



**HAL**  
open science

# Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques

Laure Castagné

► **To cite this version:**

Laure Castagné. Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01650378

**HAL Id: dumas-01650378**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01650378v1>**

Submitted on 28 Nov 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Faculté  
de Médecine  
Aix-Marseille Université

Aix-Marseille  
université

Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille

Laure CASTAGNE

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à  
la recherche

**Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques**

Sous la direction de :  
Marie-Charlotte BRANCHET, directrice de mémoire  
et David LAVERNHE, référent méthodologie

Diplôme d'État d'Ergothérapie

*Je tiens sincèrement à remercier :*

*Ma maître de mémoire, Marie-Charlotte Branchet, pour son soutien et son accompagnement  
tout au long de la rédaction du mémoire,*

*David Lavernhe, référent méthodologie, pour sa disponibilité et ses conseils,*

*L'ensemble des ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à mes questions,*

*L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille  
pour leurs apports théoriques, méthodologiques et pratiques au cours des années de  
formation,*

*Mes collègues de promotion*

*Ma famille et mes amis pour leur soutien et leur présence.*

## SOMMAIRE :

|   |    |
|---|----|
| 1.Introduction.....   | 1  |
| 1.1 : Contexte.....   | 1  |
| 1.2: Thème général.....   | 2  |
| 1.3 : Utilité sociale, intérêt et enjeux pour la pratique professionnelle.....      | 3  |
| 1.4 : Questionnement et problématique pratique.....                                 | 4  |
| 1.5: La sensibilité.....  | 5  |
| 1.5.1 : La sensibilité cutanée.....   | 5  |
| 1.5.2 : Le système somesthésique.....   | 6  |
| 1.5.3 :La Neuroplasticité ou plasticité neuronale.....                              | 6  |
| 1.6 : La douleur.....   | 7  |
| 1.6.1:Définition de la douleur.....   | 7  |
| 1.6.2 : La douleur neuropathique.....   | 8  |
| 1.7: Rééducation sensitive de la douleur.....                                       | 9  |
| 1.7.1 : « Désensitization ».....  | 9  |
| 1.7.2 : Méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathique chroniques..... | 9  |
| 1.8: Hypoesthésie.....  | 10 |
| 1.8.1: Définition.....  | 10 |
| 1.8.2:Bilan.....  | 10 |
| 1.8.3 : Rééducation de l'hypoesthésie.....  | 12 |
| 1.9 : Allodynie mécanique.....  | 13 |
| 1.9.1 : Définition.....   | 13 |
| 1.9.2 : Bilan à réaliser.....   | 14 |
| 1.9.3: Rééducation de l'allodynie mécaniques.....                                   | 16 |
| 1.9.4: Rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente.....                           | 17 |

|   |    |
|---|----|
| 1.10: L'éducation thérapeutique du patient (ETP).....                       | 18 |
| 1.10.1 : Définition.....  | 18 |
| 1.10.2:Processus de l'Éducation Thérapeutique du Patient.....               | 19 |
| 1.10.3: L'ergothérapie et l'éducation thérapeutique du patient.....         | 20 |
| 1.11: Enquête pré-exploratoire.....   | 21 |
| 1.11.1 : Outils de recueil de donnée.....                                   | 21 |
| 1.11.2 : Public ciblé.....  | 21 |
| 1.11.3 : Test du questionnaire.....   | 21 |
| 1.11.4:Construction du questionnaire.....                                   | 22 |
| 1.11.5 : Synthèse des résultats de la pré enquête exploratoire.....         | 22 |
| 1.12 : Cadre théorique.....   | 23 |
| 1.12.1 : Éducation à la méthode de rééducation sensitive à la douleur.....  | 23 |
| 1.12.2 : Modèle du Processus de Production du Handicap (PPH).....           | 26 |
| 1.12.3: Adhésion, motivation, implication.....                              | 27 |
| 2: Matériel et méthode.....   | 29 |
| 2.1: Choix de la méthode.....   | 29 |
| 2.2 : Population ou matériel – critère d'inclusion.....                     | 29 |
| 2.2.1 : Critère d'inclusion.....  | 29 |
| 2.2.2 : Critère d'exclusion.....  | 29 |
| 2.3 : Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données..... | 30 |
| 2.3.1 : Choix de l'outil théorisé de recueil des données.....               | 30 |
| 2.3.2: Construction de l'outil théorisé de recueil des données.....         | 30 |
| 2.4 : Déroulement de l'enquête ou de l'expérimentation.....                 | 32 |
| 2.5: Choix des outils de traitement de données.....                         | 32 |
| 3: Résultats.....   | 32 |

|  |    |
|--|----|
| 3.1 : Présentation des données.....  | 32 |
| 3.2 : Analyse des données.....   | 38 |
| 3.2.1 : Résultats en lien avec la méthode de rééducation sensitive de la douleur.....          | 38 |
| 3.2.2 : Résultats en lien avec les théories de l'apprentissage.....                            | 38 |
| 3.2.3 : Résultats en lien avec le modèle du PPH.....   | 39 |
| 3.2.4 : Résultats en lien avec l'implication et l'adhésion du patient.....                     | 40 |
| 4: Discussion des données.....   | 42 |
| 4.1 : Interprétation des résultats et réponse à l'objet de recherche.....                      | 42 |
| 4.2 : Discussions autour des résultats et les critiques du dispositif de recherche.....        | 43 |
| 4.3 : Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle.....                    | 44 |
| 4.4 : Apports, les intérêts et les limites des résultats pour la pratique professionnelle..... | 44 |
| 4.4.1 : Apports et intérêts des résultats pour la pratique professionnelle.....                | 44 |
| 4.4.2 : Apports personnel du mémoire.....  | 45 |
| 4.4.3 : Les limites des résultats pour la pratique professionnelle.....                        | 45 |
| 4.4.4 : Perspectives de recherches.....  | 46 |
| Annexes.....   | 47 |
| Bibliographie.....   | 71 |

## 1. Introduction

### 1.1 : Contexte :

De nos jours, il nous est demandé de plus en plus tôt de choisir notre voie professionnelle, et cela n'est pas chose facile. Je souhaitais réaliser un métier dans le domaine du paramédical afin d'être proche des personnes et de pouvoir leur venir en aide. Lors d'un forum des métiers j'ai découvert celui d'ergothérapeute. Suite à cela, j'ai su que je voulais exercer ce métier. En effet celui-ci, m'a interpellé car il nous permet de travailler avec un grand éventail de populations et de pathologies. La recherche d'autonomie, de bien-être, d'indépendance des personnes en situation d'handicap sont aussi des facteurs qui m'ont orienté vers ce métier. Une prise en charge globale de la personne est également un aspect de l'ergothérapie qui m'a attiré.

Suite à l'obtention de mon diplôme d'état en ergothérapie, je souhaite exercer dans le secteur de la rééducation. C'est un domaine qui m'attire particulièrement et dont j'ai eu l'occasion de faire des stages. Le domaine de la rééducation est pour moi très enrichissant car il permet de rencontrer différents publics, pathologies et d'apprendre de nouvelles techniques de rééducation. Au vu de mon intérêt pour ce domaine d'activité et de mon projet professionnel, il m'a paru juste de procéder à la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche sur une technique de rééducation en ergothérapie pour un public particulier.

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire j'ai décidé de m'intéresser à la rééducation sensitive des personnes présentant des douleurs neuropathiques chroniques. Il est vrai que de nos jours beaucoup de personnes sont atteintes de douleurs. Celles-ci ont un impact péjoratif sur la vie quotidienne des patients. Lors de mon deuxième stage, j'ai rencontré un patient ayant eu une perte de la sensibilité suite à une tumeur. J'ai pu me rendre compte au cours des deux mois de l'importance de la sensibilité superficielle et profonde pour réaliser les actes de la vie quotidienne. La perte de la sensibilité et la présence de douleur rend difficile le quotidien des personnes. De plus, la douleur doit être une épreuve qui génère de la fatigue au quotidien pour la personne, autant physiquement que psychologiquement. C'est pour cela que je trouve intéressant de chercher, d'analyser si en tant qu'ergothérapeute nous avons un pouvoir d'actions sur la rééducation de la sensibilité de ces patients-là. Si nous pouvons améliorer ou restaurer la sensibilité cela ne ferait qu'accroître le bien-être et l'autonomie des

personnes atteintes de douleurs neuropathiques. En tant qu'ergothérapeute, je trouve que cela va être une source de motivation car nous allons pouvoir améliorer considérablement la qualité de vie du patient.

## 1.2: Thème général :

Dans ce mémoire de recherche, nous allons analyser la rééducation sensitive des personnes présentant des douleurs neuropathiques chroniques. En effet comme dit précédemment ces douleurs peuvent être très handicapantes au quotidien.

Certaines techniques ont été élaborées pour pallier à ces troubles sensitifs. Une méthode de rééducation sensitive a été élaborée en partie par Claude SPICHER, ergothérapeute Suisse, il y a douze ans. C'est aujourd'hui une méthode mondialement connue. (Annexe 1) Elle peut mener au titre de Rééducateur Sensitif de la Douleur Certifiée (RSDC) suite à une formation de huit jours. Cette méthode se compose dans un premier temps, d'évaluations et de bilans de la sensibilité ainsi que de la douleur. Puis dans un second temps le patient doit assurer seul ou avec l'aide d'une tierce personne une rééducation quotidienne.

Cette méthode demande un grand investissement de la part du patient. De plus, dans la société actuelle, le patient est considéré comme acteur de sa prise en charge. L'ergothérapeute, l'ensemble du personnel soignant et l'équipe de rééducation doivent donc lui donner les clés pour favoriser son autonomie et son bien-être. Au sein de la méthode de la rééducation sensitive de la douleur, le patient est le principal acteur de sa prise en charge. Par son investissement et son intérêt à la méthode, des bénéfices vont en sortir. Ils se traduiront par la diminution de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie.

L'ergothérapeute doit donc par ses compétences être en capacité de transmettre son savoir et ses connaissances aux patients. Pour cela, il pourrait leur être proposé des séances d'éducation. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut être un moyen mis en place pour des patients présentant des douleurs neuropathiques chroniques. Selon l'OMS, l'ETP a pour objectif d'aider les patients atteints d'une maladie chronique à augmenter leur qualité de vie par l'acquisition ou le maintien de compétences (1). Elle peut avoir un impact sur le physique mais aussi sur le moral des patients. L'ETP pourrait être un moyen de transmettre la méthode



de rééducation sensitive aux patients et à sa famille afin de favoriser l'implication et l'investissement de ces derniers.

### 1.3 : Utilité sociale, intérêt et enjeux pour la pratique professionnelle :

En France, 7% de la population générale est atteinte de douleurs neuropathiques chroniques (2). En tant que thérapeute, nous sommes souvent confrontés à la douleur d'autrui. Elle peut même parfois devenir un frein à la prise en charge. En effet, le patient dont la douleur envahit son quotidien (journée et nuit) a souvent des difficultés pour collaborer et s'investir dans sa rééducation.

De nos jours, la lutte contre la douleur est devenue une priorité de l'état. Des plans nationaux, des textes de lois et des recommandations par la Haute Autorité de Santé (HAS) en ont découlé (3) (4). La prise en charge de la douleur est donc une préoccupation quotidienne du professionnel de santé et notamment des ergothérapeutes. Entre 2006 et 2010, la mise en place d'un plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur a même été élaborée par le Ministère de la Santé et des Solidarités (5).

Une utilité sociale de ce thème est aussi importante à noter, les personnes étant atteintes de douleurs neuropathiques chroniques sont dans la plupart des cas, affaiblis physiquement et psychologiquement. Si nous pouvons améliorer leur confort et leur bien-être juste en s'occupant de la rééducation de la sensibilité, je pense que cela pourrait avoir un impact sur bien d'autres notions comme l'envie, les désirs, les activités de la vie quotidienne, les relations, la communication.

Ce thème a pour moi autant une utilité sociale que professionnelle. En effet, ce sont en partie les ergothérapeutes, médecins, kinésithérapeutes et d'autres thérapeutes qui ont pour compétence la rééducation de la sensibilité. Comme le stipule le référentiel de compétence des ergothérapeutes nous possédons un savoir et une expertise dans différents domaines. Pour ce sujet quatre compétences majeures rentrent en jeu : compétence 1 : « *Évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation* », compétence 2 : « *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement* », compétence 3 : « *Mette en œuvre des activités de soin, de rééducation, de*

*réadaptation, de réinsertion, et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie* » ainsi que la compétence 5 : « *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* » (6) . Cela ne ferait donc qu'enrichir nos connaissances sur la sensibilité et sur les moyens de rééducation.

Il est vrai qu'en tant qu'ergothérapeute, nous allons intervenir pour ce thème à l'hôpital et plus particulièrement dans le service soins, suite et réadaptation ou encore dans les centres de Rééducation Fonctionnelle. Cette prise en charge nécessitera une coopération et même une collaboration avec plusieurs professionnels notamment le médecin, les infirmiers, la psychologue, les aides-soignantes, les kinésithérapeutes, etc. La famille est aussi à prendre en compte et à inclure dans la prise en charge. La relation patient/thérapeute doit également être coopérative et collaborative car sans cela, la rééducation sensitive est vouée à l'échec. La prise en charge de la rééducation se fera dès l'apparition de douleur, après avoir évalué et posé le diagnostic de l'origine de cette douleur.

#### 1.4 : Questionnement et problématique pratique :

De nombreuses questions se sont posées à moi. Je cherche à savoir si l'éducation thérapeutique des patients pourrait être une méthode qui favoriserait l'amélioration de la qualité de vie des patients. En tant qu'ergothérapeute, que pouvons-nous proposer pour des patients présentant des troubles de la sensibilité de type douleur neuropathique ? Existe-t-il une technique pour diminuer voire faire disparaître les troubles de la sensibilité? Quels sont les bienfaits de la rééducation sensitive auprès des patients souffrant de douleurs neuropathiques ? La méthode de rééducation sensitive provoque-t-elle des effets néfastes sur le quotidien du patient ? Comment le patient atteint de douleurs neuropathiques chroniques peut moduler ou atténuer ses douleurs et ses activités ? Comment gère-t-il sa douleur au quotidien ? Quels peuvent-être les apports de l'ergothérapie dans l'amélioration de la qualité de vie chez ces patients là ?

La méthode de la rééducation sensitive de la douleur est une méthode qui est de plus en plus utilisée dans le monde. Elle demande notamment de la part de l'ergothérapeute une certaine rigueur. L'ETP est-il un moyen pour faire adhérer et rendre le patient actif de sa rééducation ? Quels peuvent être les bienfaits de l'éducation thérapeutique chez des patients

atteints de douleurs neuropathiques chroniques ? Cette méthode doit être expliquée de façon claire et précise au patient au début de la prise en charge. Pour la suite nous allons tenter de répondre à la question suivante qui correspondra à la problématique pratique du mémoire : En quoi l'ergothérapeute, par le biais de l'éducation thérapeutique du patient, favoriserait-il l'amélioration de la qualité de vie des personnes suivant la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques ?

Nous allons désormais aborder les notions théoriques qui vont permettre la compréhension de ce sujet.

### 1.5: La sensibilité :

#### 1.5.1 : La sensibilité cutanée :

La sensibilité cutanée siège dans la peau, qui est le plus grand organe du corps humain. La peau a une innervation très dense selon les territoires cutanés. La face et les extrémités du corps (mains/pieds) sont très riches en récepteurs comme peut nous le montrer l'homonculus sensitif. (Annexe 2) La sensibilité cutanée peut se diviser en deux systèmes distincts.

La sensibilité de protection est restaurée en premier, lorsqu'il y a un endommagement de la peau. Les neurofibres à terminaisons libres jouent le rôle de protection en cas de dégâts physiques, d'agressions biologiques et de lésions. Les informations reçues par les terminaisons nerveuses libres vont ensuite se diriger vers le système spino-thalamique. Les neurofibres sont de petit diamètre et sont entourées de peu de myéline.

La sensibilité vibrotactile correspond quant à elle aux neurofibres A $\beta$ . Elles transmettent les informations vibratoires et tactiles au système nerveux central par la corne postérieure de la moelle épinière. Cette sensibilité possède ses propres mécanorécepteurs. Il en existe plusieurs types. Les corpuscules lamellaires (Pacini) se trouvent dans l'hypoderme. Les corpuscules ovoïdes (Meissner) et les corpuscules fusiformes (Ruffini) se logent au sein du derme. Les disques tactiles (Merkel) se trouvent au niveau de l'épiderme. Une caractéristique importante définit les récepteurs, il s'agit de leur capacité d'adaptation. En effet, il existe des récepteurs d'adaptions lente et rapide. (Annexe 3)

Les neurofibres sont classées selon leur diamètre et la nature myélinisée de la gaine ou non, ces deux critères vont avoir un impact sur la vitesse de conduction du message nerveux. Des lésions des neurofibres A $\beta$  vont procurer une hypoesthésie vibrotactile en périphérie. Au contraire, une lésion des neurofibres C vont engendrer une hypoesthésie thermique.

#### 1.5.2 : Le système somesthésique :

La somesthésie, du grec « soma » qui signifie le corps et « aisthesis » la sensibilité, regroupe les informations relevant de ce qui se passe dans notre corps (les sensations du corps). Elle regroupe donc les mécanismes nerveux qui permettent de recueillir l'information sensorielle du corps grâce à des récepteurs (extérocepteurs et intérocepteurs). (7)

En effet, lors d'une stimulation thermique, nociceptive ou mécanique, le récepteur touché va transformer la stimulation en un message nerveux. Celui-ci va parcourir la fibre nerveuse sensitive (axone entouré de myéline) pour arriver au système nerveux central.

Deux systèmes existent pour le trajet du message nerveux. Les deux voies sensorielles empruntées par les fibres sont le système lemniscal et extralemniscal. Chaque système a des récepteurs spécifiques ainsi que des fibres nerveuses propres à la modalité sensorielle transmise. Les fibres nerveuses constituent les nerfs périphériques. Les deux systèmes vont atteindre le système nerveux central par le biais de la racine dorsale du nerf spinal correspondant.

#### 1.5.3 : La neuroplasticité ou plasticité neuronale :

Selon la définition d'Hernandez et al, en 2004, la neuroplasticité (synonyme de plasticité neuronale) serait « la capacité du système nerveux central chez l'adulte à se réorganiser et modifier ses fonctions pour suppléer en partie la fonction perdue ».

La neuroplasticité est un phénomène observable à différents niveaux : cortical, médullaire ainsi qu'au niveau des nerfs périphériques. Ce qui nous intéresse fortement pour la rééducation des douleurs neuropathiques chroniques. La neuroplasticité ne permet pas de récupérer la fonction endommagée par la lésion, mais de mettre en place « une sorte » de

stratégie de substitution. La réponse au niveau de l'axone lésé va provoquer un changement morphologique du nerf touché. En effet, un bourgeonnement va apparaître, pour une nouvelle ramification.

Selon les créateurs de la méthode, la plasticité neuronale est un concept très important dans la rééducation sensitive de la douleur. (7) C'est l'élément qui va permettre au patient de s'investir et de s'impliquer dans sa rééducation. Le patient va sentir qu'il y a une solution à ses troubles de la sensibilité. La neuroplasticité est peut-être donc un élément d'accroche à la mise en place d'une éducation thérapeutique du patient.

## 1.6 : La douleur :

### 1.6.1: Définition de la douleur :

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'étude de la douleur ; comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion » (IASP) (3). La douleur est donc un facteur complexe mais aussi subjectif car chaque personne perçoit sa douleur. *La douleur est aussi diverse que l'homme. On souffre autant qu'on peut.* (Victor Hugo, 1802-1885).

Le phénomène de la douleur est considéré comme un concept clé. « Le phénomène de la douleur ne se raconte pas : il se vit. Il ne se mesure que très mal, ne se palpe que très approximativement, engendre le doute et la suspicion, mais laisse derrière lui des traces comme le feu qui couvre la braise. » (Spicher Pascale, 2010). Cette citation montre que la douleur n'est pas quelque chose de normée mais plutôt de propre à chacun. La douleur doit être discutée et faire place à un espace de confiance dans la relation soignante/ soigné ou le langage à une place importante. Mettre des mots sur la douleur, ses ressentis sont nécessaire pour le patient.

Depuis quelques années la lutte contre la douleur constitue un problème de santé publique. Elle est devenue une priorité au fil du temps et fait partie du quotidien. De plus, la mise en place de mesures et de recommandations montrent l'implication des pouvoirs publics

dans cette lutte contre la douleur. Trois plans nationaux ont été mis en place depuis 1998 (1998-2002, 2002-2005, 2006-2010) (8). Ces plans ont permis la naissance d'organismes tel que le CLUD (Comité de Lutte Contre la Douleur) qui est présent dans les établissements mais encore le CNRD (Centre National de Ressource de Lutte contre la Douleur).

La loi de 2002, évoquant les droits des patients et une qualité de santé, a reconnu le soulagement de la douleur comme « un droit fondamental ». En effet, la prise en charge et le soulagement de la douleur, a fait preuve de recommandations mise en place par l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Deux types de douleurs sont décrites : de type aiguë et chronique. La douleur aiguë à une connotation de douleur alarme. Elle désigne un dysfonctionnement du corps, une maladie (ex : sinusite, appendicite, etc). Dans ces situations la douleur alarme est un symptôme nécessaire pour le personnel soignant mais aussi pour le médecin afin qu'il se méfie des antalgiques qui pourraient masquer les symptômes alarmants. La douleur chronique est une douleur qui persiste suite à une phase aiguë. Ce n'est plus un simple symptôme mais une maladie en soi.

La douleur chronique peut affecter la personnalité de l'individu, en effet sa persistance peut entraîner des conséquences sensorielles, affectives, cognitives et comportementales. Mais la chronicité de la douleur peut également perturber le mode de vie du patient pouvant même aller jusqu'à des signes de dépression et de perturbation psychosociale (9). La douleur chronique nécessite une approche interdisciplinaire qui comprend des traitements médicamenteux et des interventions non-pharmacologiques (10). Elle concerne 15 à 20% de la population. Dans la suite du mémoire de recherche, nous nous intéresserons aux douleurs chroniques mais plus particulièrement aux douleurs neuropathiques.

#### 1.6.2 : La douleur neuropathique

En France, nous serions 2,6 millions à souffrir de douleurs neuropathiques. La névralgie utilisée couramment au XIX ème siècle décrit les affections douloureuses des nerfs (11). Mais l'IASP, recommande aujourd'hui d'utiliser plutôt le terme de douleurs neuropathiques. Cette nouvelle appellation est peu satisfaisante pour certains thérapeutes, car

elle n'incite pas à nommer le nerf cutané lésé, contrairement à la névralgie.

L'Association Internationale d'Etude de la Douleur donne la définition de la douleur neuropathique comme étant une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somesthésique (12). L'atteinte du système somesthésique peut apparaître dans un contexte neurologique (neuropathie diabétique douloureuse, douleur centrale survenant après un accident vasculaire cérébral.). Elle peut également survenir dans un contexte non neurologique comme en post-opératoire ou suite à une chirurgie.

Les douleurs neuropathiques se caractérisent par des douleurs de type brûlures ou de décharges électriques avec la présence d'une hypoesthésie ou d'une allodynie mécanique. Il existe cinq étiologies aux douleurs neuropathiques : traumatique (ex : fracture), compressive (ex : hernie discale), psychosomatique, métabolique (ex : diabète), infectieuse (ex: bactéries). Ces douleurs sont dans la plupart des cas traitées de façons médicamenteuses par des antidépresseurs et des antiépileptiques.

#### 1.7: Rééducation sensitive de la douleur :

Plusieurs techniques de rééducation sensitive ont été mise en place durant des années. Ces techniques ont pour objectif l'amélioration de la sensibilité et la diminution voire la disparition de la douleur. La rééducation sensitive de la douleur s'appuie sur la neuroplasticité du système somesthésique. Ces techniques aboutissent donc à la substitution du nerf lésé.

##### 1.7.1 : « Désensitization » :

De nos jours, seulement 2% des rééducateurs l'utilisent. Cette technique vise la stimulation progressive par vibration mécanique du territoire lésé. Le patient devra supporter des stimulations de plus en plus agressives. De ce fait le nerf lésé va percevoir un stimuli permanent et nous pourrions donc obtenir une inhibition du message nerveux douloureux. Le patient va en quelque sorte s'habituer à la douleur provoquée.

##### 1.7.2 : Méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques chroniques :

La méthode de rééducation sensitive de la douleur a été créée depuis douze ans. Elle

permet d'évaluer et de traiter les douleurs neuropathiques. Elle englobe notamment plusieurs techniques, comme la rééducation de l'hypoesthésie qui a pour objectif d'améliorer la qualité de la sensibilité tactile cutanée et donc de diminuer les douleurs neuropathiques. Cette méthode aborde principalement la neuroplasticité du système somesthésique. (7)

La méthode de rééducation sensitive se décline en différents points. Tout d'abord, il est nécessaire d'évaluer les troubles de la sensibilité et de décrire la douleur. L'évaluation occupe une place considérable au sein de la méthode, elle sert même de rééducation. Puis dans un second temps, une rééducation adaptée à la situation est mise en place afin de soulager les troubles. Cette rééducation se fera de manière pluriquotidienne pour le patient. En revanche, le suivi par l'ergothérapeute se fera une fois par semaine.

Nous allons à présent traiter les différentes techniques de rééducation lorsqu'il y a présence d'hypoesthésie ou d'allodynie mécanique.

## 1.8: Hypoesthésie :

### 1.8.1: Définition :

L'hypoesthésie se décèle suite à un diagnostic de lésions axonales positifs. Elle fait partie des douleurs neuropathiques. En effet, la sensibilité est perturbée lors d'une stimulation tactile. Pour l'hypoesthésie le patient ne ressent pas de douleur à proprement parlé mais elle est caractérisée par des sensations bizarres, désagréables (picotement, fourmis, ...) perçues lors d'un stimulus (7). Ces sensations peuvent même aller jusqu'à provoquer des pertes motrices dans une fonction de la partie du corps concernée (ex : préhension,..).

### 1.8.2: Bilan :

Le diagnostic de l'hypoesthésie, s'effectue grâce à un bilan, comportant quatre épreuves. Les épreuves, vont mettre en évidence les troubles de la sensibilité. Elles permettront également de déterminer si il y a une possibilité de procéder à la rééducation sensitive. Si le test s'avère positif, il va également nous permettre d'identifier la branche cutanée lésée.



Les quatre épreuves nous donnent des renseignements précieux sur les lésions nerveuses occasionnées. La première épreuve de ce bilan est l'esthésiographie, elle permet de délimiter la zone hypoesthésique. Le test de discrimination de deux points statiques correspond à la seconde épreuve, il va nous faire accéder à la sévérité de l'hyposensibilité. Par la suite, le thérapeute va observer les signes de fourmillements qui vont nous donner des informations sur le site de lésions axonales et/ou le site distal de régénération. La dernière épreuve concerne les qualificatifs somesthésiques qui nous donnent une indication sur les sensations propres à la douleur. Chacune de ses étapes sont détaillées et explicitées dans le manuel sur la méthode de rééducation sensitive de la douleur écrit par Claude Spicher, Isabelle Quintal et Marion Vittaz. (7)

#### *Esthésiographie :(Annexe 4)*

L'Esthésiographie correspond à la cartographie du territoire cutané hypoesthésique. Il est réalisé à l'aide de filaments de nylon de différents diamètres (une esthésiographie). Le patient doit avoir les yeux fermés, et doit informer le thérapeute lorsqu'il perçoit les stimulations effectuées. L'ergothérapeute va donc délimiter à l'aide de quatre points (latéral, médial, proximal et distal) le polygone qui correspond à la zone hypoesthésique.

Cette épreuve est appréciée des patients, car elle leur permet de visualiser enfin la zone endormie. Cette zone peut être délimitée grâce à l'*Atlas des Territoires Cutanée* (13). Ils peuvent désormais porter un regard sur ce qui était auparavant abstrait. Il a notamment été démontré l'importance de la matérialisation et la délimitation des troubles sensitifs. Ce test est donc, source de motivation pour le patient.

#### *Test de discrimination de deux points statiques :*

Ce test permet d'évaluer l'importance du trouble. Il est réalisé avec un compas à deux pointes. La pointe ou les deux pointes sont placées dans la zone de « l'hyposensibilité ». Le patient doit alors déterminer sans regarder la zone, s'il a senti une ou deux pointes.(Annexe 5)

#### *Signe de fourmillement :*

Ce test est réalisé à l'aide d'un générateur de vibrations. Il permet de confirmer la

présence d'une lésion axonale et d'identifier le site de cette lésion. La sonde du générateur est montrée au patient puis est testée sur le membre controlatéral afin de lui montrer et faire connaître une vibration localisée. Par la suite, la sonde est appliquée sur le membre atteint de la lésion, le patient ne doit pas regarder et dire « STOP » lorsqu'il perçoit une irradiation. Ainsi nous savons que le site de lésions axonales se trouve environ à deux centimètres avant le point le plus proximal de l'esthésiographie.

*Les qualificatifs somesthésiques :*

Cette épreuve permet au patient de mettre des mots sur les sensations dites « bizarres » perçues. Ce test utilise trente-cinq qualificatifs sensoriels tirés du questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA). Le test des qualificatifs est positif, si le patient ressent au moins trois sensations parmi les cinq suivantes: décharges électriques, irradiantes, picotements, fourmillements, engourdissements.

Pour que le bilan de lésions axonales soit positif et qu'une rééducation se mette en place, il est nécessaire d'avoir trois tests de positifs sur les quatre proposés.

1.8.3 : Rééducation de l'hypoesthésie :

Si le bilan diagnostique de lésions axonales est positif, la rééducation de l'hypoesthésie peut donc être mise en place. Le but principal de cette rééducation est de réduire, voire de faire disparaître dans sa totalité les sensations bizarres perçues par le patient. Il est nécessaire de savoir que la rééducation de l'hypoesthésie est centrée sur la neuroplasticité du système somesthésique grâce à l'intermédiaire des axones sains. En effet, le patient va réapprendre à distinguer les sensations bizarres des autres sensations.

La rééducation de l'hyposensibilité est centrée sur cinq moyens : la rééducation des tracés, des aspérités, la thérapie de touche-à-tout, la stimulation par vibration et l'évaluation permanente. Ces derniers peuvent être appliqués de façons successives ou dans le désordre. Cela dit, ils sont réalisables en fonction de la sévérité de l'hypoesthésie. Ces exercices doivent être réalisés dans un lieu calme afin de favoriser la concentration et plus particulièrement l'attention du patient. Pour cela, il leur est donc conseillé de réaliser les exercices à domicile,

durant cinq minutes, quatre fois par jour, dans un lieu calme. Les exercices doivent être simples, afin de faciliter leur compréhension. Ils doivent également être évolutifs pour ne jamais mettre le patient en échec et constater une progression le long de la rééducation.

## 1.9 : Allodynie mécanique :

### 1.9.1 : Définition :

Selon Bourreau en 1988, l'allodynie se caractérise par « une douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur au niveau d'une peau normale ». Par exemple, une légère pression ou encore un effleurement de la peau va provoquer une douleur intense, durable, parfois insupportable chez la personne. L'allodynie peut toucher une ou plusieurs parties du corps en simultanée.

Il existe trois types d'allodynie : au froid, au chaud et mécanique. Selon l'article anglais de Jensen et Finnerup, Allodynie et hyperalgésie en douleur neuropathique : manifestations et mécanismes cliniques, plusieurs hypothèses existent sur l'hyperalgésie et l'allodynie au froid (14). Elles incluent la sensibilisation périphérique et centrale ou la désinhibition des fibres centrales telles que la sensibilisation des nocicepteurs C ou des fibres A $\beta$ . Le blocus formé sur les fibres A $\beta$  pendant la compression du nerf entraîne une augmentation du seuil froid de détection, une diminution du seuil froid de douleur et un changement de la qualité de la sensation du froid à glacial.

D'après l'article ci-dessus, le mécanisme de l'allodynie à la chaleur est le même résultat que celui de l'allodynie au froid. Il est présent seulement dans 10% des cas de douleurs neuropathiques. Elle est pour la plupart du temps caractérisée par des douleurs brûlantes graves bilatérales au niveau des extrémités distales (main et pied). Elle est également associée à des vasodilatations des vaisseaux et au rougissement des extrémités.

Les signes cliniques de l'allodynie mécanique peuvent varier en fonction de l'intensité mais aussi d'un individu à l'autre. La douleur est dans la plupart des cas crispante et constante. Elle peut être parfois intense au point de provoquer le réveil du patient lorsqu'il est endormi.

Cette définition de l'allodynie nous permet d'analyser trois paramètres : le stimulus appliqué, l'intensité de la douleur perçue et le territoire allodynique. Ce qui nous amène aux bilans qui sont à effectuer en cas d'allodynie mécanique.

#### 1.9.2 : Bilan à réaliser :

Lorsqu'un patient nous sera adressé suite à l'apparition de douleur, nous serons dans l'obligation de lui faire passer des bilans mais aussi des évaluations afin de déterminer l'intensité, la région, etc de la douleur. Nous devons pour cela créer un espace de confiance entre le thérapeute et le patient. Le thérapeute ne doit pas remettre en question la véracité ou l'intensité de cette douleur. Cela va permettre au patient de poser des mots sur la douleur. Chez certains patients la douleur n'est pas mise en avant dès le début. Il faut donc être à l'affût de toute signalisation de douleur. Pour cela il est donc nécessaire d'adopter un raisonnement clinique expert c'est-à-dire analyser le langage non verbal : le comportement (gestes, mimiques). Il est aussi préférable d'analyser le langage verbal notamment les termes utilisés pour décrire les maux (sensible, saillant, aiguisé, etc). Le ton de la voix est aussi un élément à décrypter car il peut nous induire vers une douleur présente chez le patient. Après avoir analysé ses trois composantes chez le patient, nous allons procéder aux évaluations.

Selon les recommandations de l'HAS dans l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, nous pouvons évoquer les éléments suivants. Il est tout d'abord indiqué de faire passer des évaluations au patient afin de déterminer s'il s'agit bien d'une allodynie mécanique.

#### *Échelle Visuelle Analogique (EVA) : (Annexe 6)*

L'EVA évalue la douleur de zéro à dix. Elle se présente sous la forme d'une réglette de 10cm, sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il peut mobiliser le long de la ligne. L'une des extrémités correspond à "absence de douleur", et l'autre à "douleur maximale imaginable». Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur. Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisée par le patient permet de lire l'intensité de la douleur perçue.

*DN4 : (Annexe 7)*

Par la suite le Dn4, outil de dépistage des douleurs neuropathiques, pourra être réalisé. Ce questionnaire comporte sept items pour l'interrogatoire du patient et trois items d'examen clinique. Ces dix items sont donc regroupés en quatre questions. À chaque item, le patient doit répondre soit par oui soit par non. À la fin du test, le thérapeute comptabilise les réponses, sachant que le Oui est noté 1 et le Non 0. La somme obtenue donne un score du patient noté sur dix. Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est alors positif.

*Questionnaire de la Douleur de Saint- Antoine (QDSA) : (Annexe 8)*

Il est aussi très intéressant de faire passer aux patients le questionnaire de la douleur de Saint Antoine. Il est autant qualifié d'outil de communication que d'évaluation. On évalue la douleur actuelle ou celle des 24 dernières heures. Il y a en tout 58 qualificatifs dont 35 sensoriels et 23 affectivo émotionnelles. On obtient un total des douleurs sensorielles sur 36 et un total des douleurs affectivo émotionnelles sur 28. Plus le score est élevé, plus le patient a une douleur importante. Ce questionnaire permet de poser des mots sur la douleur ressentie.

*Allodynographie : (Annexe 9)*

Lorsqu'une allodynie est diagnostiquée, Claude Spicher, préconise de réaliser une allodynographie afin de cartographier le territoire douloureux. L'allodynographie comprend trois variables, les deux premières vont permettre de fixer le site d'application du stimulus.

Les deux premières variables sont : l'EVA test à réaliser une seule fois en début de prise en charge et la recherche de la zone douloureuse avec le monofilament. Pour cela, l'ergothérapeute doit se munir d'un monofilament de 15gr et d'une feuille de papier transparente millimétré. Il va devoir cadrer la zone en quatre points cardinaux à l'aide du monofilament et tracer la zone sur le papier millimétré. La pression à effectuer est la pression minimale qui permet de plier le filament.

Chaque stimulation dure 2 secondes puis 8 secondes de pause. Le patient doit prévenir l'ergothérapeute quand la douleur commence à se faire ressentir et nous arrêter quand cela

correspond à la plus forte douleur. L'ergothérapeute devra commencer en partie distale de la zone douleur puis se rapprocher cm par cm, puis mm par mm. Sur le dessin réalisé doit y figurer la face testée, le point de repère, la date, le code langage du patient. Le nom du nerf atteint doit également être mentionné, il sera évoqué une fois sa détermination effectuée.

Pour cela, il est intéressant de mentionner que Claude Spicher accompagné de deux autres auteurs ont écrit un ouvrage scientifique : *Atlas des territoires cutanés du corps humain : esthésiologie de 240 branches*, celui-ci permet de déterminer plus facilement le nerf lésé. (13)

*Arc-en-ciel : (Annexe 10)*

Suite à cette allodynographie, il nécessaire d'évaluer la sévérité de la douleur à l'aide d'esthésiomètres de plus en plus petits (de 0,03gr à 15 gr). Il est préférable d'éviter de le faire le même jour que l'allodynographie. Pour ce bilan, il faut commencer à 0,03gr en stimulant au centre de la zone allodynie définie juste avant. Si le patient ne dit pas stop, l'ergothérapeute répétera l'étape avec un monofilament de taille supérieure. Dès que le patient dit stop (= douleur trop importante), l'ergothérapeute retiendra ce filament et il regardera à quelle sévérité il correspond dans le tableau de l'arc-en-ciel.

Il faudra par la suite dessiner sur une autre feuille de la couleur de l'arc-en-ciel la cartographie du cœur de l'allodynie. Sur ce schéma comme le précédent il est nécessaire d'y faire apparaître la face, la couleur de l'arc-en-ciel, la date, le nom du nerf lésé, le repère anatomique. Ce bilan sera à refaire toutes les semaines afin de voir l'évolution. Il est nécessaire de savoir qu'au niveau de la récupération, une couleur de l'arc-en-ciel en ciel correspond à un mois de rééducation.

### 1.9.3: Rééducation de l'allodynie mécanique :

Le but final de cette rééducation est qu'un stimulus perçu ne provoque plus de douleur importante. Pour cela, le principe fondamental à respecter, est d'éviter un maximum la stimulation de la zone allodynie. En effet, cela ne ferait qu'accentuer la douleur. La stimulation de l'allodynie aurait un effet néfaste sur la rééducation mise en place car elle ne

ferait qu'entretenir le schéma douloureux, voire agrandir l'allodynie. L'ergothérapeute joue donc un rôle important à ce moment-là. Il doit être pédagogue, afin d'apprendre au patient à modifier temporairement ses habitudes de vie et ses comportements pour éviter au maximum les stimulations de la zone douloureuse. Il pourra notamment conseiller les patients : sur la limitation des activités qui nécessitent un contact avec la zone, ne pas déposer de crème sur la zone allodynique, ne pas mettre des bijoux lorsqu'ils se trouvent à côté de la zone à éviter, porter des chaussures spécifiques si jamais la zone se trouve au niveau des pieds.

La rééducation sensitive de l'allodynie doit être réalisée en amont et à distance de la zone allodynique. L'ergothérapeute devra définir une zone confortable à contre-stimuler en proximal de la zone. Mais il devra également définir une zone de non stimulation en aval. (Annexe 11). Ces zones pourront être définies grâce à l'*Atlas des territoires Cutanés du Corps Humain* (Spicher, Buchet, Sprumont) (13). Le patient devra donc stimuler la zone confortable huit fois par jour et pendant plus ou moins une minute, avec un tissu agréable. Le thérapeute pourra également par le biais de l'éducation thérapeutique, former le patient à ces zones à stimuler ou à éviter.

#### 1.9.4: Rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente :

Lorsque l'hypoesthésie douloureuse au touché disparaît, il est nécessaire de traiter l'hypoesthésie sous-jacente. En effet, sous l'allodynie mécanique se cache toujours une hyposensibilité. La technique de rééducation de cette hyposensibilité sous-jacente est une adaptation de la rééducation de l'hyposensibilité. Comme le territoire était sous une zone douloureuse la stimulation se fera de façon progressive afin d'éviter une récurrence du territoire allodynique. Le patient réalisera des stimulations sur quatre semaines d'une durée progressive :

| Temps         | Fréquence | Durée       |
|---------------|-----------|-------------|
| 1er semaine   | 12x/jour  | 15 secondes |
| 2ième semaine | 8x/jour   | 30 secondes |
| 3ième semaine | 6x/jour   | 1 minute    |
| 4ième semaine | 4x/jour   | 3 minutes   |

Cependant si les stimulations devenaient douloureuses, le patient devra arrêter l'exercice et le reprendre plus tard.

## 1.10: L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

### 1.10.1 : Définition

L'ETP a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1998, elle a ensuite été encadrée en 2007 par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (15). Seul les patients atteints d'une maladie chronique peuvent bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique. La loi 2009, Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST), implique l'ETP comme une priorité nationale dans la prise en charge du patient atteint de douleurs neuropathiques (16). Tout programme d'ETP doit être validé par l'ARS avant d'être mis en place dans les institutions. (17)

L'éducation thérapeutique du patient est de plus en plus décrite dans la littérature. Ce qui est tout à fait normal car de nos jours la participation et l'implication du patient dans sa prise en charge est essentielle. L'ETP est souvent formé d'une équipe pluridisciplinaire, dont les ergothérapeutes peuvent faire partie. C'est un processus permanent qui fait partie de la prise en charge du patient.

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient tend à aider les patients à maintenir ou acquérir des compétences qui leur sont nécessaires pour gérer au mieux leur quotidien avec une maladie chronique, ici en l'occurrence la douleur neuropathique.

L'ETP a pour principe de prendre en charge le patient de façon globale, c'est à dire de s'intéresser à tous les domaines (humain, environnemental, matériel). Elle permet également de savoir mettre des mots sur ce que le patient sait de sa pathologie, ce qu'il ressent, ce qu'il veut, ses projets ou encore de définir son pouvoir sur sa santé. Ainsi nous allons rendre le patient acteur de sa santé tout au long du projet de soin. L'objectif principal est de proposer au patient une qualité de vie optimale.

#### *Les apports de l'ETP pour le patient*

Pour le patient atteint d'une maladie chronique, l'éducation thérapeutique va lui



permettre de devenir autonome dans la prise en charge de sa maladie. Il va en être l'acteur principal. L'ETP est un moyen favorisant l'autonomie. En effet, au fur et à mesure des séances le patient sera en capacité de prendre des décisions importantes au niveau de sa prise en charge, de comprendre le processus du traitement et donc de l'accepter. Il va donc améliorer son estime de soi au cours des séances ainsi que sa qualité de vie (18). Pour l'équipe soignante, l'ETP permet d'améliorer la relation soignant/soigné, d'acquérir de nouvelles notions et compétences sur la pathologie.

#### 1.10.2:Processus de l'Éducation Thérapeutique du Patient :

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé, un programme d'éducation thérapeutique se planifie en quatre étapes (1). Ce programme est établi selon un cadre structuré pour l'ensemble des actions des professionnels de santé.

##### *Élaborer un diagnostic éducatif :*

Cette première étape consiste à connaître le patient, à identifier ses besoins et ses attentes. Pour cela, nous conduirons un entretien ou nous parlerons avec lui de sa manière de réagir face à sa situation, de ses ressources personnelles, humaines et environnementales. Il nous permet également d'évaluer la réceptivité du patient et sa motivation à la proposition de l'ETP. Avec lui nous allons aborder sa personnalité, prendre en compte son projet de vie et ses attentes. Lors de cette première étape, nous allons également évaluer ses aptitudes en matière d'autonomie.

##### *Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage :*

Cette deuxième étape consiste à formuler avec le patient les aptitudes qu'il va devoir acquérir au vue de son projet de vie et de la stratégie thérapeutique. C'est à ce moment-là, que va pouvoir être défini en accord avec le patient son programme personnalisé.

##### *Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance :*

Cette étape permet de mettre en œuvre tout le processus établi dans l'étape précédente. Mais avant cela, il est nécessaire de sélectionner les éléments qui vont être proposés lors des séances d'ETP, ainsi que les méthodes et techniques qui vont être mis en

place pour favoriser l'apprentissage. Une fois que le programme est déterminé les séances vont pouvoir être mis en place.

*Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme :*

Cette dernière étape peut être considérée comme un bilan. En effet, le patient fait le point sur ce qu'il sait, ce qu'il a appris, ce qu'il sait faire et pourquoi pas ce dont il lui reste à acquérir. Il peut être proposé au patient de renouveler sa participation au programme d'ETP.

### 1.10.3: L'ergothérapie et l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation a une grande place dans notre métier d'ergothérapeute. Nous intervenons sur l'amélioration du bien-être au quotidien de la personne ainsi que sur son indépendance dans les actes journaliers de la vie. Pour répondre à cela, nous sommes donc amenés à transmettre des compétences, des savoirs ou des messages en rapport avec le projet de vie du patient. L'éducation est un outil que nous utilisons constamment dans notre pratique pour procéder à la réalisation de nos actes stipulés dans notre décret d'exercice du 21 Novembre 1986. (19)

De plus, au cours de nos trois années de formation nous avons acquis les compétences pour éduquer. En effet, l'obtention du diplôme d'état en ergothérapie nécessite l'acquisition de dix compétences (arrêté du 5 Juillet 2010) (6). La compétence 5 de notre référentiel intitulé « élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique » met en avant notre aptitude à éduquer. Cette dernière permet d'acquérir et développer une posture éducative, de concevoir et formaliser des démarches de conseil ou d'éducation. Elle vise également à accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage, de conseiller les aidants ou de collaborer avec eux.

L'éducation en ergothérapie prend tout son sens quand elle met le patient en situation écologique. Il est vrai que pour que l'apprentissage est de la valeur et soit compris voir accepter, l'ergothérapeute doit prendre en compte les habitudes de vie du patient.

On peut donc voir que l'ergothérapeute a sa place dans un programme d'éducation thérapeutique, en raison du décret d'exercice et du référentiel de compétences et d'activités.

### 1.11: Enquête pré-exploratoire :

J'ai voulu vérifier que mon thème et ma problématique pratique aient de l'importance sur le terrain. Pour cela j'ai mené mon enquête en envoyant un questionnaire. Ce dernier va me permettre de préciser et cibler ma problématique pratique afin de savoir s'il s'agit bien d'une problématique de terrain.

#### 1.11.1 : Outils de recueil de données :

Pour l'enquête exploratoire, j'ai choisi d'utiliser comme outil de recueil de données le questionnaire. Celui-ci, permet de travailler sur une plus grande échelle, le nombre de participants n'étant pas limité. De plus, c'est un outil qui se diffuse rapidement et n'engendre aucun coût (déplacement, frais téléphonique). Le questionnaire a d'autres avantages, il permet de s'adapter au rythme et à l'emploi du temps de la personne participante. Il n'engendre pas également, de forme de guidage ou d'influence par l'interlocuteur.

#### 1.11.2 : Public ciblé :

Ce questionnaire est destiné aux ergothérapeutes pratiquant la rééducation sensitive des douleurs neuropathiques. J'ai ciblé des ergothérapeutes travaillant en Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), en libéral, dans des Hôpitaux ou encore en Soins de Suite et Réadaptation (SSR). J'ai envoyé ce questionnaire prioritairement aux ergothérapeutes rééducateurs sensitifs de la douleur sur un forum. Ce dernier regroupe l'ensemble des thérapeutes formés à la méthode. J'ai également pu recueillir des adresses électroniques d'ergothérapeutes à l'aide d'une connaissance formée à la méthode. Il leur a ensuite été demandé s'ils pratiquaient l'ETP.

#### 1.11.3 : Test du questionnaire :

La pré-enquête a été testée avant l'envoi, auprès de l'ensemble des étudiants de ma promotion afin de voir si les questions étaient claires. Je l'ai également fait réguler auprès de mes maîtres de mémoire et méthodologie. Cela m'a permis de mettre en évidence toutes éventuelles mauvaises interprétations.

#### 1.11.4:Construction du questionnaire :

Ce questionnaire a été élaboré dans le but de préciser ma question de recherche. Mes questions concernent : le rôle de l'ergothérapeute au sein de la méthode de rééducation sensitive, l'utilisation de l'ETP pour les patients bénéficiant de cette méthode, les objectifs de prise en charge des séances d'ETP en tant qu'ergothérapeute, l'éventuelle intervention des ergothérapeutes à domicile dans le cadre de l'ETP.

#### 1.11.5 : Synthèse des résultats de la pré enquête exploratoire :

J'ai recueilli onze réponses sur vingt-cinq questionnaires envoyés. Les résultats sont donc peu représentatifs de par le nombre restreint de réponses. Sur l'ensemble des réponses perçues 80% des ergothérapeutes interrogés proposent l'Éducation Thérapeutique aux patients présentant des douleurs neuropathiques. Cela prouve donc l'utilité et l'intérêt des séances d'éducation pour des patients suivant une rééducation des troubles de la sensibilité.

De plus, les ergothérapeutes élaborent lors des séances d'ETP plusieurs objectifs. Ils souhaitent une participation active du patient afin de favoriser son adhésion et son engagement à la méthode (patient acteur de sa prise en charge). Pour cela, l'ergothérapeute apprend au patient la technique de rééducation, le respect des fréquences et du timing de chaque étape. Ainsi, le patient va comprendre l'importance de la technique et de son suivi. L'ergothérapeute a également l'objectif de rencontrer la famille du patient afin de visualiser le matériel utilisé et pour faire comprendre ce qui est demandé au patient.

En ce qui concerne le rôle de l'ergothérapeute au sein des séances d'ETP, les réponses évoquent un rôle clé et essentiel. Il est stipulé notamment nos habiletés à adapter le quotidien pour des activités de la vie quotidienne. Il est également mentionné que l'ergothérapeute est bien placé pour adapter les séances d'ETP selon l'aptitude du patient en tenant compte de ses capacités physiques, cognitives et affectives. L'ergothérapeute a pour rôle lors des séances d'ETP d'améliorer les connaissances du patient sur la technique afin de favoriser son engagement dans la thérapie.

Pour la question suivante, il était demandé aux ergothérapeutes s'ils intervenaient à domicile dans le cadre de l'ETP. A 90%, ils ont répondu négativement. Cela dit les réponses ont évoqué majoritairement, le potentiel de l'intervention des ergothérapeutes à domicile. En

effet, les raisons sont : le renforcement de la motivation et l'adhésion du patient. Il est également stipulé que l'intervention à domicile est toujours pertinente pour l'ergothérapeute afin d'inclure la sphère environnementale dans la perception du patient face à une activité. Pour l'ETP, l'accès favoriserait une confrontation du réalisme des objectifs posés en thérapie, souvent dans un environnement contrôlé et stable que représente le bureau ou la pièce de consultation.

Pour conclure, cette pré-enquête exploratoire nous permet de montrer l'importance du rôle de l'ergothérapeute au sein des séances d'ETP pour des patients ayant des douleurs neuropathiques. En effet, nous avons un rôle clé même essentiel dans ses séances afin d'améliorer la qualité de vie des patients dans leur environnement. Il ressort de cette pré-enquête que les ergothérapeutes n'interviennent pas à domicile dans le cadre de l'ETP. Pourtant ils pensent que cela pourrait avoir un impact positif sur l'adhésion, l'engagement des patients ainsi que sur l'adaptabilité des activités de la vie journalière.

Cette enquête nous amène donc à formuler une problématique de recherche: « **Quels facteurs pourraient influencer l'optimisation de la prise en charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?** »

Nous pouvons donc élaborer un cadre théorique fondé sur des concepts qui nous permettra de mieux appréhender les particularités des ergothérapeutes formés à la rééducation sensitive de la douleur.

#### 1.12 : Cadre théorique :

Dans le cadre de la rééducation sensitive de la douleur, l'ergothérapeute va être amené à apprendre la méthode au sein de l'environnement du patient. Nous allons donc dans cette partie aborder l'éducation à la méthode de rééducation sensitive à la douleur (théories de l'apprentissage), le modèle du PPH qui permet de mettre en évidence et en interaction les facteurs environnementaux, personnels, humains et matériels qui peuvent agir sur la situation d'handicap du patient. Nous aborderons également les notions d'adhésion, motivation et l'implication du patient dans la méthode.

##### 1.12.1 : Éducation à la méthode de rééducation sensitive à la douleur :

L'éducation thérapeutique a pour objectif premier de maintenir l'ensemble des capacités nécessaires au patient pour optimiser leur qualité de vie avec une maladie

chronique. Elle est donc essentielle dans la mise en place d'un traitement par la méthode de rééducation sensitive. En effet, le non-respect de la réalisation des exercices ou des temps de pause peut nuire au traitement. L'éducation de la méthode de rééducation sensitive de la douleur concerne tous les patients qui y sont inscrits. Au sein de cette rééducation, les patients ne voient qu'une seule fois par semaine l'ergothérapeute. Ils sont en dehors de ce temps-là, amener à réaliser de façon autonome les exercices d'auto-rééducation à domicile. Ils sont donc les principaux acteurs de leur rééducation. Leur motivation et investissement dans la prise en charge favoriseront leur bien-être et leur gain d'autonomie. Les patients sont donc détenteurs des effets bénéfiques que peuvent leur procurer la méthode (rééducation pluriquotidienne, respect des délais et de la durée de stimulation,...). L'éducation thérapeutique a donc un intérêt tout particulier pour les patients douloureux chroniques. En effet, le patient va pouvoir en retirer des compétences en terme de savoir, savoir être et savoir-faire.

Il est normal de penser que les patients sont désemparés face à cette douleur qui ne s'arrête jamais (jour et nuit). En effet, une fois la douleur installée, différents domaines de la vie du patient sont perturbés. Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute au sein des séances d'ETP dans la douleur chronique permet de prendre en compte la vision globale de la prise en charge du patient. A cela s'ajoute la présentation de la méthode qui peut paraître lourde (nombreux bilans, stimulation pluriquotidienne,...). Les thérapeutes doivent donc être en mesure de favoriser et faciliter l'éducation du patient (20). Pour cela, des adaptations doivent-être mises en place pour montrer au patient les ajustements de la méthode. Ainsi, ils pourront s'y investir correctement. Le thérapeute doit également trouver des éléments d'accroche qui vont permettre de maintenir la motivation du patient tout au long de la prise en charge. La clé de la réussite de cette méthode réside dans l'implication et la compréhension du patient de l'offre éducative.

L'ergothérapeute doit donc par le biais de l'éducation, favoriser l'ancrage du patient dans sa rééducation et la compréhension de la méthode. Il doit instaurer des éléments d'accroche nécessaire à la motivation et l'implication du patient qui vont favoriser l'accès à l'autonomie et donc au bien-être. Pour cela, il va être amené à réaliser l'éducation du patient à de nombreuses reprises. Il devra informer le patient sur ses troubles de la sensibilité, la douleur qu'il perçoit, ainsi que les mécanismes qui provoquent ces douleurs. Une fois les bilans réalisés, l'ergothérapeute pourra expliquer au patient la succession des exercices d'auto-

rééducation à réaliser. L'ergothérapeute sera également en capacité de montrer au patient comment accomplir le programme d'exercice à domicile. Il décrira et apprendra au patient comment concevoir les exercices, avec quel tissu, la durée et la fréquence de chacun d'entre eux. De plus, l'ergothérapeute va avoir un rôle dans la gestion de la douleur, il va apprendre au patient à écouter son corps et à respecter la douleur. Le patient va devoir modifier ses activités et habitudes de vie antérieure afin de ne pas stimuler la zone douloureuse. En collaboration avec l'ergothérapeute, ces activités devront donc être réétudiées. (21)

Pour cela, l'ergothérapeute devra sûrement mettre en place des techniques d'apprentissages. Puisque ce dernier consiste à bouleverser ou modifier les bases solides du savoir d'une personne. Apprendre consiste à acquérir de nouvelles connaissances, modifier sa façon d'agir et de penser ainsi que construire de nouveaux apports. Il existe de nos jours trois grands concepts de l'apprentissage : le béhaviorisme, le constructivisme et le socioconstructivisme (22). Ces trois concepts sont adaptables à la fois dans le domaine de la santé tout comme dans le domaine du social. Dans le cadre de notre sujet, la rééducation sensitive des douleurs neuropathiques, l'ergothérapeute pourra s'en servir afin d'apprendre aux patients de nouvelles techniques ou méthodes afin d'éviter la stimulation de la zone douloureuse par le biais de ses différentes techniques. L'ergothérapeute aura donc la posture de formateur et le patient aura le rôle de formé.

#### *\* Le Béhaviorisme*

Dans ce modèle, le formateur (ergothérapeute) a un rôle « dominant » c'est à dire qu'il détient l'expertise et la maîtrise d'une connaissance qu'il va transmettre au patient. Le béhaviorisme impose au formateur de se centrer sur le formé et sur la tâche que celui-ci doit réaliser. L'efficacité de ce modèle réside dans les modifications du comportement, l'acquisition d'un nouvel automatisme.

Cependant, ce modèle comporte des limites, en effet l'inégale répartition des rôles entre l'ergothérapeute et le patient est un point négatif majeur. L'instructeur est la seule personne à pouvoir décider des notions qu'il va devoir transmettre. On peut donc voir que ce modèle implique donc une relation asymétrique entre le patient et l'ergothérapeute.

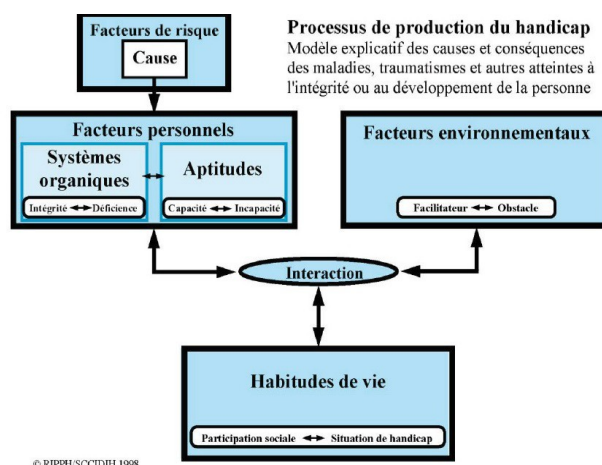
*\* Le constructivisme*

Cette théorie vise l'apprentissage par la manipulation de connaissances ou encore de conception. Une relation s'instaure donc entre le thérapeute et le patient. Dans ce modèle, les deux sujets sont actifs. Cela dit, cette théorie vient parfois bousculer, contrarier les manières de faire ou de comprendre du patient. Le formé devient acteur. La théorie du constructivisme permet le développement des potentialités du patient. Elle insiste sur l'adaptation de l'intellect, l'organisation et la structuration des nouvelles connaissances.

*\*Le socio-constructivisme*

Cette théorie introduit une dimension supplémentaire, celle de la co-construction et donc des échanges entre les différents acteurs. Cette théorie est donc fondée sur un potentiel collectif. Il y a présence d'une relation éducative entre le formateur et le groupe. L'apprentissage est centré sur des interactions (travail de verbalisation) entre les différentes personnes. Le formateur amène donc le patient à reconnaître ses besoins, ses attentes et à trouver un moyen pour y remédier. Le socio-constructivisme permet également de développer les capacités de compréhension et d'analyse des outils mis en place.

1.12.2 : Modèle du Processus de Production du Handicap (PPH) :



*Processus de Production du Handicap*

Le modèle du PPH est le modèle qui répond et soutient le plus ce cadre théorique.

Selon Fougeyrollas (1998), le PPH est un modèle explicatif des causes et compétences des maladies, traumatismes et autres atteintes de l'intégrité et du développement (23). Le PPH est un modèle mettant en interaction plusieurs facteurs : personnels, environnementaux, humains et matériels. Ils peuvent donc influencer sur les situations d'handicap. Il met



également en avant, l'interaction entre les habitudes de vie de la personne qui sont associées aux facteurs personnels et environnementaux (24). Le PPH démontre que la réalisation des activités peut-être influencée par l'amélioration de nos capacités et la compensation de nos difficultés par la réadaptation de nos habitudes de vie.

Ainsi, mesurer l'efficacité de la personne au sein d'une activité correspond à l'identification des résultats entre la personne et son environnement. D'où l'importance de l'environnement au sein des prises en charge ergothérapeutique. En effet, les différentes composantes de l'environnement, qu'elle soit d'origine physique, sociale ou culturelle peuvent influencer et interférer l'activité de la personne et donc ses habitudes de vie. L'ergothérapeute s'intéressant aux aptitudes du patient à réaliser une activité tout comme à l'interaction entre la personne et son contexte de vie, il est intéressant de mettre le patient en mise en situation écologique afin de percevoir ses difficultés et les moyens compensatoires qui pourraient être mis en place. En tant qu'ergothérapeute, il est donc important de constater comment le patient peut compenser ses difficultés dans un lieu connu et utiliser ses capacités pour réaliser l'activité afin de favoriser son bien-être au quotidien.

### 1.12.3 : Adhésion, Motivation et Implication

L'adhésion, l'implication et la motivation thérapeutique sont des comportements qui peuvent être affectés au cours des prises en charge de longue durée. Or ces trois notions sont nécessaire pour la prise de conscience, le bon déroulement et la mise en place de nouvelles conduites de santé dans le projet thérapeutique du patient.

Le modèle théorique développé par Prochaska et Diclemente (25), modèle « Trans théorie », évoque une succession d'étapes par laquelle passe le patient avant d'adhérer et d'être ancré dans la méthode. Six étapes se succèdent. Le modèle est sous forme de cercle, le patient peut donc passer plusieurs fois par la même étape avant d'être engagé dans ses projets de soins. (Annexe 12)

L'adhésion thérapeutique est une attitude de l'être humain assez complexe. En effet, elle peut être influencée par un ensemble de dimensions définit par l'OMS. (26) Les dimensions sont les suivantes :

- Les facteurs liés au patient
- Les facteurs liés au traitement

- Les facteurs de relation
- Les facteurs économiques et sociaux
- Les facteurs du système de santé

L'adhésion, l'implication et la motivation sont donc des comportements complexes. Ils permettent cependant d'augmenter l'efficacité de la prise en charge. Cela dit une communication de bonne qualité entre les différents acteurs (patient, famille, thérapeutes) est également nécessaire pour parvenir à cette efficacité.

## 2: Matériel et Méthode :

### 2.1 : Choix de la méthode :

Après m'être intéressée aux éléments théoriques qui m'ont permis de confirmer et de préciser mon objet de recherche, il m'a paru nécessaire de réaliser un travail d'enquête sur le terrain. En effet, afin de pouvoir répondre à ma problématique, il est indispensable et nécessaire de confronter la théorie avec la réalité des prises en charge ergothérapeutiques sur le terrain. Pour cela, j'ai donc opté pour la méthode clinique. Cette méthode va me permettre de recueillir par le biais de l'entretien l'avis suggestif des ergothérapeutes sur mon sujet.

Cette méthode met en jeu des rapports humains, ce qui est en accord avec le sujet de mon mémoire. Elle est le plus souvent utilisée pour étudier le fonctionnement d'un individu et de l'analyser pour mieux comprendre ses démarches sur le thème. Le but de cette méthode est donc de laisser le plus de place possible à l'individu interrogé, de le laisser parler librement. Ainsi, cette approche clinique va me permettre d'être au cœur du sujet tout en recueillant l'avis et la manière de procéder des ergothérapeutes sur mon sujet de mémoire.

### 2.2 : Population ou matériel- Critère d'inclusion et d'exclusion :

Afin de vérifier si ma question de recherche fait partie de la réalité de terrain, j'ai établi certains critères d'inclusions et d'exclusions à mon objet de recherche.

#### 2.2.1 : Critères d'inclusions :

L'entretien est assigné à des ergothérapeutes formés à la méthode de rééducation sensitive de la douleur. Les ergothérapeutes interrogés doivent donc avoir participé à au moins un des modules de la méthode voire obtenue le titre de Rééducateur sensitif de la douleur Certifiée. Ils doivent également exercer au sein d'une structure ou en libéral.

Cela va donc me permettre d'accéder à des informations qui vont m'aider à avancer dans le cheminement de mon mémoire. En effet, je vais pouvoir recueillir et explorer l'attitude, l'opinion et les ressentis de mes interlocuteurs.

#### 2.2.2 : Critères d'exclusion :

Pour ce mémoire d'initiation à la recherche, je m'intéresse aux divers facteurs qui pourraient influencer la qualité des prises en charge au sein de la méthode de rééducation sensitive. J'ai donc pris le parti d'exclure l'ensemble des ergothérapeutes qui n'ont pas suivi la

formation tout comme les thérapeutes non ergothérapeute formé à la méthode.

2.3 : Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données :

2.3.1:Choix de l'outil théorisé de recueils donnés :

Au sein de la méthode clinique, seul l'entretien est utilisable comme outil de recueil de donné. J'ai cependant fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs. Ces derniers vont être organisés autour d'axes thématiques, définis à l'avance. L'entretien semi-directif permet à l'ergothérapeute une certaine liberté d'expression tout en suivant la trame de mes questions. De plus, les questions ouvertes permettent aux personnes interrogées d'évoquer des éléments qui leur semblent pertinents dans le cadre de mon mémoire et dont je n'ai pas nécessairement évoqué dans ma matrice. Le fait de procéder à un entretien nous permet également de reformuler en cas de non-compréhension des questions de la part des interlocuteurs, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on utilise un questionnaire.

2.3.2 : Construction de l'outil théorisé :

Cet outil théorisé a été créé en respectant l'anonymat des ergothérapeutes formés à la rééducation sensitive des douleurs neuropathiques. De plus, chaque question a été rédigée le plus objectivement afin de ne pas influencer les réponses.

La grille d'entretien a été construite, afin de vérifier les facteurs pouvant influencer l'optimisation de la prise en charge ergothérapeutique dans le cadre de la méthode de rééducation sensitive de la douleur.

Avant toute question, lors de mes entretiens, mon thème de mémoire est défini à mes interlocuteurs, tout en restant assez évasive afin de ne pas les influencer dans leurs réponses. Mon guide d'entretien compte 7 questions, réparties en quatre parties. La grille d'entretien commence par des questions d'informations générales afin de vérifier si les ergothérapeutes interrogés appartiennent aux critères d'inclusions et d'exclusions mais également afin de faire une meilleure connaissance de mon interlocuteur.

Pour cela, les catégories ont été élaborées dans un premier lieu et sont en rapport avec le cadre théorique tout comme la problématique de recherche.

Elles sont au nombre de quatre :

- Méthode de rééducation sensitive
- Éducation
- Intervention à domicile
- Implication, Adhésion

Il a ensuite été question de déterminer l'ensemble des éléments à intégrer dans chaque catégorie. Ces dernières sont composées de 1 à 2 questions.

La première catégorie comporte une question inaugurale. « *Comment se déroule globalement la méthode de rééducation sensitive de la douleur chez le ou les patient(s) concerné(s) ?* » Celle-ci va me permettre de comprendre le déroulement d'une prise en charge ergothérapeutique au sein de la méthode de rééducation sensitive de la douleur. Je vais donc pouvoir analyser : le ressenti des ergothérapeutes sur la méthode, les points positifs et négatifs de cette dernière ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées.

La deuxième catégorie (éducation), se compose de deux questions. « *Comment procédez-vous pour apprendre au patient à réaliser les exercices d'auto-rééducation ?* » « *De manière générale, comment procédez-vous si un patient ne réalise pas ou mal ses exercices d'auto-rééducation ?* » Je cherche au sein de celles-ci, connaître les différentes techniques d'apprentissage utilisées pour la mise en place des exercices d'auto-rééducation ainsi que la manière de procéder face à un patient qui ne réalise pas où qui a des difficultés pour les reproduire.

La catégorie suivante aborde le thème de l'intervention à domicile. Elle se compose de deux questions. « *Intervenez-vous à domicile dans le cadre de la méthode ?* » , « *Quels pourraient être les effets favorables et défavorables de l'intervention des ergothérapeutes dans l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie quotidienne à domicile ?* » Au sein de cette catégorie, je cherche à avoir l'avis des ergothérapeutes interrogés, sur les intérêts et inconvénients d'intervenir à domicile dans le cadre de la méthode. Je souhaite également savoir si le fait d'intervenir dans les actes de la vie quotidienne au domicile du patient aurait un impact positif sur sa rééducation.

La dernière catégorie concerne l'implication et l'adhésion, elle se compose de deux questions. « *Quels sont d'après-vous les facteurs permettant l'amélioration de la qualité de la rééducation ?* », « *Dans le cadre de la méthode, pensez-vous que le fait de proposer au patient*

*l'accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du travail effectué en amont en centre ? »* A l'aide de ces dernières, je cherche à savoir quels pourraient être les facteurs qui favoriseraient l'amélioration des prises en charge dans le cadre de la méthode.

L'entretien théorisé ainsi que celui proposé aux ergothérapeutes interrogés se trouvent au sein des annexes. (Annexe 13 et 14)

#### 2.4 : Déroulement de l'enquête ou de l'expérimentation

Une fois la grille d'entretien terminée, j'ai fait réguler cette dernière par mon maître de méthodologie et de mémoire. La validation de la grille d'entretien m'a permis par la suite de contacter des ergothérapeutes travaillant en Centre de Rééducation Fonctionnelle, Soins de Suite et Réadaptation ainsi que ceux travaillant en Centre Hospitalier et étant formé à la méthode de rééducation sensitive, afin d'établir un rendez-vous.

Les entretiens se sont tous effectués par contact téléphonique. En effet, pour des raisons de commodité et d'emplois du temps il était plus apte pour mes interlocuteurs et moi-même de réaliser des entretiens par téléphone. Il est vrai que la réalisation d'entretien en contact direct est plus apte à la méthode clinique mais cela n'a pas pu être mis en place. Cela dit, chaque conversation a été enregistrée avec consentement de l'ergothérapeute et retranscrite afin de faciliter l'analyse des données et ceux de manière confidentielle.

#### 2.5 : Choix des outils de traitements des données

Les données recueillies seront retranscrites dans leur totalité sur un logiciel de traitement de texte (Word ®, Open Office ®) afin de faciliter leur analyse.

### 3 : Résultats

#### 3.1 : Présentation des données

Cette partie va nous permettre de présenter dans sa globalité ce qui a été dit durant les entretiens. Aucune interprétation ne sera réalisée dans cette partie. Par respect de l'anonymat et pour faciliter l'analyse nous nommerons les ergothérapeutes interrogés A, B et C. Vous

trouverez en annexe 15, 16 et 17, les entretiens retranscrits dans leur totalité. Les données seront présentées par catégories et par questions décrites suivant la grille d'entretien.

### *Informations Générales*

Nos trois interlocuteurs ergothérapeutes, sont trois femmes qui ont chacune des expériences différentes avec la méthode de rééducation sensitive de la douleur. Elles sont respectivement Diplômées d'État depuis : 2015, 1991 et 1980. L'ergothérapeute A travaille en service de Soins Suite et Réadaptation. L'ergothérapeute B travaille quant à elle au sein d'un Centre de Rééducation Fonctionnelle. La dernière ergothérapeute interrogée exerce au sein d'un Hôpital général dans les services : de rhumatologie, gériatrie aiguë ainsi que celui de soins palliatif. Elles sont toutes les trois formées à la méthode mais n'ont pas obtenu les mêmes modules. Les ergothérapeutes A et C ont participé au module 1 et sont formées respectivement depuis 1 an et 6 ans. L'ergothérapeute B, quant à elle a commencé sa formation initiale en 2008 (module 1), elle a été dispensée du module 2 au vue de sa venue dans la clinique de Fribourg où travaille Claude Spicher. Elle a par la suite réalisé le module 3 puis obtenue en 2014 le titre de Rééducateur Sensitif de la Douleur Certifié.

### *Méthode de Rééducation sensitive*

Cette catégorie correspond à la question inaugurale. C'est une question assez vaste permettant de lancer le sujet et le thème. Dans cette catégorie, je cherche à savoir si les ergothérapeutes interrogés rencontrent des difficultés lors de la méthode. Quels sont les points positifs et négatifs de celle-ci. Leur ressenti sur cette dernière est aussi un élément de recherche. Les ergothérapeutes A et B, prennent des patients en prise en charge externe. C'est à dire qu'elles les voient une fois par semaine au sein de la structure. Alors que les patients de l'ergothérapeute C sont vus de façon quotidienne.

L'ergothérapeute A réalise dans un premier temps l'ensemble des bilans et recherche la zone douloureuse ou hypoesthésique. L'ergothérapeute B, dit participer à « une prise en charge globale » ( Annexe Entretien ergothérapeute B, L34) car ces derniers sont vus dans le cadre de la lutte contre la douleur (CLUD). Ils ont donc des séances de kinésithérapie et d'acupuncture en plus de l'ergothérapie. De plus, elle a une prise en charge particulière

puisqu'elle prend des patients ayant des douleurs très anciennes qui impactent leur côté psychologique (Annexe Entretien ergothérapeute B, L39/40). L'ergothérapeute C, dit ne pas appliquer la méthode à la lettre (Annexe Entretien ergothérapeute C, L25/26). En effet cette dernière ne réalise pas l'ensemble des bilans prévu au sein de la méthode. Mais elle commence toujours la rééducation par la réalisation d'une esthésiographie.

Les points positifs de la méthode relevés par les ergothérapeutes sont assez diversifiés. L'ergothérapeute A, évoque l'écoute des thérapeutes envers les patients. Au sein de cette méthode les patients se sentent entendus et se disent « que leur douleur n'est pas que dans leur tête et que l'on peut la voir » (Annexe Entretien ergothérapeute A, L26). L'ergothérapeute C, décrit quant à elle l'apparition rapide des premiers résultats. L'ergothérapeute B, annonce que dans cette méthode le point positif est que la douleur peut être visible grâce aux bilans quantifiés. On peut ainsi avoir un suivi et percevoir une évolution. « la douleur c'est assez subjectif, c'est pour ça qu'il est intéressant de la quantifier et de la cartographier pour voir l'évolution. C'est vraiment le point positif. » (Annexe Entretien ergothérapeute B, L53/54). De plus, lors de l'entretien cet ergothérapeute évoque la partie prenante du patient dans la méthode. En effet, au cours de la prise en charge le patient doit être acteur s'il souhaite obtenir des résultats.

Pour les points négatifs, ils divergent selon les ergothérapeutes. Ces derniers évoquent, la difficulté à nommer le territoire lésé, en effet, si l'on se trompe de nerfs la suite de la rééducation peut être compromise. De plus, certaines douleurs sont difficiles à faire partir ou diminuer au vu de leur ancienneté. Le manque de temps au niveau des prises en charge au sein des institutions est une difficulté supplémentaire. L'ergothérapeute C évoque notamment n'avoir que « 3 semaines » (Annexe Entretien ergothérapeute C, L32) pour tenter de calmer les douleurs.

Le ressenti des ergothérapeutes interrogés par rapport à la méthode est positif. Elles évoquent son efficacité ainsi que la perception de résultat intéressant au niveau de la prise en charge. « Elle permet de réduire considérablement les douleurs que d'autres méthodes n'ont pas permises » (Annexe Entretien Ergothérapeute A, L34/35).

### *Éducation*

La catégorie suivante concerne l'éducation, elle est composée de deux questions. Au



sein de celle-ci, je cherche à savoir dans un premier temps les techniques utilisées par les ergothérapeutes pour apprendre aux patients les exercices d'auto-rééducation. Dans un second temps je souhaite comprendre comment procèdent les thérapeutes lorsqu'un patient ne parvient pas à réaliser les exercices où ne s'implique pas dans la méthode.

Les ergothérapeutes A et B, réalisent de façon similaire l'apprentissage des exercices d'auto-rééducation. Dans un premier temps, elles expliquent la méthode puis apprennent aux patients les zones à stimuler ou au contraire à ne pas stimuler. Elles expliquent à l'oral l'ensemble des exercices et les réalisent avec eux lors des premières séances. Une feuille explicative et récapitulative est distribuée aux patients par la suite afin qu'ils puissent s'y référer pour les exercices d'auto-rééducation. L'ensemble de ses apprentissages se fait de façon individuelle. Les patients ont donc un support écrit et les explications orales sur les exercices.

L'ergothérapeute C, donne également des explications sur la méthode et la manière de procéder. Mais elle utilise également le support de la photo. Elle photographie la zone douloureuse, qui a été dessinée préalablement sur le patient. Elle leur donne par la suite afin qu'ils puissent visualiser les repères de la zone à ne pas stimuler. Pour elle l'apprentissage n'est pas toujours évident, mais en voyant les patients de façon quotidienne, elle peut faire réaliser les exercices elle-même ou réexpliquer au patient ce qu'il n'a pas compris. C'est une situation qu'elle trouve confortable. A part la photo, l'ergothérapeute utilise uniquement des explications orales pour l'apprentissage des exercices d'auto-rééducation.

Pour la deuxième question de cette catégorie, on peut observer trois manières de procéder différentes. L'ergothérapeute C, évoque lors de l'entretien, qu'elle ne se sent pas concernée par la question. « Je n'ai jamais eu de cas où la personne ne réalisait pas les exercices. » (Annexe Entretien Ergothérapeute C, L67/68). La plupart de ses patients venant tous les jours en ergothérapie, il est plus facile pour elle de les ancrer dans la méthode et donc de leur faire réaliser les exercices correctement.

L'ergothérapeute A, procède à la ré-explication de la totalité des exercices si un patient ne les fait pas ou mal. La semaine suivante, elle l'interroge sur la bonne réalisation des exercices. S'il ne le fait toujours pas, elle cherche des solutions avec lui. Elle évoque

également le fait de ne pas insister si un patient ne veut pas, s'il n'adhère pas.

Pour l'ergothérapeute B, la ré-explication est très importante. La répétition de l'intérêt de ses exercices est essentielle pour elle. Elle évoque même l'inclusion de la famille, lors des explications afin de favoriser la réalisation des exercices par le patient.

### *Intervention à domicile*

La catégorie suivante concerne l'intervention à domicile. Au sein de celle-ci, deux questions sont présentes. Je cherche à savoir si notre intervention dans le lieu de vie du patient peut avoir un impact sur la méthode, ou si notre intervention dans les actes de la vie quotidienne au domicile procurerait des effets favorables ou défavorables au sein de la rééducation.

Au sein de la première question, aucune des trois ergothérapeutes n'intervient à domicile dans le cadre de la méthode. Elles ne perçoivent pas ce que notre intervention dans le lieu de vie pourrait apporter de plus à la méthode.

L'ergothérapeute A, ne voit pas ce que pourrait changer le fait d'intervenir à domicile dans le cadre de la méthode de rééducation sensitive de la douleur. Elle ne voit aucun inconvénient de réaliser cette technique seulement au sein d'une structure. Elle évoque notamment un inconvénient supplémentaire d'intervenir à domicile : celui de déplacer le matériel nécessaire chez le patient. Cependant, elle relève un point positif, en intervenant sur le lieu de vie le patient serait dans son environnement. « Cela nous permettrait de voir où sont les difficultés. » (Annexe Entretien ergothérapeute A, L 77). Elle n'est pas contre le fait de faire des visites à domicile, mais ne voit pas le plus que pourrait apporter notre intervention sur le lieu de vie du patient.

L'ergothérapeute C, pense que notre intervention à domicile serait intéressante. Mais elle perçoit plutôt l'intervention d'ergothérapeutes libéraux. L'ergothérapeute B, pense quant à elle que l'intérêt d'intervenir à domicile serait plutôt pour des personnes à mobilité réduite; qui seraient en incapacité de se déplacer au sein des institutions proposant la méthode.

La réponse à la deuxième question de cette catégorie fait l'unanimité. Les trois

ergothérapeutes interrogées pensent que notre intervention dans l'aménagement ou l'adaptation des actes de la vie quotidienne serait un axe favorable à la qualité de la rééducation. En effet, pour ces ergothérapeutes l'éducation du patient sur les zones à éviter de stimuler dans certains actes de la vie quotidienne est importante. L'ergothérapeute B, parle d'organiser au mieux le domicile du patient pour éviter les stimulations douloureuses lors des actes de la vie quotidienne. Elle évoque même le fait que « le logement soit le plus ergonomique possible ». (Annexe Entretien ergothérapeute B, L118). Aucun effet défavorable de notre intervention dans l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie quotidienne n'est à relever de leur part.

### *Implication, Adhésion*

La dernière catégorie correspond à l'adhésion et l'implication. Elle se compose de deux questions. Au sein de la première, je souhaite connaître les facteurs qui permettent l'amélioration de la qualité de la rééducation. Dans un deuxième temps, je cherche à savoir si le fait de proposer aux patients un accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du travail effectué auparavant dans le centre.

Au niveau de la première question, l'ergothérapeute A, pense que l'éducation thérapeutique du patient, son adhésion et implication favoriseraient l'amélioration de la qualité de la rééducation. Elle évoque aussi la confiance envers les thérapeutes et envers lui-même afin que la prise en charge soit optimale. L'ergothérapeute B, évoque le facteur de la prise en charge précoce. Pour elle nous améliorerons la qualité de la rééducation si nous faisons de la prévention et si nous traitons les douleurs dès leur apparition. L'adhésion du patient et son assiduité aux séances fait également parti, pour elle, des facteurs favorisant l'amélioration de la qualité de la rééducation.

L'ergothérapeute C, évoque quant à elle, la bonne compréhension du patient de la méthode. Selon elle, il doit également être acteur de sa prise en charge. De plus, les facteurs d'implication, de confiance et de motivation sont évoqués par l'ergothérapeute.

Les ergothérapeutes B et C, évoquent au cours de l'entretien le facteur de connaissance pluridisciplinaire. Selon elles, pour que la qualité de la rééducation soit optimale, il est

nécessaire « qu'il y ai une éducation des autres professionnels de santé » (Annexe Entretien ergothérapeute B, L144) sur la méthode. Certains thérapeutes ne connaissent pas la méthode et donc stimulent la zone douloureuse par exemple, ce qui nuit au travail effectué en amont.

Pour la deuxième question, les trois ergothérapeutes pensent que l'accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du travail effectué en amont du centre. En effet, elles pensent qu'il est très important de poursuivre le travail effectué auparavant. Les ergothérapeutes B et C évoquent, notamment l'intervention d'ergothérapeutes libéraux qui pourraient effectuer un suivi et donc se rendre chez le patient pour poursuivre la rééducation et donc améliorer la qualité de la rééducation engagée. ( Annexe Entretien ergothérapeute C, L 118)

### 3.2 : Analyse des données

#### 3.2.1 : Résultats en lien avec la méthode de rééducation sensitive de la douleur

Dans l'ensemble, les trois ergothérapeutes interrogés ne rencontrent pas de difficultés au sein de la méthode. Pour elles, cette méthode est positive et apporte des résultats assez rapidement. (Annexe Entretien ergothérapeute A, L34). Elles suivent pour deux d'entre elles l'ensemble du protocole, en réalisant les bilans et évaluations nécessaires pour faire diminuer ou disparaître les douleurs.

Les points positifs relevés sont la possibilité de voir la douleur, de pouvoir la cartographier et la quantifier. Cela est très important autant pour les thérapeutes que pour les patients. Leur douleur est enfin entendue et reconnue et cela est un soulagement pour le patient.

#### 3.2.2 : Résultats en lien avec les théories de l'apprentissage

Concernant l'éducation et notamment les techniques d'apprentissages employées, les ergothérapeutes utilisent principalement deux modèles : le comportementisme et le constructivisme.

Nous pouvons remarquer qu'au sein de la pratique de la méthode des trois ergothérapeutes interrogés la théorie du comportementisme est utilisée majoritairement. En effet,

elle permet aux ergothérapeutes de transmettre leur savoir notamment sur la présentation de la méthode, la réalisation des bilans ainsi que pour la procédure des apprentissages des exercices d'auto-rééducation.

La théorie d'apprentissage du constructivisme est aussi utilisée lors de la ré-explication des exercices, notamment si un patient ne les réalise pas ou mal. L'ergothérapeute va donc échanger avec le patient afin de trouver des solutions ensemble. (Annexe Entretien Ergothérapeute A, L60/61) Les deux sujets vont donc être actifs. Ils vont devoir agir ensemble afin de favoriser l'optimisation de la rééducation.

Le modèle du socio-constructivisme n'est quant à lui pas utilisé par les ergothérapeutes interrogés. Ce modèle implique des situations de groupe, où les différents patients seraient en interactions avec le thérapeute. Cela reste difficile de mettre en place, puisque chaque douleur neuropathique est propre à chacun. L'ergothérapeute donne des conseils et éduque de façon individuelle. Cela dit dans le cadre de l'ETP, il est tout à fait imaginable que ce modèle soit applicable, puisque les patients pourraient échanger entre eux sur leurs ressentis et vécu de la douleur.

Il est aussi intéressant de relever que trois types de supports sont employés pour permettre aux patients d'apprendre les exercices d'auto rééducation. Les explications orales, le support écrit ou encore le support photo sont utilisés. Ces différents supports appartiennent au modèle du constructivisme puisque le thérapeute transmet son savoir-faire au patient.

### 3.2.3 : Résultats en lien avec le modèle du PPH

Tous les ergothérapeutes interrogés n'interviennent pas à domicile. (Annexe Entretien ergothérapeute A, B, C, L 71/ 101/ 74). Leur avis sur notre intervention sur le lieu de vie du patient est partagé. La méthode se déroulant correctement dans les structures, elles ne perçoivent pas pour certaines ce que pourrait procurer de plus notre intervention à domicile. De plus des contraintes ont été relevées comme par exemple, le déplacement du matériel sur le lieu de vie.

Cela dit, les ergothérapeutes s'accordent sur l'intérêt d'intervenir à domicile dans le

cadre de l'aménagement ou l'adaptation des actes de la vie quotidienne. Cela fait notamment référence au modèle du PPH. Ce dernier stipule en effet, l'influence de plusieurs facteurs tels que les facteurs personnels, environnementaux ou encore matériels sur la situation d'handicap. Dans le cas des douleurs neuropathiques, certains actes de la vie quotidienne peuvent devenir difficilement réalisables en fonction de l'endroit affecté. Les différentes composantes de l'environnement personnel du patient peuvent interférer l'activité de la personne et donc perturber ou modifier ses habitudes de vie.

Notre intervention pourrait donc être favorable selon l'avis des ergothérapeutes dans l'aménagement et/ou l'adaptation des actes de la vie quotidienne à domicile. Nous aurions donc un rôle à jouer dans la mise en place d'aides compensatoires, dans la recherche de solutions pour les difficultés rencontrées par le patient dans son environnement. Nous pourrions rendre l'environnement du patient « le plus ergonomique possible » comme l'évoque l'ergothérapeute B dans son entretien (Annexe Entretien ergothérapeute B, L 118/119).

Tout cela fait donc référence au modèle du PPH puisqu'il démontre que la réalisation des activités peut-être influencées par la modification des facteurs environnementaux. En effet, il existe une interaction entre les facteurs personnels, les habitudes de vie ainsi que les facteurs environnementaux. Lorsqu'un patient se trouve dans une situation d'handicap, douleurs neuropathiques, on peut essayer de modifier soit ses aptitudes, soit ses facteurs environnementaux ou encore ses habitudes de vie afin de favoriser son autonomie au quotidien.

#### 3.2.4: Résultats en lien avec l'implication et l'adhésion du patient

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que la motivation, l'implication et l'adhésion occupent une place importante au sein de la méthode de rééducation sensitive de la douleur. Les trois ergothérapeutes ont peu été confrontés à des patients peu ou pas motivés.(Annexe Entretien ergothérapeute C, L67/68) Si cela se présente, l'ergothérapeute doit agir pour que le patient reste impliqué et poursuive sa prise en charge.

Les trois ergothérapeutes interrogés pensent également que la compréhension de la méthode par le patient est un facteur influençant la qualité de la rééducation sensitive de la

douleur. En effet, la compréhension est liée à la motivation et donc à l'adhésion. (Annexe Entretien ergothérapeute B, L148) Comme nous l'avons démontré le modèle de Prochaska et Diclemente (cf partie 1.12.3), ces deux notions sont présentes tout au long de la prise en charge d'un patient atteint d'un trouble de longue durée, dont les douleurs neuropathiques en font partie.

D'autres facteurs permettant l'amélioration de la qualité de la rééducation sont à noter par les ergothérapeutes interrogés. Notamment, l'assiduité aux séances ainsi que la confiance en soi et en les thérapeutes (Entretien ergothérapeute B, L 148). La prise en charge précoce est aussi un facteur relevé par une ergothérapeute. En effet, cette prise en charge précoce, (Entretien ergothérapeute B, L 140) dès l'apparition de troubles sensitifs permettrait une meilleure qualité de rééducation ainsi qu'un meilleur temps de rééducation. Dans le sens où la douleur n'aurait pas le temps de s'installer, il serait donc plus facile de la traiter et de la faire disparaître dans un délai plus court que la normale.

Deux ergothérapeutes ont fait remonter la non connaissance de la méthode de nos confrères paramédicaux et médicaux (Entretien ergothérapeute B, L 146/147) (Entretien ergothérapeute C, L99). En effet, il est important lors d'allodynie mécanique par exemple, qu'ils sachent la procédure de la méthode pour éviter toute stimulation de la zone protégée et ainsi ne pas nuire au travail effectué. Une éducation serait peut-être donc intéressante de mettre en place pour les sensibiliser à cette technique.

De plus, les trois ergothérapeutes évoquent la nécessité d'un suivi à domicile dans le cadre de la méthode (Annexe Entretien ergothérapeute A, B, C, L122/166/18). En effet, une fois le suivi terminé en centre aucun ergothérapeute ne prend le relais. Elles évoquent donc le rôle d'un ergothérapeute libéral formé à la méthode de rééducation sensitive, qui pourrait assurer le suivi et accompagner à domicile le patient afin de poursuivre le travail effectué en amont en centre. De plus, une prise en charge à domicile par un ergothérapeute libéral permettrait de mettre en place l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie quotidienne puisque par des contraintes institutionnelles la plupart des centres ne peuvent le faire.

#### 4: Discussion des données

##### 4.1 : Interprétation des résultats et réponses à l'objet de recherche

Le dispositif de recherche a permis d'obtenir des éléments de réponse quant à ma problématique de recherche : « *Quels facteurs pourraient influencer l'optimisation de la prise en charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?* »

Il apparaît suite aux entretiens que divers facteurs peuvent influencer l'optimisation de la prise en charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive. En effet un des premiers facteurs est la possibilité de quantifier et cartographier la douleur. C'est un soulagement pour les patients, car ils se sentent enfin compris. Cela leur permet de s'investir au sein de la méthode et donc de favoriser l'optimisation de la prise en charge.

De plus, il apparaît que les ergothérapeutes interrogés s'appuient sur les théories de l'apprentissage notamment lors de l'explication de la méthode. Elles utilisent le constructivisme et le béhaviorisme. Ces méthodes d'apprentissages ainsi que la mise en place de divers supports explicatifs facilitent également la compréhension de la méthode.

L'aménagement et l'adaptation des actes de la vie quotidienne à domicile sont des facteurs qui selon les ergothérapeutes interrogés favoriseraient l'optimisation de la prise en charge. Nous aurions un rôle dans la mise en place d'aides compensatoires ainsi que dans la recherche de solutions pour les difficultés rencontrées par le patient dans son environnement au cours de diverses activités. En effet, notre intervention favoriserait la non-stimulation de la zone dans l'environnement personnel du patient.

De plus, selon les ergothérapeutes interrogés, d'autres facteurs tels que la motivation, l'implication, l'adhésion et la compréhension de la méthode augmenteraient l'optimisation de la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. L'assiduité aux séances et la réalisation correcte des exercices d'auto-rééducation par les patients sont aussi des éléments importants.

La prise en charge précoce est également un facteur relevé par une ergothérapeute interrogée. La connaissance de la méthode par les autres professionnels est aussi très



importante a noté, car elle permettra une optimisation de la qualité de la rééducation. Et enfin, le suivi à domicile par un ergothérapeute libéral est mentionné par les thérapeutes interrogés. En effet, le suivi à domicile est intéressant dans la poursuite du travail effectué en amont, cela influence donc l'optimisation de la prise en charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur.

#### 4.2 : Discussions autour des résultats et les critiques du dispositif de recherche

Les réponses obtenues doivent être nuancées pour diverses raisons.

Dans un premier temps, l'échantillon des ergothérapeutes interrogés est peu important. Il aurait été intéressant de rencontrer d'autres professionnels afin de connaître leurs propres expériences et ainsi pouvoir confronter plusieurs points de vue. Cela dit, le dispositif de recherche mis en place permet de mettre en avant des prédispositions sur la pratique des ergothérapeutes formés à cette méthode.

Dans un second temps, concernant ma matrice après avoir passé mes trois entretiens, je me suis rendu compte que certaines questions n'étaient peut-être pas assez claires ou précises. En effet, il m'a fallu à certains moments reformuler ou poser des questions de relance.

De plus, après avoir recueillies et analysées les données, je me suis rendu compte de la non évocation de certaines notions qui auraient pu être importante. En effet, il aurait été intéressant d'évoquer l'éducation thérapeutique des patients dans le cadre de la méthode où encore d'approfondir le sujet sur la prévention des douleurs neuropathiques. Une autre notion importante non évoquée lors de ces résultats est l'aspect économique. En effet, il aurait été intéressant d'évaluer le coût des interventions sur les lieux de vie des patients et ceux en centre. Intervenir à domicile implique une perte de temps notamment dans les déplacements ou encore le transport du matériel nécessaire. Tout ceci sont des notions qui auraient été essentielles d'inclure dans le dispositif de recherche.

Le fait d'interroger les patients sur les facteurs qui permettraient l'optimisation de la rééducation aurait également été très intéressant. Car ce sont finalement eux les plus aptes à

décrire ce qui favoriserait l'amélioration de leur rééducation. Mais par manque de temps ceci n'a pas pu être mis en place.

#### 4.3 : Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Interroger un panel d'ergothérapeute plus conséquent serait intéressant, en effet les résultats seraient plus représentatifs de la pratique professionnelle.

Dans le cadre de la méthode de rééducation sensitive, il serait intéressant de sensibiliser les ergothérapeutes libéraux à cette méthode. Ces derniers peuvent prendre le relais des ergothérapeutes en centre et ainsi aborder l'intervention à domicile dans le cadre de la méthode. De plus, deux des ergothérapeutes interrogés travaillent dans des zones rurales. Elles soulignent l'importance de la formation des ergothérapeutes libéraux pour poursuivre le travail effectué, car il existe un désert médical dans certaines régions. Leurs implications permettraient donc de prendre en charge une plus grande partie de patients atteints de douleur neuropathique.

Une sensibilisation des autres professionnels de santé est aussi un élément à mettre en place. Afin d'élaborer une rééducation de qualité, qu'elle soit le plus optimale possible pour le patient.

#### 4.4 : Apports, les intérêts et les limites des résultats pour la pratique professionnelle

##### 4.4.1 : Apports et intérêts des résultats pour la pratique professionnelle

Ces entretiens ont permis de mettre en évidence l'intérêt de notre intervention à domicile mais aussi de lister les différents facteurs permettant l'optimisation de la prise en charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur.

De plus, les résultats ont permis de mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute au sein de cette méthode. En effet, au vu de notre formation, nous avons vraiment notre place au sein de celle-ci, car nous prenons en compte des critères correspondant à nos compétences professionnelles. Ces critères sont notamment les habitudes de vie, la volonté et le désir du

patient, les actes de la vie quotidienne et l'environnement personnel. En effet, l'ergothérapeute possède une vision holistique, c'est-à-dire qu'il va avoir une vision globale de la personne. Il va s'intéresser autant à cette dernière qu'à son environnement et ses habitudes de vie. Il analyse les situations d'handicap vécues par le patient afin de promouvoir l'autonomie et l'indépendance.

Enfin, ces entretiens démontrent donc l'importance de la prise en compte des divers facteurs(éducation, adhésion, implication, aménagement des actes de la vie quotidienne,...). Ces derniers vont favoriser l'optimisation de la prise en charge du patient et ce tout au long de la rééducation.

#### 4.4.2 : Apports personnel du mémoire

Ce mémoire m'a permis de construire de nouveaux savoirs ou plutôt d'approfondir des connaissances vues au cours de la formation, ou encore lors des divers stages effectués. Il m'a conforté dans le choix de me former à la méthode, mais également de m'impliquer et m'investir dans le développement des prises en charge ergothérapique des patients atteints de douleurs neuropathiques. Le mémoire m'a permis d'acquérir une démarche scientifique afin d'enrichir, d'évaluer ou encore de comparer ma pratique professionnelle.

#### 4.4.3 : Les limites des résultats pour la pratique professionnelle

Les résultats de ce travail ne permettent pas de révéler si sur le terrain les facteurs cités sur l'intervention dans l'environnement du patient sont des facteurs d'amélioration de la qualité de la rééducation. En effet, au vue des trois entretiens aucuns ergothérapeutes n'intervenaient sur le lieu de vie. De plus, ces résultats ne mettent pas en avant le point de vue des patients sur les facteurs qui pourraient participer à l'influence de la qualité de leur rééducation.

Au vue du nombre restreint d'entretiens, les résultats ne permettent pas de mettre en avant tous les facteurs. Il est possible qu'avec des entretiens supplémentaires, d'autres facteurs d'amélioration de la qualité de la rééducation auraient été mentionnés.

#### 4.4.4 : Perspectives de recherches

Il serait intéressant de poursuivre le travail en comparant deux groupes de patients atteints de douleurs neuropathiques. Un groupe serait formé de personnes suivant la rééducation uniquement en centre et l'autre bénéficierait d'intervention sur son lieu de vie. Nous pourrions ainsi constater le véritable impact de notre intervention dans l'environnement du patient atteint de douleurs neuropathiques. Nous évaluerons donc l'ensemble des facteurs favorisant l'amélioration de la qualité de la rééducation.

Le ressenti des patients est très important à analyser puisque ce sont finalement eux les plus aptes à déterminer quels facteurs influencent la qualité de leur prise en charge. Cependant, au vue des résultats de ma pré-enquête, on peut imaginer qu'il sera délicat de trouver un groupe de patients bénéficiant d'intervention sur le lieu de vie.

Ces nouvelles perspectives de recherche participeraient à un nouvel apport et seraient la poursuite du travail effectué dans ce mémoire d'initiation à la recherche.

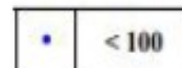
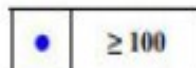
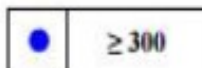
**Tables des matières des annexes**

- \*Annexe 1 : Répartition des thérapeutes formés à la méthode de rééducation sensitive
- \*Annexe 2 : Hommonculus
- \*Annexe 3 : Les différents récepteurs de la peau
- \*Annexe 4: Esthésiomètre
- \*Annexe 5 : Test de discrimination des deux points statiques
- \*Annexe 6 : Échelle de la douleur
- \*Annexe 7 : DN4
- \*Annexe 8 : Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA)
- \*Annexe 9 : Allodynographie
- \*Annexe 10 : Arc-en-ciel
- \*Annexe 11 : Générateur de vibration
- \*Annexe 12 : Modèle de Prochaska et Diclemente
- \*Annexe 13 : Grille d'entretien
- \*Annexe 14 : Grille d'entretien théorisée
- \*Annexe 15 : Entretien A
- \*Annexe 16 : Entretien B
- \*Annexe 17 : Entretien C

Annexe :

\*Annexe1 :Répartition des thérapeutes formés à la méthode de rééducation sensitive

In 1992, the first communication about somatosensory rehabilitation of pain was done at the occasion of the 1<sup>st</sup> Congress of the swiss society for hand therapy. In 2001, this method was taught for the first time. On April 25<sup>th</sup> 2015, **962 therapists and medical doctors** have been trained to the somatosensory rehabilitation method.

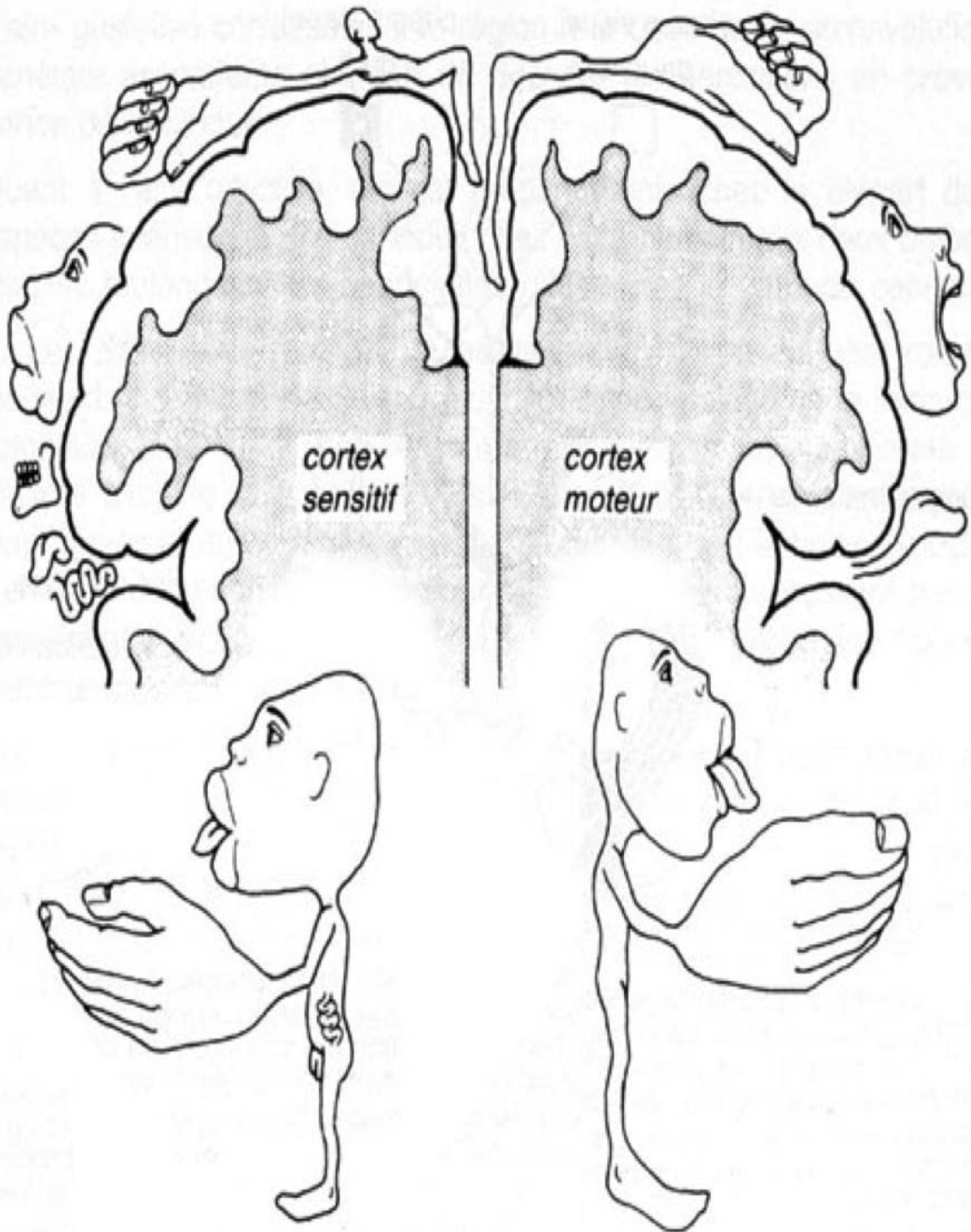


|    |                                |     |
|----|--------------------------------|-----|
| 1  | France                         | 334 |
| 2  | Switzerland : French speaking  | 212 |
| 3  | Canada : French speaking       | 170 |
| 4  | Switzerland : German speaking  | 115 |
| 5  | Belgium : French speaking      | 29  |
| 6  | Canada : English speaking      | 18  |
| 7  | Switzerland : Italian speaking | 17  |
| 8  | Réunion Island                 | 1   |
| 9  | Luxemburg                      | 8   |
| 10 | Germany                        | 7   |
| 11 | Portugal                       | 4   |
| 12 | Netherlands                    | 3   |
| 13 | Finland                        | 3   |
| 14 | Greece                         | 3   |
| 15 | Spain                          | 3   |

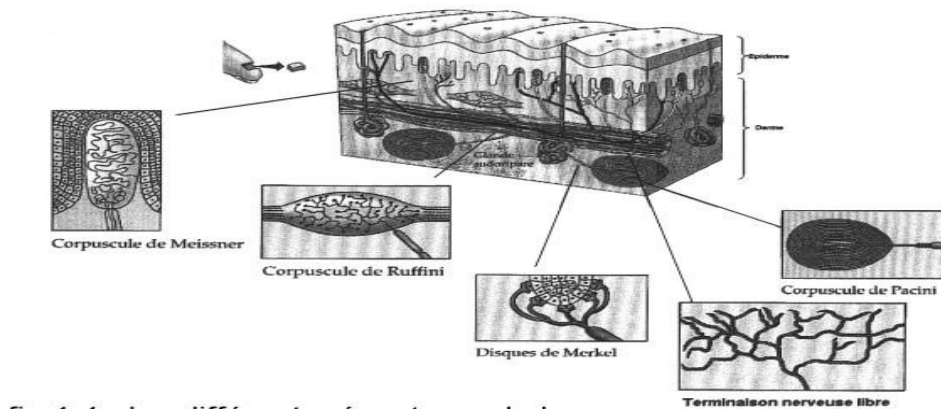
|    |                |   |
|----|----------------|---|
| 16 | Denmark        | 2 |
| 17 | Austria        | 2 |
| 18 | Italy          | 2 |
| 19 | Roumania       | 2 |
| 20 | United-Kingdom | 1 |
| 21 | Turkey         | 1 |
| 22 | South Africa   | 1 |
| 23 | Czech Republic | 1 |
| 24 | Australia      | 1 |
| 25 | Argentina      | 1 |
| 26 | Egypt          | 2 |
| 27 | Israel         | 1 |
| 28 | USA            | 1 |
| 29 | Brazil         | 1 |

**TOTAL 962**

\* Annexe 2 : Homonculus



\* Annexe 3 : Les différents récepteurs de la peau :



\* Annexe 4 : Esthésiomètre



\* Annexe 5 : Test de discrimination de deux points statiques





\*Annexe 6 : Échelle de la douleur

\*Échelle numérique :

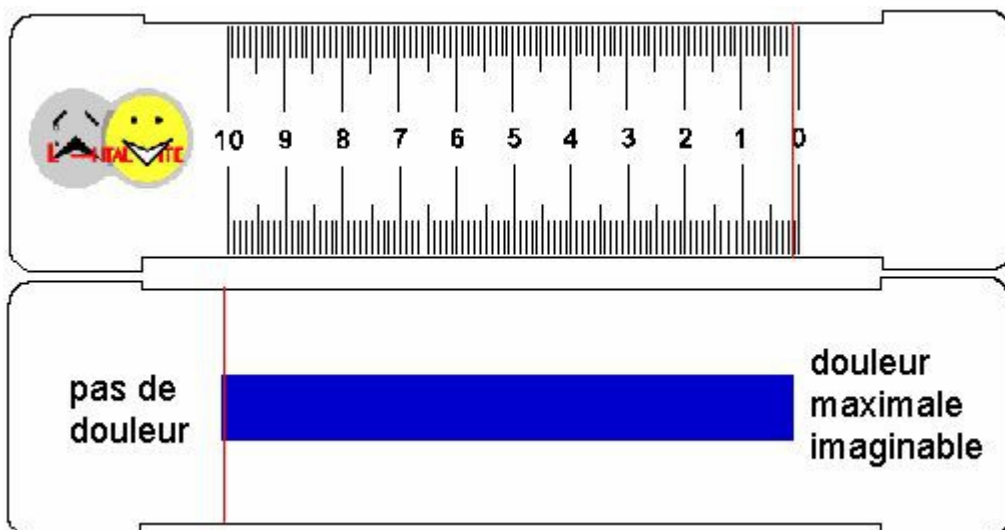
**Echelle numérique (EN)**

|                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| <b>Pas de<br/>Douleur</b> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <b>Douleur<br/>maximale<br/>imaginable</b> |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|

\*Échelle verbale simple :

| Réponse verbale       | Cotation |
|-----------------------|----------|
| Douleur nulle         | 0        |
| Douleur faible        | 1        |
| Douleur moyenne       | 2        |
| Douleur forte         | 3        |
| Douleur insupportable | 4        |

\*Échelle visuelle analogique



\* Annexe 7 : DN4

### QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

**QUESTION 1 :** la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

|                                  | Oui                      | Non                      |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Brûlure                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Décharges électriques         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**QUESTION 2 :** la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

|                     | Oui                      | Non                      |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Fourmillements   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Picotements      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Engourdissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Démangeaisons    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**QUESTION 3 :** la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

|                             | Oui                      | Non                      |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Hypoesthésie au tact     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hypoesthésie à la piqûre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**QUESTION 4 :** la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

|                   | Oui                      | Non                      |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Le frottement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OUI = 1 point

NON = 0 point

**Score du Patient : /10**

#### MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al. Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

\* Annexe 8 : Questionnaire de Saint Antoine

## QDSA Questionnaire De Saint Antoine Forme complète

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant un chiffre de 0 (absent) à 4 (extrêmement fort) pour la réponse correcte.

### FORME COMPLETE : QUESTIONNAIRE DE SAINT ANTOINE

0= absent ou pas du tout  
1= faible ou un peu  
2= modéré ou moyennement  
3= fort ou beaucoup  
4= extrêmement fort ou extrêmement

|                 |                       |    |
|-----------------|-----------------------|----|
| <b>A</b>        | Battements            | __ |
|                 | Pulsations            | __ |
|                 | Elancements           | __ |
|                 | En Eclairs            | __ |
|                 | Décharges électriques | __ |
| Coup de marteau | __                    |    |

|          |            |    |
|----------|------------|----|
| <b>B</b> | Rayonnante | __ |
|          | Irradiante | __ |

|                  |              |    |
|------------------|--------------|----|
| <b>C</b>         | Piqûre       | __ |
|                  | Coupure      | __ |
|                  | Pénétrante   | __ |
|                  | Transperçant | __ |
| Coup de poignard | __           |    |

|           |             |    |
|-----------|-------------|----|
| <b>D</b>  | Pincement   | __ |
|           | Serrement   | __ |
|           | Compression | __ |
|           | Ecrasement  | __ |
|           | En étau     | __ |
| Broiement | __          |    |

|          |              |    |
|----------|--------------|----|
| <b>E</b> | Tiraillement | __ |
|          | Etirement    | __ |
|          | Distension   | __ |
|          | Déchirure    | __ |
| Torsion  | __           |    |

|          |         |    |
|----------|---------|----|
| <b>F</b> | Chaleur | __ |
|          | Brûlure | __ |

|          |       |    |
|----------|-------|----|
| <b>G</b> | Froid | __ |
|          | Glace | __ |

|          |                |    |
|----------|----------------|----|
| <b>H</b> | Picotements    | __ |
|          | Fourmillements | __ |
|          | Démangeaisons  | __ |

|          |                 |    |
|----------|-----------------|----|
| <b>I</b> | Engourdissement | __ |
|          | Lourdeur        | __ |
|          | Sourde          | __ |

|          |           |    |
|----------|-----------|----|
| <b>J</b> | Fatigante | __ |
|          | Epuisante | __ |

|          |            |    |
|----------|------------|----|
| <b>K</b> | Nauséuse   | __ |
|          | Suffocante | __ |
|          | Syncopale  | __ |

|          |             |    |
|----------|-------------|----|
| <b>L</b> | Inquiétante | __ |
|          | Oppressante | __ |
|          | Angoissante | __ |

|             |            |    |
|-------------|------------|----|
| <b>M</b>    | Harcelante | __ |
|             | Obsédante  | __ |
|             | Cruelle    | __ |
|             | Torturante | __ |
| Suppliciant | __         |    |

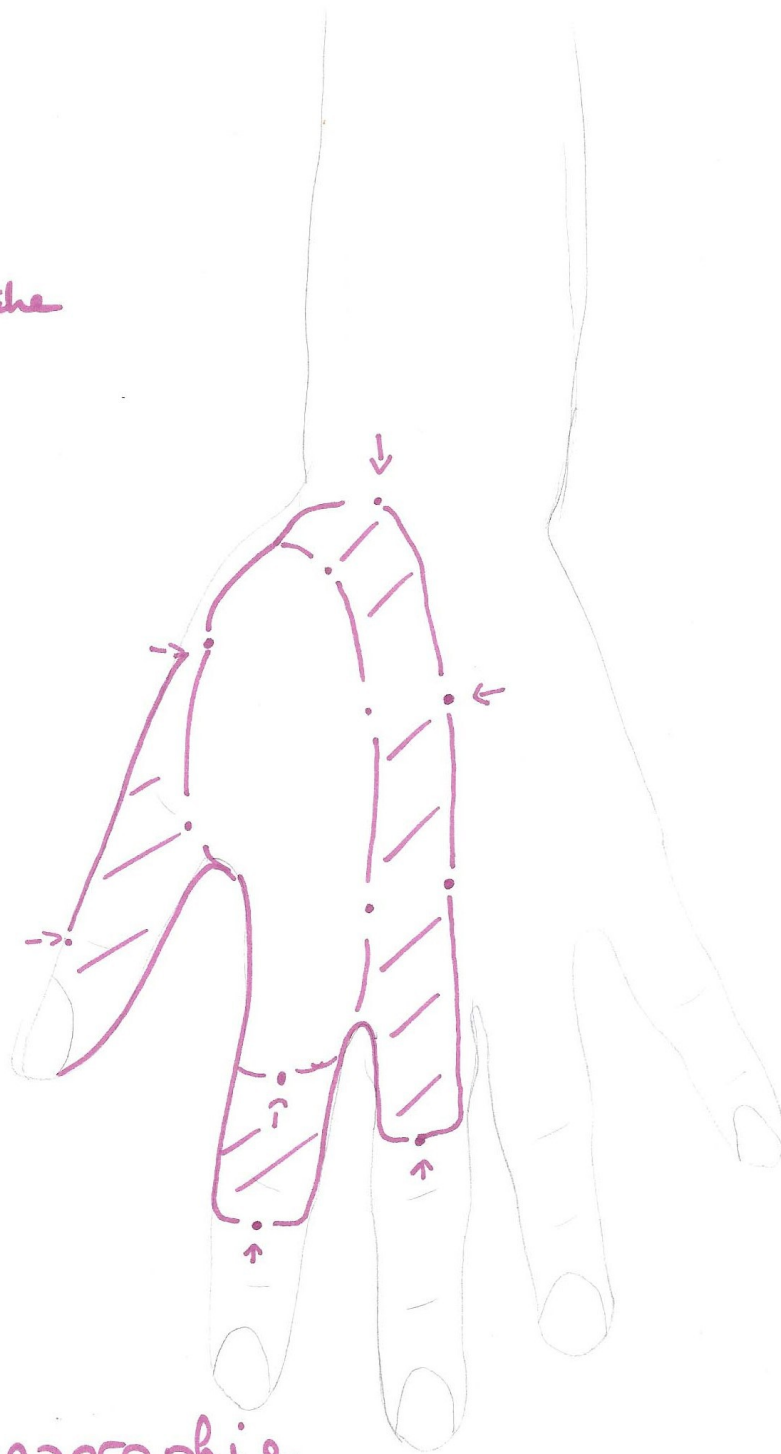
|          |               |    |
|----------|---------------|----|
| <b>N</b> | Gênante       | __ |
|          | Désagréable   | __ |
|          | Pénible       | __ |
|          | Insupportable | __ |

|          |              |    |
|----------|--------------|----|
| <b>O</b> | Enervante    | __ |
|          | Exaspérante  | __ |
|          | Horripilante | __ |

|          |            |    |
|----------|------------|----|
| <b>P</b> | Déprimante | __ |
|          | Suicidaire | __ |

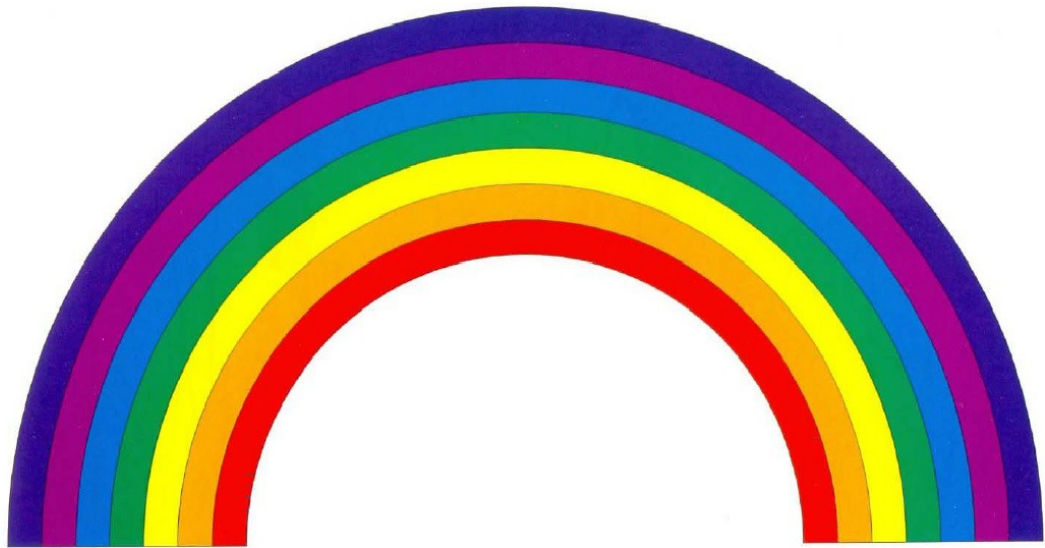
\* Annexe 9 : Allodynographie

Π<sup>r</sup> 2  
312114  
Nouveau gauche



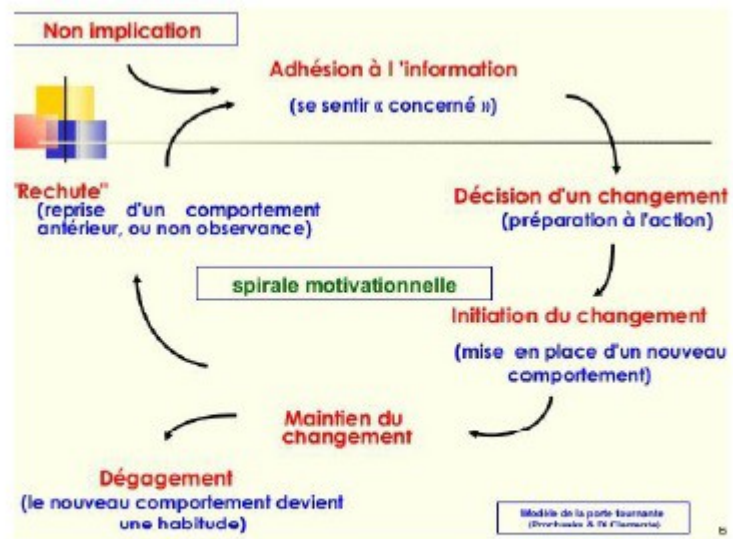
Allodynographie  
15gr de la branche superficielle du nerf radial

\* Annexe 10 : Arc-en-ciel



\* Annexe 11 : Générateur de vibration



\* Annexe 12 : Modèle de Prochaska et Diclemente

\* Annexe 13 : Grille d'entretien

**Problématique : Quels facteurs pourraient influencer l'optimisation de la prise en charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?**

**Grille d'entretien**

- \***Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?**
- \***Dans quel type de structure exercez-vous ?**
- \***Depuis quand êtes-vous formé à la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?**
- \***A quel(s) module(s) avez-vous participé ?**
- \***Avez-vous obtenu le titre de RSDC ?**

**Méthode de rééducation sensitive : ( question inaugurale)**

\***Comment se déroule globalement la méthode de rééducation sensitive de la douleur chez le ou les patient(s) concernés ?**

Questions de relance :

–Rencontrez -vous des difficultés au sein de la méthode ? Quels sont les points positifs et négatifs de la méthode ? Quel est votre ressenti par rapport à la méthode ?

**Éducation :**

\***Comment procédez-vous pour apprendre au patient à réaliser les exercices d'auto-rééducation ?**

Questions de relance :

- Vous servez-vous d'un document explicatif ? Mettez -vous les patients en mise en situations ? Passez-vous les exercices en revue en les expliquant au fur et à mesure ?

\***De manière générale, comment procédez-vous si un patient ne réalise pas ou mal ses exercices d'auto-rééducation ?**

Questions de relance :

- Questionnez-vous le patient sur les raisons de la non-compréhension et trouvez-vous des solutions ensemble ? Agit-il de façon autonome ? Ou reprenez-vous les exercices un par un ?

**Intervention à domicile :**

\***Intervenez-vous à domicile dans le cadre de la méthode ?**

Questions de relance :

- Quel(s) en serai(en)t éventuellement le ou les intérêt(s) ?
- Pensez-vous qu'il puisse y avoir des inconvénients également d'intervenir à domicile ?

\***Quels pourraient être les effets favorables et défavorables de l'intervention des ergothérapeutes dans l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie quotidienne à**

**domicile ?**

Question de relance :

- Pensez-vous que notre intervention dans les actes de la vie quotidienne aurait un impact positif sur la rééducation que ce soit dans le cas d'une allodynie mécanique ou d'une hypoesthésie?

**Implication, Adhésion :**

**\* Quels sont d'après-vous les facteurs permettant l'amélioration de la qualité de la rééducation ?**

Question de relance :

–Quels sont les critères psychiques du patient qui favoriseraient cette amélioration? Les facteurs d'accrochent favorisant l'implication ?

**\*Dans le cadre de la méthode, pensez-vous que le fait de proposer au patient l'accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du travail effectué en amont en centre ?**



\*Annexe 14 : Grille d'entretien théorisée

**Problématique : Quels facteurs pourraient influencer l'optimisation de la prise en charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?**

**Grille d'entretien**

**\*Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?**

**\*Dans quel type de structure exercez-vous ?**

**\*Depuis quand êtes-vous formé à la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?**

**\*A quel(s) module(s) avez-vous participé ?**

**\*Avez-vous obtenu le titre de RSDC ?**

**Méthode de rééducation sensitive : ( question inaugurale)**

**\*Comment se déroule globalement la méthode de rééducation sensitive de la douleur chez le ou les patient(s) concernés ?**

(Je cherche à savoir si il y a eu des difficultés rencontrées, des points positifs, négatifs ainsi que le ressenti des ergothérapeutes)

Questions de relance :

–Rencontrez -vous des difficultés au sein de la méthode ? Quels sont les points positifs et négatifs de la méthode ? Quel est votre ressenti par rapport à la méthode ?

**Éducation :**

**\*Comment procédez-vous pour apprendre au patient à réaliser les exercices d'auto-rééducation ?**

(Je cherche à connaître les techniques utilisées)

Questions de relance :

- Vous servez-vous d'un document explicatif ? Mettez -vous les patients en mise en situations ? Passez-vous les exercices en revue en les expliquant au fur et à mesure ?

**\*De manière générale, comment procédez-vous si un patient ne réalise pas ou mal ses exercices d'auto-rééducation ?**

(Je souhaite savoir comment les ergothérapeutes procèdent face à un patient qui ne comprend pas ou ne s'implique pas dans la méthode)

Questions de relance :

- Questionnez-vous le patient sur les raisons de la non-compréhension et trouvez-vous des solutions ensemble ? Agit-il de façon autonome ? Ou reprenez-vous les exercices un par un ?

**Intervention à domicile :**

**\*Intervenez-vous à domicile dans le cadre de la méthode ?**

(Je souhaite savoir si notre intervention à domicile aurait un impact sur la méthode)

Questions de relance :

- Quel(s) en serai(en)t éventuellement le ou les intérêt(s) ?
- Pensez-vous qu'il puisse y avoir des inconvénients également d'intervenir à domicile ?

**\*Quels pourraient être les effets favorables et défavorables de l'intervention des ergothérapeutes dans l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie quotidienne à domicile ?**

(Je souhaite savoir si l'intervention dans les AVQ pourrait être positive à la méthode. Et dans quelles activités, l'aménagement pourrait être réalisé?)

Question de relance :

- Pensez-vous que notre intervention dans les actes de la vie quotidienne aurait un impact positif sur la rééducation que ce soit dans le cas d'une allodynie mécanique ou d'une hypoesthésie?

### **Implication, Adhésion :**

**\* Quels sont d'après-vous les facteurs permettant l'amélioration de la qualité de la rééducation ?**

(Je souhaite savoir si le fait d'intervenir à domicile aurait un effet bénéfique sur les critères psychiques du patient (confiance, stress, adhésion, implication, adaptation en fonction de l'environnement ou effet néfaste, refus de coopérer, briser l'intimité)

Question de relance :

- Quels sont les critères psychique du patient qui favoriseraient cette amélioration? Les facteurs d'accrochent favorisant l'implication ?

**\*Dans le cadre de la méthode, pensez-vous que le fait de proposer au patient l'accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du travail effectué en amont en centre ?**

(Je cherche à savoir si l'intervention sur le lieu de vie favoriserait l'implication du patient en centre)

\* Annexe 15 : Entretien A

1 Grille d'Entretien destinée à l'Ergothérapeute A

2

3 **Grille d'entretien**

4

5 **\*Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ? 1 an**

6

7 **\*Dans quel type de structure exercez-vous ? Soins de Suite et de Réadaptation**

8

9 **\*Depuis quand êtes-vous formé à la méthode de rééducation sensitive de la**  
 10 **douleur ? 1 an et deux mois**

11

12 **\*A quel(s) module(s) avez-vous participé ? 1 er module**

13

14 **\*Avez-vous obtenue le titre de RSDC ? Non**

15

16 **Méthode de rééducation sensitive : (question inaugurale)**

17

18 **\*Comment se déroule globalement la méthode de rééducation sensitive de la**  
 19 **douleur chez le ou les patient(s) concernés ?**

20

21 Au début, on fait la phase de bilans : EVA, DN4, QDSA. Puis on commence à  
 22 chercher les zones d'hypoesthésie ou d'allodynie.

23 Les points positifs dans cette méthode sont que les patients se sentent très écouté,  
 24 quand le doute est présent, et que les thérapeutes ne savent pas trop ce qu'ils ont ou  
 25 qu'ils n'ont pas trop d'explications. Ils se disent enfin avec cette méthode, que leur  
 26 douleur n'est pas que dans leur tête, la douleur est vraiment réelle et on peut la voir.  
 27 Ça c'est vraiment un point positif que les patients relèvent. Blanc.

28 Après la difficulté principale, mais là je parle à mon nom, c'est de trouver le territoire  
 29 lésé, de ne pas se tromper. Un autre point difficile est l'adhérence du patient et la  
 30 réalisation de l'ensemble des instructions que je lui donne. Mais en général les  
 31 patients adhèrent à la méthode parce qu'ils se sentent écoutés et ont l'impression que c'est  
 32 une approche qui marche. Et quand on fait le bilan chaque semaine, ils voient qu'il y a  
 33 une évolution du coup ils s'impliquent bien dans la méthode. C'est une bonne méthode.  
 34 Elle est efficace, et apporte des résultats. Elle permet de réduire considérablement les  
 35 douleurs que d'autres méthodes n'ont pas permises.

36 Les patients se rendent compte des moyens mis en place pour réduire la douleur. C'est  
 37 une bonne solution, une alternative.

38

39

40 **Éducation :**

41

42 **\*Comment procédez-vous pour apprendre au patient à réaliser les exercices**  
 43 **d'auto-rééducation ?**

44

45 Du coup nous, au sein du SSR, on leur explique dans un premier temps ce que sont les  
 46 troubles de la sensibilité. Ensuite, nous leur donnons la fiche explicative présent à la  
 47 fin du livre explicatif de la méthode de rééducation sensitive. Afin qu'ils aient un

48 support écrit pour voir les exercices qu'ils ont à faire. On leur explique assez  
 49 simplement que c'est pour compenser les nerfs qui sont atteints. L'explication des  
 50 exercices se fait à l'oral avec une feuille explicative. Nous passons les exercices un  
 51 par un pour voir exactement comment ils doivent les réaliser. On les explique dans  
 52 leur totalité à chaque fois et de façon individuelle.

53

54 **\*De manière générale, comment procédez-vous si un patient ne réalise pas ou mal**  
 55 **ces exercices d'auto-rééducation ?**

56

57 Si le patient réalise mal ou ne réalise pas les exercices, je réexplique la totalité des  
 58 exercices. La semaine d'après, avant de commencer mon bilan, je l'interroge sur la  
 59 réalisation des exercices. S'il me dit : « oui je les ai fait mais je n'ai pas trop eu le  
 60 temps ». On s'interroge sur le « Pourquoi » il n'a pas eu le temps et nous cherchons des  
 61 solutions ensemble.

62 En revanche, s'il ne les fait pas, je lui réexplique d'abord l'intérêt de la méthode. Et  
 63 s'il ne les réalise toujours pas, s'il ne veut pas, il ne veut pas. Il ne faut pas insister. Le  
 64 patient doit être partant pour que ça marche sinon ça n'a pas d'intérêt. Donc je lui  
 65 réexplique l'ensemble de la méthode et c'est lui qui voit pour la suite.

66

67 **Intervention à domicile :**

68

69 **\*Intervenez-vous à domicile dans le cadre de la méthode ?**

70

71 Non. C'est sûrement dû à la structure car moi je suis au sein du SSR donc les  
 72 personnes sont hospitalisées et présentes sur les lieux. Cela dit certaines personnes sont  
 73 en hôpital de jour mais nous n'intervenons quand même pas à domicile.

74 Je pense que le fait d'intervenir à domicile nécessite de prendre/ déplacer le matériel  
 75 chez le patient et ça peut-être un inconvénient.

76 Ce qui serait positif en revanche, c'est le fait qu'ils soient dans leur environnement.  
 77 Cela nous permettrait de voir vraiment où sont les difficultés.

78 Les exercices d'auto-rééducation sont des exercices qu'ils doivent faire eux même au  
 79 calme alors mis à part leur dire de se mettre plutôt dans une pièce qu'une autre je ne  
 80 vois pas ce qu'on pourra faire de plus à domicile. Je ne vois pas ce que pourra  
 81 changer dans la méthode si nous intervenons à domicile.

82 Pour moi, le faire à l'hôpital n'est pas un inconvénient.

83 Mais faire des visites à domicile pourquoi pas. Pour cette méthode je ne vois pas ce  
 84 que notre intervention à domicile pourrait apporter de plus.

85

86

87 **\*Quels pourraient être les effets favorables et défavorables de l'intervention des**  
 88 **ergothérapeutes dans l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie**  
 88 **quotidienne à domicile ?**

90

91 Les axes favorables seraient de voir par exemple à domicile, comment éviter de  
 92 stimuler la zone allodymique en faisant telle ou telle activité. Il serait également  
 93 intéressant de mettre en situation le patient dans certains actes de la vie quotidienne  
 94 pour voir ce que nous pourrions trouver comme solutions à ses difficultés.

95 Il est aussi dans son environnement, en situation écologique et ça aussi c'est un  
 96 axe favorable.

97 (Reformulation de la question)

98 Je ne vois pas trop d'inconvénient ou d'axes défavorables car c'est quand même le rôle  
99 de l'ergothérapeute d'intervenir dans les actes de la vie quotidienne. Ça serait très  
100 intéressant d'intervenir tout le temps à domicile.

101

102

**103 Implication, Adhésion :**

104

**105 \* Quels sont d'après-vous les facteurs permettant l'amélioration de la qualité de  
106 la rééducation ?**

107

108 Je pense que les explications, l'éducation thérapeutique du patient, bien expliquer  
109 l'ensemble de la méthode, est nécessaire pour le patient.

110 Puis principalement c'est l'adhésion et l'implication du patient qui vont permettre  
111 d'améliorer la qualité de sa rééducation. Le patient doit aussi avoir confiance en  
112 l'ergothérapeute et en l'équipe rééducative. Il doit se faire confiance pour que la qualité  
113 de sa rééducation soit optimale.

114

115

**116 \*Dans le cadre de la méthode, pensez-vous que le fait de proposer au patient  
117 l'accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du  
118 travail effectué en amont en centre ?**

119

Blanc, Réflexion.

120 Oui toujours dans le cadre des activités de la vie quotidienne, cuisine par exemple,  
121 pour voir en situation comment il se débrouille, ce qui lui pose problème. Si on peut  
122 trouver des solutions par rapport à la méthode. Je pense qu'il serait bien de proposer au  
123 patient un accompagnement à domicile autant pour ceux atteint d'allodynie que  
124 d'hypoesthésie.

\* Annexe 16 : Entretien B

## 1 Grille d'entretien destinée à l'ergothérapeute B

2 Problématique : **Quels facteurs pourraient influencer l'optimisation de la prise en**  
 3 **charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?**

4

5 **Grille d'entretien**

6

7 **\*Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ? Je suis ergothérapeute**  
 8 **depuis 1991.**

9

10 **\*Dans quel type de structure exercez-vous ? Je travaille à l'hôpital, c'est un**  
 11 **hôpital général, plus particulièrement en service de rhumatologie, de gériatrie**  
 12 **aiguë et de soins palliatif (douleur).**

13

14 **\*Depuis quand êtes-vous formé à la méthode de rééducation sensitive de la**  
 15 **douleur ? Je suis formée depuis 2008, j'ai fait la formation initiale à Montpellier**  
 16 **(2008), puis une autre formation à Fribourg dans la clinique où travaille Claude**  
 17 **Spicher (2012). Après je suis aussi allé en Belgique pour faire le module 3 (2014).**

18

19 **\*A quel(s) module(s) avez-vous participé ? J'ai fait le module 1, le 2 je ne l'ai pas**  
 20 **fait car j'ai été dispensé du fait que j'ai été à la clinique, et après j'ai fait le 3.**

21

22 **\*Avez-vous obtenu le titre de RSDC ? Oui (2014)**

23

24 **Méthode de rééducation sensitive : ( question inaugurale)**

25

26 **\*Comment se déroule globalement la méthode de rééducation sensitive de la**  
 27 **douleur chez le ou les patient(s) concernés ?**

28

29 J'interviens dans la consultation douleur, douleur chronique. Ce sont des patients qui  
 30 me sont adressés par des médecins pour une prise en charge externe. C'est à dire que  
 31 les patients viennent pour faire les séances mais ils ne sont pas hospitalisés. Ce sont  
 32 des gens qui ont des douleurs neuropathiques, on va faire un bilan et ensuite on va leur  
 33 proposer un traitement sur plusieurs semaines. Puisque c'est une séance par semaine.  
 34 C'est une prise en charge qui va s'inscrire dans une prise en charge globale. C'est à dire  
 35 que ces patients-là sont aussi pris en charge : soit par la kiné, soit l'acupuncteur avec  
 36 en plus un traitement médicamenteux.

37

38 Moi j'ai une prise en charge qui est un peu particulière car les patients douloureux  
 39 chroniques sont des patients pour lesquels on a une composante psychogène. Ce sont  
 40 des personnes qui ont mal depuis très longtemps, donc il y a tout le côté  
 41 psychologique qui joue. Et donc pour obtenir un résultat, ça met quelques fois plus de  
 42 temps. On peut avoir des fibromyalgie, des douleurs qui sont ancrées dans leur  
 43 quotidien. Ce sont des douleurs qui sont assez difficile à faire partir. La première  
 44 difficulté c'est ça !

44

45 Ensuite, c'est une technique qui est très positive. Enfin pour moi j'y ai vraiment trouvé  
 46 de l'intérêt. Car elle permet de prendre en charge des patients avec des douleurs  
 neuropathiques et ce n'est pas trop évidents car avant on ne s'occupait pas trop des

47 douleurs. Ce sont des douleurs très invalidantes dans le quotidien. Cela va vraiment  
 48 gêner au niveau des performances motrices, la marche par exemple, les actes de la vie  
 49 quotidienne. Et ce qui est intéressant aussi dans cette technique c'est qu'elle est  
 50 quantifiée par des bilans, donc on peut avoir un suivie. Les tests peuvent être refaits  
 51 tout au long de la prise en charge, le médecin peut voir ainsi les progrès. Le patient  
 52 peut lui percevoir l'évolution.

53 Mais la douleur c'est assez subjectif, c'est pour ça qu'il est intéressant de la quantifier  
 54 et de la cartographier pour voir l'évolution. C'est vraiment le point positif. Un autre  
 55 point positif est que le patient est partie prenante dans le dispositif, en dehors des  
 56 séances de rééducation, il a des exercices à faire à la maison. Il n'est pas  
 57 complètement passif par rapport à sa prise en charge. Il fait quelque chose entre les  
 58 séances. C'est l'intérêt aussi de la technique. On a des résultats intéressant au niveau  
 59 des prises en charge, des résultats positifs.

60

### 61 **Éducation :**

62

63 **\*Comment procédez-vous pour apprendre au patient à réaliser les exercices**  
 64 **d'auto- rééducation ?**

65

66

67 On leur explique en quoi consiste la méthode. Quand on a des patients qui ont des  
 68 zones d'hyperesthésie, que l'on appelle allodynie, on va leur dire qu'il ne faut pas qu'ils  
 69 touchent cette zone dans la vie courante. C'est à dire qu'il faut éviter de frotter la zone,  
 71 mettre des vêtements trop serré. Si c'est au niveau du poignet, éviter de mettre la  
 71 montre par exemple, éviter les manches trop longues. Si c'est sous le pied par exemple  
 72 on peut proposer des béquilles. Pour essayer de ne pas toucher le pied lors de la  
 73 marche. Au niveau du chaussage, éviter les chaussures trop serré. Il faut faire une  
 74 éducation par rapport à ça, à ces zones d'hyperesthésie. Ils ont aussi une zone de contre  
 75 stimulation. Ils doivent la stimuler plusieurs fois par jour. Avec eux on définit cette  
 76 zone, en fonction du bilan. Ils vont devoir stimuler avec quelques choses de très doux,  
 77 moi j'utilise du coton, une plume. Il faut qu'il fasse ses exercices de contre-stimulation  
 78 tous les jours. Déjà on leur explique ça. Ensuite on leur donne, une fiche, qui  
 79 récapitule, la fréquence des stimulations, la zone à l'aide d'un dessin. Il y a donc deux  
 80 choses, à la fois un support papier et puis l'éducation. La première fois on réalise les  
 81 exercices avec eux. Après il faut vérifier qu'ils le font correctement. S'ils le font  
 82 correctement les résultats sont plus rapides.

83

84 **\*De manière générale, comment procédez-vous si un patient ne réalise pas ou mal**  
 85 **ses exercices d'auto-rééducation ?**

86

87

88 Silence. Il faut leur expliquer que c'est très important. Que grâce à eux les progrès vont  
 89 être plus rapides et plus important. S'il ne le fait pas, cela va prendre plus de temps et  
 92 nous n'obtiendrons pas de bons résultats. Il faut répéter un peu ceci à plusieurs  
 91 reprises. Voir inclure l'entourage lors des explications. Que tout le monde dise au  
 92 patient qu'il faut le faire.

93 Réexpliquer, redire. Le patient doit être acteur de sa prise en charge.

94

95 **Intervention à domicile :**

96

97 **\*Intervenez-vous à domicile dans le cadre de la méthode ?**

98

99 Reformulation.

100

101 Non. L'intérêt d'aller au domicile serait pour des gens qui ne peuvent pas se déplacer.  
 102 Enfin, dans ma prise en charge les patients viennent me voir. Donc pour moi ça  
 103 n'aurait pas trop d'intérêts. Sauf pour des gens qui ne pourrait pas se déplacer mais  
 104 c'est extrêmement rare. Je ne vois pas d'intérêts particuliers. Ou alors pour des  
 105 personnes tétraplégique qui ont déjà un suivie à domicile ça serait peut-être  
 106 envisageable. Dans ma pratique à moi, cela ne s'est jamais présenté.

107

108

109 **\*Quels pourraient être les effets favorables et défavorables de l'intervention des**  
 110 **ergothérapeutes dans l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie**  
 111 **quotidienne à domicile ?**

112

113 Blanc, réflexions.

114

115 Au niveau de l'aménagement, je pense toujours à la zone d'hyperesthésie, ou des  
 116 éléments sont à revoir dans le domicile des patients. Cela sera intéressant pour  
 117 organiser au mieux le domicile du patient pour éviter toute stimulation douloureuse  
 118 lors des actes de la vie quotidienne. Pour que le logement soit le plus ergonomique  
 119 possible.

120 Cela serait intéressant d'intervenir dans ce cadre-là à domicile mais de façons  
 121 ponctuelle. Voir avec le patient. Cela serait intéressant pour certains patients, mais cela  
 122 ne se présenterait pas pour tous les cas.

123

124

125 **Implication, Adhésion :**

126

127 **\* Quels sont d'après-vous les facteurs permettant l'amélioration de la qualité de**  
 128 **la rééducation ?**

129

130 Le gros problème en France c'est que l'ergothérapie n'est pas remboursé par la sécurité  
 131 sociale, disons en libéral. Donc moi, je ne vois que les patients qui sont pris en charge  
 132 dans le cadre de la douleur. Ils ne payent pas car c'est une prise en charge globale. Mais il  
 133 y aurait d'autres personnes qui pourraient bénéficier de cette méthode, je pense  
 134 notamment aux personnes hémiplégiq ue où qui ont une algodystrophie. Il y a aussi  
 135 des personnes qui ne présentent pas de douleurs chroniques, de plus de trois mois, mais  
 136 pour lequel on pourrait faire de la prévention des douleurs neuropathiques et puis aussi  
 137 les traiter. C'est vraiment un frein car ils fraudaient qui payent les séances. Mais les  
 138 gens ne sont pas prêts à payer à la fois le transport plus la séance. C'est vraiment le  
 139 frein de cette méthode.

140 La prise en charge précoce du patient favoriserait l'amélioration de la qualité de la  
 141 rééducation. Dès qu'on voit que les gens ont des douleurs neuropathiques, que ce soit  
 142 à la suite d'une chirurgie, il faudrait le prendre le plus tôt possible. Pour éviter  
 143 l'installation de la douleur.

144 Après, il faudrait vraiment qu'il y ai une éducation des autres professionnels de santé,



145 mais bon des fois quand je vois que les kinés où l'acuponcteur font parfois des  
146 stimulations sur les zones. Il y a une méconnaissance des techniques au niveau des  
147 autres professionnels de santé.

148 L'adhésion est très importante. Le fait que le patient soit assidu aux séances aussi.

149 Le petit défaut de la technique est qu'elle est longue et complexe donc ça peut prendre  
150 des mois. Il serait intéressant d'avoir un relais en libéral.

151

152

153 **\*Dans le cadre de la méthode, pensez-vous que le fait de proposer au patient**  
154 **l'accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du**  
155 **travail effectué en amont en centre ?**

156

157

158 Peut être que pour des personnes qui ont des troubles cognitifs, il serait intéressant de  
159 proposer un accompagnement à domicile à la suite du travail effectuer en centre. Pour  
160 expliquer les exercices mais aussi pour les faire avec eux. Lorsqu'ils ne sont pas  
161 capables de les faire eux même.

162 Si il y avait des prises en charge en libéral cela pourraient être intéressant également  
163 pour les personnes qui ont des paralysies et dont la réalisation d'exercice est difficile à  
164 faire au vu de leur déficiences motrice.

165 Oui, je pense que le suivi à domicile aurait un impact sur l'efficacité du travail  
166 effectué en centre. Cela pourrait être le rôle d'un ergothérapeute en libéral. Mais sur  
167 notre région aucune ou très peu sont formés à cette méthode.

\* Annexe 17 : Entretien C

## 1 Grille d'entretien destinée à l'ergothérapeute C

2 Problématique : **Quels facteurs pourraient influencer l'optimisation de la prise en**  
 3 **charge des patients suivant la méthode de rééducation sensitive de la douleur ?**

4

5 **Grille d'entretien**

6

7 **\*Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ? Je suis ergothérapeute**  
 8 **depuis Juillet 1980.**

9

10 **\*Dans quel type de structure exercez-vous ? Centre de Rééducation Fonctionnelle**

11

12 **\*Depuis quand êtes-vous formé à la méthode de rééducation sensitive de la**  
 13 **douleur ? Depuis 6 ans (2010).**

14

15 **\*A quel(s) module(s) avez-vous participé ? 1 er module**

16

17 **\*Avez-vous obtenue le titre de RSDC ? Non**

18

19 **Méthode de rééducation sensitive : (question inaugurale)**

20

21 **\*Comment se déroule globalement la méthode de rééducation sensitive de la**  
 22 **douleur chez le ou les patient(s) concernés ?**

23

24 Blanc. Reformulation.

25 Je ne rencontre pas de difficulté au sein de la méthode. En général, je n'applique pas  
 26 non plus la méthode à la lettre. Je commence toujours par un esthésiogramme. La plus  
 27 part du temps, moi je l'utilise pour des problèmes d'allodynie mécanique. Après des  
 28 problèmes d'hypoesthésie aussi mais le médecin m'appelle plus quand c'est pour des  
 29 patients douloureux. Et la plus part du temps c'est une allodynie.

30 Les points négatifs sont : qu'il faudrait avoir un suivi à plus long terme ce que je ne  
 31 peux pas avoir au niveau du centre de rééducation fonctionnelle. Des fois je prends les  
 32 personnes seulement trois semaines.

33 Au niveau des points positifs, c'est que la plupart du temps les premiers résultats  
 34 apparaissent quand même rapidement.

35 Je trouve que c'est une bonne méthode, mon ressenti par rapport à celle-ci est positif.

36

37 **Éducation :**

38

39 **\*Comment procédez-vous pour apprendre au patient à réaliser les exercices**  
 40 **d'auto- rééducation ?**

41

42 Je leur montre ce qu'il faut faire. Enfin, déjà je détermine la zone allodynique avec un  
 43 feutre sur la peau et je prends une photo. Je leur donne ensuite la photo. Ils ont donc  
 44 déjà leur repère. Du coup ils savent la zone qui est à éviter de toucher. Et puis ensuite,  
 45 dès qu'ils le peuvent je leur demande d'effleurer avec quelque chose d'agréable, les  
 46 zones qui ne sont pas concernées par les terminaisons nerveuses de cette zone

47 allodynique. Cela se fait par une approche douce, plusieurs fois par jour.  
 48 Après, l'apprentissage pour les patients n'est pas toujours évident. Cela dit les patients  
 49 étant en hospitalisation complète, je les vois tous les jours. Donc on fait la stimulation  
 50 vibralgic de façon quotidienne. C'est pas mal. Pour tout ce qui est rééducation de  
 51 l'hypoesthésie avec différentes textures je l'utilise beaucoup moins car je n'ai pas cette  
 52 population.

53 Mais il est vrai qu'ors allodynies j'utilise aussi le générateur de vibration pour les  
 54 hémiplegiques gauche par exemple. C'est très intéressant pour l'héminégligence aussi,  
 55 cela redonne des sensations.

56 Je leur donne principalement que des explications orales sur l'ensemble des exercices.  
 57 Je leur dit de stimuler de façon agréable toutes les zones qui ne sont pas concernées  
 58 par le nerf lésé.

59

60 **\*De manière générale, comment procédez-vous si un patient ne réalise pas ou mal**  
 61 **ses exercices d'auto-rééducation ?**

62

63 Réflexions. Questions de relance.

64

65 Je ne suis pas trop concerné par sa. Car la plus part des patients concernés viennent  
 66 tous les jours en ergothérapie. A part en ambulatoire ou je les revois 3 fois par  
 67 semaine. Mais ces patients adhèrent à la méthode. Je n'ai jamais eu des cas où la  
 68 personne ne réalisait pas les exercices.

69

70 **Intervention à domicile :**

71

72 **\*Intervenez-vous à domicile dans le cadre de la méthode ?**

73

74 Non. Je me dis que ça serait intéressant car il y a plein de personnes qui ont plus ou  
 75 moins des troubles de la sensibilité. Et qui en dehors du centre de rééducation, n'ont  
 76 pas la possibilité de recevoir ces soins. Une prise en charge en libéral dans le cadre de  
 77 la méthode à domicile serait donc intéressante. Dans la région en tout cas personne n'est  
 78 équipé pour pouvoir faire un suivi à domicile.

79

80 **\*Quels pourraient être les effets favorables et défavorables de l'intervention des**  
 81 **ergothérapeutes dans l'aménagement et l'adaptation des actes de la vie**  
 82 **quotidienne à domicile ?**

83

84 Je pense que cela pourrait être intéressant car nous pourrions donner des conseils sur  
 85 les stimulations à éviter dans certains actes de la vie quotidienne. Il faut préserver  
 86 certains temps de pause dans la rééducation. Éduquer le patient à ne pas toucher la  
 87 zone douloureuse dans certains actes de la vie quotidienne serait également un effet  
 88 favorable sur l'aménagement des activités où le patient serait amené à stimuler cette  
 89 zone. Et trouver des solutions pour pallier à cette non-stimulation. A mettre un arceau  
 90 par exemple pour que le drap ne vienne pas en contact avec le pied lors de la nuit,  
 91 lorsque le pied possède une allodynie. Je le vois dans ce sens-là.

92

93 **Implication, Adhésion :**

94

95 **\* Quels sont d'après-vous les facteurs permettant l'amélioration de la qualité de**

96 **la rééducation ?**

97

98 La formation de l'ergothérapeute, la connaissance pluridisciplinaire car certains  
99 professionnels ne connaissent pas cette méthode et stimulent donc la zone  
100 douloureuse. Cela met donc en péril ce que nous avons fait auparavant. La  
101 connaissance de la méthode par le médecin est primordiale également.

102 Pour le patient, la bonne compréhension de la méthode améliore sa qualité de  
103 rééducation. Il faut également qu'il soit acteur de sa prise en charge. Il doit être  
104 impliqué et avoir confiance aux thérapeutes.

105 Après il faut une très forte motivation. Cela dit pour des patients ou les troubles  
106 sensitifs amènent à des troubles moteurs et donc des gênes dans la vie courante, la  
107 motivation existe.

108

109 **\*Dans le cadre de la méthode, pensez-vous que le fait de proposer au patient**

110 **l'accompagnement à domicile aurait un plus gros impact sur l'efficacité du**

111 **travail effectué en amont en centre ?**

112

113 Réflexion. Ah oui, moi je pense qu'il faut qu'il y est un accompagnement à domicile, il  
114 faut pouvoir poursuivre car la plus part du temps on les laissent en plan. On pourrait  
115 leur donner des petites astuces pour palier au fait qu'ils ne puissent pas utiliser les  
116 vibrations. Puis que le générateur de vibration c'est un des outils après il y a tout le  
117 reste. C'est incomplet s'il n'y a pas la stimulation par vibration à mon avis.

118 Mais ça serait bien qu'il y ai un suivi. Où quelqu'un qui soit en libéral et qui puissent  
119 se rendre chez le patient. Où pourquoi pas que l'ergothérapeute d'un centre se déplace à  
120 domicile. Il existe aussi un outil le Nostrafon qui est un générateur de vibration mais  
121 moins puissant que le Vibralgic qui permettrait au patient de se stimuler de façon  
122 autonome et de poursuivre la rééducation.

Bibliographie :

- (1) HAS. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. [En ligne]. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf) consulté le 24/10/15
- (2) Cintas P. et Cantagrel N. Chapitre 6 : les douleurs neuropathiques sémiologie et stratégie d'évaluation. [En ligne]. <http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/Module%206%20-%20Partie%201.pdf> Consulté le 02/10/15
- (3) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La douleur. [En ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html> Consulté le 10/09/2015
- (4) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La législation. [En ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/les-textes,12327.html> Consulté le 20/10/2015
- (5) Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Ministère de la Santé et des Solidarités, 36p7  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf) Consulté le 26/10/2015
- (6) Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Ministère de la santé et des sports.
- (7) Spicher C., Quintal I., Vittaz M. Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques. 3ème édition. Montpellier : Sauramps médical; 2013, 369p
- (8) Société Française d'Étude et de Traitement de la douleur. [En ligne]. <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur> consulté le 25/11/16
- (9) Brochet M, Taunais A et Sureau P. L'entretien, un espace d'évaluation : de l'impact de la douleur sur la qualité de vie. Ergothérapies. Septembre 2004 ; n°15 : 5-14p
- (10) HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. [En ligne]. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf) consulté le 02/11/15
- (11) Spicher C, Ribordy F. L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie : observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. Douleur et analgésie. 2008 ; volume 21, n° 4 : 239-251p.
- (12) Société Française d'Étude et de Traitement de la douleur. [En ligne]. <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-neuropathique> consulté le 26/11/15
- (13) Spicher C., Desfoux N., Sprumont P. Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches. Montpellier : Sauramps médical ; 2013, 100p
- (14) Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. <http://www.thelancet.com/journals/laneur/article> consulté le 25/06/15

- (15) Organisation Mondiale de la Santé. Education Thérapeutique du Patient. [En ligne].[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)  
Consulté le 28/12/2015
- (16) Loi HPST Article 84 « Éducation thérapeutique du patient ».[En ligne].  
[http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS\\_Internet/Soins\\_et\\_accompagnement/ETP\\_Article\\_84\\_loi\\_HPST.pdf](http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Soins_et_accompagnement/ETP_Article_84_loi_HPST.pdf)  
consulté le 05/01/16
- (17) Agence Régionale de Santé.[En ligne].  
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Vous-souhaitez-mettre-en-place.98009.0.html>  
consulté le 29/02/16
- (18) Signorino P., Hemelryck W. Amélioration de la qualité de vie grâce à la diminution de douleurs. In: Izard M.-H. Expériences en ergothérapie. 27ème série. Montpellier : Editions Sauramps Médical ;2014, 360-369p
- (19) VAE. Référentiel d'activités. [En ligne].<http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr81> Consulté le 8/01/2016
- (20) DuchesseD., VittazM., Clément-Ffavre. Importance de l'Éducation du patient dans la mise en place du traitement par la méthode de rééducation sensitive.In:Izard M.-H. Expériences en ergothérapie. 28ème série. Montpellier : Editions Sauramps Médical ; 2015, 343-353p
- (21) Boscampomi.C. Quand l'Éducation Thérapeutique du Patient rencontre la douleur.In:Izard M.-H.Expériences en ergothérapie. 28ème série. Montpellier : Editions Sauramps Médical ; 2015, 343-353p
- (22) Barnier G. Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement. [En ligne].  
[http://www.ac-nice.fr/iencagnes/file/peda/general/Theories\\_apprentissage.pdf](http://www.ac-nice.fr/iencagnes/file/peda/general/Theories_apprentissage.pdf) consulté le 25/02/16
- (23) Morel-Bracq.M-C. Modèle Bio-Psycho-Sociaux:PPH, SIMH , CIF. Le Processus de Production du Handicap(PPH). Marseille : Solal Edition ; 2009, 39-41p
- (24) Réseau International sur le Processus de Production du Handicap.MDH-PPH. [En ligne]<http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/mdh-pph> consulté le 23/02/16
- (25) Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. [En ligne].[http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/outil\\_modele\\_prochaska\\_et\\_diclemente.pdf](http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf) consulté le 9/03/16
- (26) Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. [En ligne].<http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS-386/Adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>  
consulté le 9/03/16

### Résumé

En France, 7% de la population souffrent de douleurs neuropathiques. Ces dernières peuvent être présentes de jour comme de nuit et nuisent au bien-être des patients. La rééducation sensitive de la douleur, méthode récente, tend à diminuer voire faire disparaître ses troubles de la sensibilités. Cela dit elle est complexe et contraignante pour les patients. En effet, elle demande des stimulations pluriquotidiennes ainsi que certains aménagements dans les actes de la vie quotidienne pour éviter de stimuler la zone douloureuse. Mais quels sont les facteurs pouvant influencer l'optimisation de la prise en charge des patients suivants la méthode ?

Les avis des ergothérapeutes interrogés sont diverses. Mais des facteurs comme la motivation, l'adhésion, l'éducation ou encore l'adaptation des actes de la vie quotidienne font l'unanimité.

#### Ergothérapie-Douleurs neuropathiques-Rééducation sensitive de la Douleur- Facteurs d'améliorations

In France, 7% of the population suffer from neuropathic pain. The latter can be present in the daytime and at night and damage the well-being of the patients. The somatosensory rehabilitation of pain, recent method, tends to decrease or even eliminate its sensitivity disorders. That said it is complex and restrictive for patients. Indeed, it requires multiple daily stimulations and some amenities in the activities of daily living to avoid stimulating the painful area. But what are the factors that can influence the optimization of the management of patients following the method?

The opinions of interviewed occupational therapists are diverse. But factors such as motivation, membership, education and the adaptation of the activities of daily living unanimous.

#### Occupational therapy – Neuropathic pain - Somatosensory rehabilitation of pain – Improvement Factors