs gênes c'est souvent des patients qui vont mettre en avant des douleurs. Ils vont...euh... ils vont aussi mettre en avant leur gêne au quotidien... Parce que du coup euh... du fait de la douleur ben ils mobilisent de moins en moins leur membre douloureux.... Et du coup ils le sollicitent moins et du coup ben euh.... Ils sont beaucoup moins indépendants... et du coup ben pour revenir à ta question ben ils demandent qu'on leur diminue entre guillemets leur douleurs mais ils sont aussi un peu effrayé à l'idée de devoir bouger à nouveau leur membre douloureux mais en même temps motivé parce que c'est un peu comme leur dernière chance. Ils arrivent en phase chronique et euh... en général ben... ils sont un peu passés partout et ça n'a pas fonctionné. (D'accord)

Du coup, pensez-vous que c'est différent d'une autre pathologie ?

Euh... ben différents d'une autre pathologie...hmm en fait c'est un peu difficile par ce sont des patients qui des fois ne sont pas là que pour ça donc oui ils ont parfois déjà une pathologie pour laquelle ils sont présents puis ensuite ce serait plus une complication de leur pathologie... le sdrç... donc du coup euh...je sais pas si on peut... je sais pas... si il y a cet aspect que je te disais tout à l'heure...où euh.... Ils ont envie que leurs douleurs diminuent mais en même temps ils sont dans un cercle vicieux où ils ont mal donc ils immobilisent mais du coup il y a de plus en plus de raideurs articulaires....et le membre est un peu exclu même si enfin...ouais l'exclusion peut être présente dans d'autres pathologies.

D'accord, et voyez-vous des difficultés particulières dans la rééducation de ces patients ?

Euh....ben oui parce que comme je vous dis c'est patients qui sont quand même très douloureux donc ça faut en tenir compte ... c'est souvent euh.... Enfin souvent ça freine la rééducation parce que c'est des patients du coup qui vont avoir soient des limitations... même des limitations articulaires dû à des œdèmes, qui vont avoirenfin voilà quoi tout ce qui peut être du euh...au sdrç du coup qui fait que forcément ça va ...euh.... Ça va gêner la rééducation, ça va gêner la prise en charge du coup euh.... Voilà ! (oui, d'accord)

Du coup, pouvez-vous développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces patients ?

Alors euh...essentiellement on fait des bains glacés ou des bains écossais euh ...ensuite là en ce moment je le fais mais ce n'est pas systématique... j'utilise la thérapie miroir avec une patiente (d'accord). On peut essayer aussi des gants compressifs et puis...voilà c'est essentiellement ça bains glacés, gants compressifs, et puis ben euh...qu'est-ce que j'ai dit ? (rires) oui la thérapie miroir. (d'accord)

Vous parlez de thérapie miroir dans la rééducation des personnes souffrant d'un SDRC (oui !), et est-ce que vous avez suivi une formation particulière pour la dispenser ?

Non, non non pas du tout c'est quand même...euh... une chose relativement nouvelle je dirai encore plus d'après moi avec le SDRC (oui oui c'est assez récent) et c'est compliqué je trouve justement de trouver un protocole bien validé enfin j'ai un petit peu de mal ouais... (oui)

Et du coup quand vous utilisez la thérapie miroir, voyez-vous des particularités dans cette prise en charge?

Ben là je suis en train d'essayer du coup avec un patient SDRC justement à qui je l'ai proposé après avoir essayé les bains glacés et les gants compressifs qui n'ont pas fonctionnés puisqu'il est encore très très douloureux. C'est un patient qui étonnamment est plutôt partant et motivé pour essayer les choses...euh... parce que là ça fait beaucoup de choses qu'il essaye et ... sachant que c'est une de ces gêne principale qui... qui freine un peu la rééducation et le récupération motrice...et c'est vrai que parfois il comment dire ...il se décourage un peu mais après il veut tout essayer ...tout ce qui pourrait lui permettre de diminuer cette douleur qui l'handicape au quotidien et remobiliser sa main quoi.... Mais c'est vrai que c'est difficile dans les moments où il se décourage où il ne croit plus en rien Il faut savoir lui redonner cette motivation mais il la retrouve en général.

Du coup est-ce que vous pouvez me décrire une séance type de thérapie miroir ?

Alors du coup-là euh...je commence par euh...par l'imagerie mentale d'abord (oui) ... euh où sans rien du coup euh je demande au patient donc d'imaginer euh un mouvement avec les yeux fermés d'imaginer le mouvement de son membre supérieur lésé euh... ensuite euh donc je positionne le miroir et on fait du coup, je lui fais faire 4 mouvements pendant environ 3-4 minutes où là je fais...enfin je le fais progressivement mais là j'en suis à pendant deux ou trois semaines on fait deux mouvement qu'il réalise uniquement avec son côté sain et deux mouvements qu'il va réaliser simultanément avec le côté sain et le côté lésé (d'accord) voilà !

Alors du coup si je ne me trompe pas vous m'avez dit que vous avez proposé la thérapie miroir à cette personne parce que rien n'avait fonctionné auparavant c'est ça ?

Oui voilà alors je parle d'un point de vue ergo alors après y'a évidemment une collaboration avec le médecin avec le kiné euh donc euh....moi d'un point de vue ergo c'était à peu près tout ce que j'avais en ma possession comme moyens pour essayer de lutter contre ça et non ça ne fonctionnait pas...enfin...les bains glacés je le continue avec lui parce que c'est quelque chose qui le soulage mais qui le soulage sur une très courte période donc ça va le soulager pendant une ou deux heures après et puis la douleurs revient l'œdème revient donc l'idée c'était de trouver une thérapie qui puisse agir sur euh... un plus long terme (d'accord)

Percevez-vous des difficultés particulières pour faire adhérer les patients à ce moyen de rééducation ?

Euh Oui ça peut parce que comme je vous ai dit tout à l'heure euh... quand le patient ben il arrive en phase chronique, du coup ça veut dire que ça fait plus d'un an qu'il se traîne cette douleur et qu'il a entre guillemet tout essayé ben du coup il peut se retrouver découragé et vouloir tout abandonner Après y'a aussi que la thérapie miroir ça leur paraît quand même très bizarre qu'un simple miroir puisse leur diminuer leurs douleurs ils n'y croient pas enfin euh... c'est surtout qu'ils ne comprennent pas comment ça marche. Après aussi faut qu'ils y voient un intérêt à faire ça parce que s'ils comprennent pas ce que ça peut leurleur apporter comme trucs...enfin comme bénéfiques pardon ben ils auront pas envie de s'impliquer là-dedans quoi. Après là actuellement Le patient avec qui je fais la thérapie miroir me dit que c'est très compliqué aussi au niveau de la concentration, puis qu'à la maison ben il a besoin de le faire au calme et que du coup c'est compliqué de trouver du temps pour le faire parce que c'est pas toujours le cas donc enfin voilà c'est...voilà(d'accord)

Et du coup à votre avis, quels sont les points forts de cette thérapie ?

Ben je trouve que ce qui est intéressant là-dedans c'est qu'il peut y avoir une double utilité parce que du coup on va jouer et sur la douleur et sur la mobilité du coup. Puis ça peut être utilisé du coup à domicile donc là c'est un patient qui fait de l'auto rééducation chez lui donc c'est assez intéressant parce qu'il peut choisir de poursuivre en dehors de ces jours de présence à l'hôpital de jour ... c'est lui qui décide s'il s'en sent capable et quels exercices il veut faire et pendant combien de temps... donc voilà pour ça c'est pas mal ... (d'accord)

Selon vous, quels peuvent-être, pour le patient, les facteurs motivants pour poursuivre cette thérapie ?

Ben justement comme je viens de dire le fait qu'il puisse le faire chez lui c'est bien parce que du coup ben euh... c'est lui qui prend part à sa rééducation enfin ... oui c'est lui qui décide s'il va le faire et qui...qui va décider ouais de ses exercices et tout ça ... ça l'autonomise un peu... après aussi c'est ce que je disais s'il s'aperçoit que c'est utile pour lui et qu'il peut gagner en mobilité et du coup être plus indépendant au quotidien et plus se considérer comme la personne qui a toujours besoin de quelqu'un pour faire... Enfin voilà quoi c'est gratifiant...ça va lui apporter un certain bien-être puisque plus de douleur ou enfin moins de douleurs égale je peux faire plus de chose...et donc ben je serai plus reconnu par les autres ! oui enfin voilà après y'en a aussi qui s'implique à fond parce qu'ils en ont ras-le-bol de cette douleurs et que ça les gêne au quotidien ...et puis voilà ils ont mal, ils ont la main enflée, enfin voilà... et qu'ils veulent tout essayer! (d'accord)

D'après vous, quelle est l'attitude à privilégier pour utiliser ce moyen thérapeutique ?

Euh en tout cas je reste prudente...euh enfin prudente c'est pas le mot mais j'explique bien au patient que c'est quelque chose de validé et qui a fait ses preuves parce que ça peut paraître un petit peu étrange pour le patient euh...de prime abord donc euh ...voilà le rassurer que c'est bien un technique bien validée qui a été prouvée dans la littérature française son efficacité.... Et puis lui dire qu'on n'est pas sûr que ça va fonctionner mais que ça vaut quand même le coup. Après il faut quand même pendant les séances être là...enfin ouais être là pour entendre ce qu'il a à dire, ce qu'il ressent et s'il éprouve le besoin d'arrêter parce qu'il est fatigué qu'il a mal à la tête...après y'a un truc que j'ai vu au fur et à mesure c'est que ...oui enfin on fait un bilan d'entrée et parfois c'est bien d'en refaire un justement quand on voit de l'amélioration pour lui montrer et ...en quelque sorte ça objective sa récupération et ça peut le rassurer le valoriser quoi.

Comment présentez-vous la thérapie miroir au patient lors de la première séance?

Ben du coup on lui explique bien comment les séances vont se dérouler, et pourquoi on fait ça... « vous savez on peut tenter la thérapie par le miroir ça peut permettre de diminuer vos douleurs et améliorer votre mobilité ». après faut aussi lui expliquer avec des mots simples comment ça fonctionne tout ça...la douleur, la thérapie enfin voilà...(d'accord) ah si ! y'a une chose importante c'est lui dire que surtout si y'a quelque chose qui ne va pas et qu'il ne comprend pas qu'il faut qu'il le dise. Et puis aussi qu'il est libre d'arrêter s'il est trop fatigué ou s'il ressent trop de douleur... enfin voilà le rassurer quoi ... on le prend pas au piège... il décide... et puis rester quand même sincère avec lui aussi parce que ça peut ne pas fonctionner donc faut lui dire aussi (d'accord)

Et du coup pendant la séance comment accueillez-vous la personne, ses propos, les souffrances qu'elle peut vous témoigner ?

Euh...j'écoute... j'entends ...euh ... je tente de rassurer ...De revaloriser... puis y'a aussi...s'il ressent des douleurs au début je peux aussi lui dire que c'est normal voire même encourageant parce que ça

veut dire qu'il se passe quelque chose au niveau de son cerveau...que ça bouge entre guillemets quoi.

Et du coup cette thérapie elle lui est proposée ou imposée ?

Ah non non, on propose toujours...quelque soit le moyen et surtout pour la thérapie miroir je pense parce que c'est pas quelque chose de commun alors si déjà il ne comprend pas l'intérêt et qu'on lui impose c'est pas possible il ne s'investira jamais je pense. Donc ouais non c'est toujours une proposition. Après voilà si c'est un refus catégorique on essayer d'argumenter puis s'il refuse toujours on repousse à plus tard et puis on attend le bon moment pour lui « vous savez je vous avais parlé de la thérapie miroir ... » enfin voilà mais après s'il refuse il refuse tant pis on va pas le pousser à le faire de force non non ! Et puis s'il y a prescription médicale non plus on revoit avec le médecin après !

Face à une personne souffrant d'un SDRC, comment susciteriez-vous son engagement dans la thérapie miroir en ergothérapie ?

Ah euh Ben Si faut essayer de faire en sorte qu'il se sente impliqué dans sa rééduc quand même, lui laisser le choix comme on disait tout à l'heure puis y'a aussi c'est un point essentiel surtout en ergo rapporter au quotidien ...enfin je veux dire par exemple utiliser des objets du quotidien ... je sais pas faire en fonction de ses intérêts de ses habitudes de vie... qu'est-ce qu'il aimerait pouvoir refaire comme mouvement pour le rendre fonctionnel dans son quotidien... par exemple s'il aime cuisiner lui donner un fouet et faire des rotation de poignet enfin ça paraît bateau mais au moins il voit l'intérêt... y'a le mouvement qu'on souhaite lui faire réaliser mais on le met aussi en lien avec son quotidien donc il voit l'objectif où on veut aller quoi enfin ouais ! et puis ouais il voit toutes les potentialités que ça a pour lui. Ouais voilà en fait faut pas rester que dans l'analytique faut lui montrer à quoi ça peut lui servir dans sa vie de tous les jours. Puis après ben c'est lui expliquer...ouais lui expliquer pourquoi la thérapie miroir pourquoi on va faire ça les objectifs quoi !et l'encourager après c'est important ! (d'accord)

Ben j'en ai fini avec mes questions, je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé et les réponses que vous m'avez apporté ! Je vous en prie ! J'espère que je vous aurai aidé !
Oui oui !

RESUME

Titre : Thérapie miroir et ergothérapie : les éléments favorisant l'engagement des personnes souffrant d'un Syndrome Douloureux Régional Complexe de type I (SDRC I)

Introduction : Le SDRC de type I représente 90% des SDRC et perturbe la vie quotidienne des patients ainsi que leur état psychologique et psychique, et notamment leur motivation. Le but de cette étude est d'identifier le rôle et les moyens mis en place par l'ergothérapeute afin de susciter l'engagement du patient souffrant d'un SDRC de type I.

Matériel et méthode : En utilisant une méthode clinique et qualitative, trois ergothérapeutes exerçant dans des centres de rééducation ont été interrogés suivant des entretiens semi-directifs.

Résultats : Les ergothérapeutes ont évoqué différents moyens permettant de susciter l'engagement des patients dans la thérapie miroir.

Conclusion : Prendre en compte le patient dans sa globalité, le laisser acteur de sa rééducation et mettre en place une relation favorable à la réalisation de l'activité sont des éléments participant à l'engagement de la personne dans cette thérapie.

Mots clés : Ergothérapie – Thérapie miroir – Syndrome Douloureux Régional Complexe – Engagement

ABSTRACT

Title: Mirror therapy and occupational therapy: the components stimulating the commitment of patients suffering from Complex Regional Pain Syndrome I (CRPS I)

Introduction: CRPS I represents 90% of CRPS and disturbs patients' daily living and psychological state especially their motivation. This study aimed to identify the role and the means which were set up by occupational therapists to stimulate the commitment of patients suffering from CRPS I in mirror therapy.

Materials and Methods: Using a clinical and qualitative method, three occupational therapists working in rehabilitation centers were interviewed with semi-structured interviews.

Results: The occupational therapists evoked different means allowing to stimulate the commitment of patients.

Conclusion: Taking the patient as a whole into account, allowing him to be an actor of his rehabilitation and setting up a favourable relationship to carry out the activity were components participating in the commitment of the person in this therapy.

Key words: Occupational therapy – mirror therapy – complex regional pain syndrome – commitment