



HAL
open science

Intérêt de la thérapie miroir en ergothérapie auprès des personnes atteintes d'héminégligence

Armelle Durand

► **To cite this version:**

Armelle Durand. Intérêt de la thérapie miroir en ergothérapie auprès des personnes atteintes d'héminégligence. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01831067

HAL Id: dumas-01831067

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831067>

Submitted on 5 Jul 2018

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.



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE
D'Auvergne

Armelle Durand

Le 30 mai 2017

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

**Intérêt de la thérapie miroir en ergothérapie auprès des
personnes atteintes d'héminégligence**

Remerciements

« Sous la direction de Mme Sylvie Roques, ergothérapeute »

Je tiens à remercier Mme Sylvie Roques, maître de mémoire, pour son accompagnement de qualité, pour son soutien et sa disponibilité.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, même ceux dont je n'ai pas retranscrit l'entretien, pour leur accueil chaleureux et le temps qu'ils m'ont consacré.

Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut universitaire de formation en ergothérapie d'Auvergne, pour son accompagnement et son soutien durant ces trois années d'études.

Je remercie Mme Magali Peytavin, directrice de l'institut universitaire de formation en ergothérapie, pour son accompagnement méthodologique et ses conseils.

Je remercie également tous mes camarades de la promotion 2014-2017, pour tous les moments partagés ensemble.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier mon conjoint et mon fils pour leur soutien sans faille, leur patience à toute épreuve et pour le bonheur immense qu'ils me procurent chaque jour.

Sommaire

Introduction	1
1 Problématique pratique	3
1.1 La négligence unilatérale	3
1.1.1 Définition	3
1.1.2 Signes cliniques	4
1.1.3 Formes cliniques	5
1.1.4 Troubles associés	7
1.1.5 Causes anatomiques de la négligence	8
1.1.6 Causes physiopathologiques de la négligence	9
1.1.7 Évolution et pronostic	11
1.2 L'ergothérapeute et son rôle auprès de la personne hémi-négligente	12
1.2.1 Définition de l'ergothérapie	12
1.2.2 Le processus d'intervention en ergothérapie	13
1.3 La thérapie miroir	19
1.3.1 Historique	19
1.3.2 Présentation pratique de la thérapie miroir	20
1.3.3 Effets sur l'héminégligence	22
1.3.4 Mécanismes d'action de la thérapie miroir	23
1.4 Question de recherche	25
2 Problématique théorique	26
2.1 Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	26
2.2 Autonomie et indépendance	29
2.2.1 L'autonomie	29
2.2.2 L'indépendance et la dépendance	31
2.3 Schéma corporel	32

3 Méthodologie de recherche	35
3.1 Objectifs de l'étude	35
3.2 Matériel et méthode	35
3.2.1 Choix de la méthode	35
3.2.2 Construction de l'outil de l'enquête	36
3.2.3 Choix de la population	36
3.2.4 Réalisation des entretiens	37
3.3 Résultats et analyse des entretiens	37
3.3.1 Présentation des personnes interrogées	38
3.3.2 Analyse longitudinale des résultats	38
3.3.3 Analyse transversale des résultats	46
3.4 Discussion	50
3.4.1 Liens avec la problématique pratique	50
3.4.2 Liens avec la problématique théorique	52
3.4.3 Autocritique et limites de l'étude	57
3.4.4 Apports et perspectives	58
Conclusion	60
Bibliographie	62
Annexes	

Introduction

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un problème majeur de santé publique, il est considéré comme la troisième cause de décès en France et la première cause de handicap acquis chez l'adulte (1). Il existe deux types d'AVC, ischémique ou hémorragique dont les conséquences sont multiples et variées. Je me suis particulièrement intéressée à l'héminégligence, une des conséquences de l'Accident Vasculaire Cérébral.

Les manifestations de la négligence unilatérale s'observent surtout après des lésions de l'hémisphère cérébral droit. Les signes cliniques sont variables, et peuvent être une source majeure d'incapacités(2). Même si la majorité des patients récupèrent à 3 mois, leur performance dans les activités du quotidien reste altérée et pour les patients qui ne récupèrent pas, l'héminégligence est un mauvais pronostic fonctionnel(3). Dès lors, la rééducation tient une place prépondérante dans la prise en charge du syndrome d'héminégligence.

J'avais été surprise lors de mon exercice en tant qu'infirmière, par le comportement « spectaculaire » des personnes atteintes d'héminégligence, dans les quelques heures qui suivaient l'AVC et je m'interrogeais sur leur devenir. Lors de mon premier stage en tant qu'élève ergothérapeute, j'ai pu observer l'impact sévère de ces troubles sur la réalisation des activités du quotidien et mesurer la complexité de la prise en soins, en ergothérapie, des personnes atteintes d'héminégligence. J'ai donc choisi de m'approprier les connaissances théoriques sur cette pathologie, vaste et complexe, afin de proposer à l'avenir une prise en charge adaptée et de qualité à ces patients.

La Thérapie Miroir (TM), nous a été présentée lors d'un cours sur l'AVC en deuxième année et cela a éveillé ma curiosité. Elle est de plus en plus utilisée par les ergothérapeutes pour le traitement des douleurs fantômes après amputation, le syndrome douloureux régional complexe de type I et l'amélioration des performances motrices après un AVC. En revanche, elle est encore peu utilisée dans la prise en charge de l'héminégligence. J'ai souhaité en savoir plus sur ses mécanismes d'action et sur son application auprès des personnes ayant une héminégligence.

Ma réflexion se poursuit autour de cette question d'étude : *En quoi la thérapie miroir peut-elle être un outil de rééducation de la négligence unilatérale en ergothérapie ?*

Dans la première partie de ce travail, je développerai les données pratiques qui découlent de ma question d'étude. Ainsi, je présenterai un état des lieux des connaissances sur l'héminégligence. Puis, je présenterai l'ergothérapie et le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes d'héminégligence et enfin les données actuelles concernant la thérapie miroir. Ce travail aboutira à ma question de recherche.

Dans une seconde partie, je présenterai les données théoriques sur lesquelles va s'appuyer mon étude. Je développerai le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), la théorie de l'autonomie et son pendant l'indépendance et enfin la théorie du schéma corporel.

Dans une troisième partie, je traiterai mon sujet selon la méthode clinique à partir d'entretiens menés auprès de trois ergothérapeutes.

1 Problématique pratique

Cette partie du travail présente et décrit la négligence unilatérale, les pratiques actuelles en ergothérapie, qui permettent de prendre en charge les personnes héminégligentes et les données concernant la thérapie miroir. Pour effectuer mes recherches bibliographiques en français, j'ai utilisé les mots clés suivants : négligence unilatérale, héminégligence, thérapie miroir, AVC et ergothérapie. Afin d'élargir mes recherches à la littérature anglaise, j'ai obtenu grâce au Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMEF), une traduction en anglais des mots clés : unilateral spatial neglect, hemineglect, mirror therapy, stroke, occupational therapy. Ils ont été utilisés dans les bases de données telles que Pubmed, Cochrane, Science direct, google scholar, etc. Mes équations de recherche varient en fonction du domaine spécifique que je souhaite approfondir. Mes références bibliographiques comportent également des thèses, des livres et des sites internet.

1.1 La négligence unilatérale

1.1.1 Définition

La définition de la négligence unilatérale ou héminégligence (terme anglo-saxon), la plus utilisée est celle d'Heilman. Il la décrit comme « *l'incapacité à signaler, à répondre à, ou à s'orienter vers des stimuli nouveaux ou porteurs de sens lorsque ceux-ci sont présentés du côté opposé à une lésion cérébrale, sans que ce trouble ne soit explicable par un déficit sensoriel ou moteur* »(4).

Les déficits présentés dans le syndrome de négligence unilatérale associent différents aspects :

- Un aspect perceptif et attentionnel lorsque la personne ne prend pas en compte les informations provenant de l'espace situé du côté opposé à la lésion.
- Un aspect moteur et intentionnel, par une sous-utilisation de l'hémicorps et/ou une difficulté à initier, orienter et réaliser un mouvement du côté opposé à la lésion cérébrale.
- Un aspect cognitif et représentationnel lorsque la conscience des troubles est altérée ce qui influe sur le comportement de la personne(5).

La négligence unilatérale est un syndrome polymorphe dont les manifestations cliniques peuvent varier en fonction de la nature, de la localisation des lésions et des déficits concernant la mémoire spatiale, la représentation mentale, la conscience et l'attention(5).

On retrouve fréquemment associé à l'héminégligence, des déficiences sensorielles ou motrices telles que l'hémiplégie, l'hémianopsie, l'hémianesthésie gauche et des troubles cognitifs (6).

1.1.2 Signes cliniques

Dans la pratique, on observe fréquemment chez le patient une déviation de la tête et du regard du côté de la lésion. Cette déviation est plus ou moins marquée en fonction de la sévérité du trouble. Dans les cas les plus spectaculaires, souvent juste après l'accident vasculaire cérébral, la personne semble être attirée de façon magnétique du côté de la lésion. Elle est ainsi, dans l'impossibilité de tourner sa tête et son regard vers les personnes et les objets situés du côté controlatéral à la lésion cérébrale. Le positionnement de la tête en rectitude est parfois impossible à maintenir. Les sollicitations du thérapeute du côté opposé à la lésion peuvent être ignorées et parfois accentuer la déviation du regard vers le côté lésé (on parle d'hyper-héminégligence). On remarque également chez ces patients une réduction des mouvements de poursuite oculaire lorsqu'ils sont orientés vers le côté négligé, une difficulté à explorer l'espace environnant et une difficulté à se représenter la totalité de l'espace comme l'illustre la préparation d'une tarte aux pommes réalisée par un patient héminégligent (Annexe I, fig.1A).

D'autres exemples concrets permettent de mieux comprendre ce trouble du comportement. Dans les activités de la vie quotidienne tels que les repas, la personne oublie les aliments situés à gauche de son assiette ; lors de la toilette, elle néglige les soins et le rasage de la partie gauche du visage, oublie d'enfiler la manche gauche de sa veste, ne pose ses lunettes que sur une oreille. Lors de la lecture, elle peut omettre de lire les premiers mots d'une ligne, la page gauche d'un livre ou les colonnes du journal situées à gauche. Lorsque les patients recouvrent leur mobilité, on observe une incapacité à éviter les obstacles situés à gauche et parfois une tendance à se diriger systématiquement vers la droite(7).

Enfin, il semble essentiel de noter que l'héminégligence ne peut pas être attribuée à une déficience sensorielle primaire. Aussi, contrairement à un patient qui souffre d'hémianopsie latérale homonyme, le patient négligent est dans l'impossibilité de compenser son déficit par une orientation intentionnelle de son regard.

1.1.3 Formes cliniques

Les manifestations de l'héminégligence unilatérale peuvent être très hétérogènes. Elles peuvent toucher le corps, l'espace ou les deux en même temps. Lorsqu'elle affecte l'espace, on parle d'agnosie spatiale unilatérale. Elle peut ainsi concerner l'espace personnel, l'espace extra-personnel proche ou éloigné et l'espace représenté. Lorsqu'elle touche le corps, on parle d'héminégligence corporelle ou d'hémi-asomatognosie.

1.1.3.1 Agnosie spatiale unilatérale

Le terme d'agnosie spatiale unilatérale signifie qu'il y a une non connaissance de l'hémi-espace contra-lésionnel. On distingue dans ce type de négligence l'espace proche qui comprend un espace personnel (avec le corps et les membres) de l'espace péri-personnel (« *reaching distance* ») qui est la zone de préhension, et l'espace lointain (extra-personnel ou « *walking space* ») qui se situe en dehors du périmètre d'action des membres. Halligan et al. (1991) ont mis en évidence des dissociations possibles entre négligence proche et négligence lointaine. En effet, le patient peut manifester cliniquement une négligence proche sans négligence lointaine et inversement.

La négligence peut également affecter l'espace représenté indépendamment de la présence d'un stimulus. Biziach et Luzzatti (1978) ont décrit cette forme de négligence comme l'impossibilité pour le patient de se représenter mentalement une image dans sa totalité, l'espace du côté négligé étant amputé. En demandant à leurs patients de se représenter mentalement le dôme de la place de Milan à partir d'un point donné, les chercheurs ont montré que lorsque les sujets effectuaient une rotation mentale à 180 ° de l'image, le déficit d'exploration disparaissait (8). La réalisation de mémoire du dessin d'une horloge est en pratique fréquemment utilisée pour mettre en évidence la négligence représentationnelle (Annexe I, fig.1 B). Le patient inscrit tous les chiffres sur la moitié droite de l'horloge, par exemple.

1.1.3.2 Négligence corporelle

Le terme de négligence corporelle ou héli-asomatognosie signifie qu'il y a une non connaissance de l'hémicorps contra-lésionnel. Le patient ne perçoit plus son hémicorps et peut être dans l'impossibilité d'en nommer les différentes parties (auto-topo-agnosie). L'autonomie et l'indépendance de la personne sont sévèrement impactées lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne. Ainsi, la personne oublie son hémicorps et réalise en partie ses soins d'hygiène, de l'apparence et l'habillement. La négligence corporelle peut affecter la sphère buccale et être responsable de troubles de la déglutition. Lors de ses déplacements, le sujet peut se cogner notamment lorsqu'il passe les portes. Durant son sommeil, il peut dormir sur son bras sans s'en rendre compte. Pour mettre en évidence la négligence corporelle chez un patient, l'ergothérapeute demande au patient de venir toucher avec sa main saine les différentes parties de l'hémicorps opposé à la lésion cérébrale (gauche le plus souvent). S'il ne parvient pas à réaliser l'exercice, on peut suspecter une négligence corporelle.

1.1.3.3 Aspects moteurs de la négligence

L'héminégligence peut se manifester sur le plan moteur, en l'absence de déficits moteurs primaires. On utilise le terme de « *négligence motrice* » lorsque la personne sous-utilise ou n'utilise plus l'hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale alors même que sa force musculaire est préservée. Dans sa forme la plus sévère et la plus rare, le patient se comporte comme s'il était hémiplégique. Cependant, avec les sollicitations verbales du thérapeute, le patient peut parfois parvenir à mobiliser son côté négligé. On peut retrouver dans ce tableau clinique de « *négligence motrice* », une perte des réactions de placement (en position assise ou allongée), une perte des réactions d'évitement à la douleur et une diminution de l'amplitude des mouvements spontanés.

D'autres symptômes moteurs peuvent se manifester lors de la réalisation des gestes et mouvements en direction de l'hémi-espace controlatéral à la lésion. Ils sont à distinguer de la « *négligence motrice* » car ils peuvent aussi affecter le côté ipsilésionnel. Il s'agit de la bradykinésie directionnelle (lenteur d'exécution du geste), de l'hypométrie directionnelle (baisse de l'amplitude des mouvements) et enfin de l'hypokinésie directionnelle (difficulté à initier un geste ou à réaliser un geste vers l'espace controlatéral).

1.1.4 Troubles associés

D'autres troubles peuvent s'associer aux manifestations cliniques classiques de l'héminégligence.

L'anosognosie est « *l'incapacité pour le patient de reconnaître la maladie ou la perte de la capacité fonctionnelle dont il est atteint* » (Larousse médical)(9). La personne peut montrer une absence totale de conscience ou une prise de conscience amoindrie des troubles. Une personne anosognosique hémiplégique peut tenter de se lever et risquer la chute. L'anosognosie semble fortement corrélée à l'héminégligence car elle est retrouvée chez 73% des personnes hémi-négligentes contre 6% de ceux qui ne souffrent pas d'héminégligence(10). L'anosognosie est un facteur de mauvais pronostic pour la récupération car elle rend difficile la prise en charge en rééducation. La prise de conscience des troubles est impérative car elle conditionne l'implication de la personne dans sa rééducation. A un degré inférieur à l'anosognosie, la personne peut sembler indifférente ou insouciant à l'égard de son trouble, c'est l'anosodiaphorie. La personne anosodiaphorique ne nie pas le déficit mais cela lui indiffère. Durant une séance d'ergothérapie, les difficultés rencontrées pour répondre à des consignes, pour faire un exercice seront attribuées à la douleur, à la fatigue ou à tout autre motif mais jamais au réel déficit. L'anosognosie associée à l'agnosie spatiale unilatérale et à l'hémi-asomatognosie constitue le syndrome de l'hémisphère mineur ou syndrome d'Anton-Babinski(11).

On peut aussi retrouver chez les patients, des conduites associées à un sentiment de dégoût voire de persécution pour le membre atteint (misoplègie) et des phénomènes d'illusion avec une attribution à autrui du membre atteint (somatoparaphrénie) en dépit de pouvoir le bouger, le toucher et le voir. D'autres troubles comme l'allochirie et l'alloesthésie, traduisent une transposition à droite d'informations tactiles situées à gauche.

Et enfin, l'extinction est l'incapacité lorsque deux stimuli sont présentés de manière bilatérale, de percevoir le stimulus controlatéral, il sera « éteint ». Le phénomène d'extinction se retrouve dans toutes les modalités sensorielles (auditive, tactile, visuelle).

Compte tenu de la diversité des manifestations cliniques de la négligence, il semble évident qu'elle ne peut être considérée comme une entité homogène et que les lésions anatomiques et les mécanismes physiopathologiques en cause sont nombreux et variés.

1.1.5 Causes anatomiques de la négligence

Les manifestations de la négligence unilatérale s'observent surtout après des lésions de l'hémisphère cérébral droit. La fréquence de la négligence gauche après une lésion cérébrale droite est d'environ 40% à 50%, tandis que la négligence droite après une lésion cérébrale de l'hémisphère gauche est de 13% à 21%(3). L'héminégligence peut être consécutive à des lésions cérébrales de type tumorales, traumatiques mais s'observe essentiellement lors de lésions vasculaires(3).

1.1.5.1 Lésions corticales

Dans le cas de l'héminégligence, le territoire de l'artère cérébrale moyenne est souvent touché. Les aires corticales atteintes se situent au carrefour temporo-pariéto-occipital avec une prédominance des lésions au niveau inférieur du lobe pariétal droit(2,3,12). (Annexe II, fig. 1). On retrouve dans cette zone du cerveau les aires 39 et 40 de Brodmann (gyrus angulaire et gyrus supramarginal) qui jouent un rôle dans la compréhension du langage, la sémantique et la phonologie (Annexe II, fig. 2). On observe une héminégligence massive et durable lorsque ces zones sont lésées. Une atteinte du lobe temporal supérieur droit est aussi fréquemment à l'origine de la négligence.

De façon plus marginale, les manifestations cliniques de l'héminégligence peuvent être retrouvées après des lésions du lobe frontal, dans sa région pré-rolandique (au niveau du gyrus frontal moyen et inférieur). Dans ce cas, l'héminégligence semble prédominer vers la droite(3).

1.1.5.2 Lésions sous-corticales

Les techniques d'imagerie cérébrale (imagerie par résonance magnétique, tomodensitométrie) ont permis de mettre en évidence des lésions sous-corticales pures à l'origine du phénomène d'héminégligence. Les structures profondes du cerveau notamment le thalamus et dans une moindre mesure les autres noyaux gris centraux seraient à l'origine de 20% des syndromes de négligence spatiale lors de lésions vasculaires(3).

1.1.5.3 Lésions de la substance blanche

L'étude récente de Bartolomeo (2015) réalisée auprès de 45 patients présentant des lésions vasculaires de l'hémisphère droit, met en évidence de façon systématique des lésions sur les faisceaux de substance blanche entre la partie postérieure et la partie antérieure de l'hémisphère droit. D'autre part, grâce à l'imagerie médicale, les chercheurs ont observé chez tous les patients présentant des troubles depuis plus d'un an, la présence de lésions du corps calleux (13).

Pouvoir identifier les bases anatomiques de la négligence représente encore aujourd'hui un enjeu important dans la prise en soins de ces patients.

1.1.6 Causes physiopathologiques de la négligence

Les mécanismes à l'origine de la négligence unilatérale sont encore mal connus et les théories qui tentent de les expliquer sont nombreuses. Cependant, trois axes théoriques principaux émergent : l'hypothèse attentionnelle, intentionnelle et représentationnelle(14). Au vu de la complexité des mécanismes impliqués dans le phénomène de négligence, je présenterai succinctement les idées fortes de ces grands axes théoriques et les auteurs qui les soutiennent.

1.1.6.1 La théorie attentionnelle

D'après la théorie attentionnelle, la négligence unilatérale résulterait d'un défaut de l'orientation de l'attention vers des stimuli présents dans l'hémi-espace opposé à la lésion cérébrale. Dans la majorité des cas, il s'agit de l'hémi-espace gauche qui est négligé.

Le modèle de Kinsbourne (1970) considère que l'héminégligence résulte d'un déséquilibre de la « *balance inter-hémisphérique* ». Chaque hémisphère active les systèmes attentionnels et d'orientation pour l'hémi-espace opposé. Il évoque également une supériorité de l'hémisphère cérébral gauche pour les aspects attentionnels et d'orientation.

L'hypothèse de Posner (1987) suppose un « *déficit de désengagement* » de l'attention notamment de la droite vers la gauche et un défaut d'engagement attentionnel dirigé vers la gauche. D'autres hypothèses existent, celles de De Renzi (1982) mentionne l'existence d'un « *centre attentionnel pariétal droit* » du fait de la prédominance de la

négligence à gauche, consécutive à des lésions de l'hémisphère cérébral droit et enfin, celle de Mesulam (1981).

L'hypothèse attentionnelle guide l'ergothérapeute vers une interprétation « visuelle » de la négligence. La personne ne reconnaît plus l'hémi-espace gauche et par conséquent son hémicorps gauche(15). Il s'agit de l'héminégligence dite « visuelle » ou Agnosie Spatiale Unilatérale (ASU).

1.1.6.2 La théorie intentionnelle

La théorie intentionnelle est soutenue par Heilman (1985). L'héminégligence résulterait selon lui, de l'impossibilité à initier un mouvement dans un hémi-espace.

L'hypothèse intentionnelle guide l'ergothérapeute vers une interprétation « corporelle » de la négligence. La personne ne reconnaît plus une partie ou la totalité de son hémicorps et par conséquent l'hémi-espace homolatéral. Il s'agit de l'héminégligence dite « corporelle » ou hémi-asomatognosie(15). Selon cette théorie, l'aspect intentionnel qui est équitablement contrôlé par chaque hémisphère, peut donner lieu à une héminégligence droite ou gauche.

Le modèle pré-moteur de Rizzolatti (1987), met en évidence une interdépendance entre la composante attentionnelle et intentionnelle. Le défaut d'intention vers un hémi-espace rend impossible l'attention portée vers un stimulus du même côté.

1.1.6.3 La théorie représentationnelle

Pour Bisiach (1978), l'héminégligence serait le résultat d'un trouble de la représentation de l'espace. L'espace serait représenté de façon analogue et symétrique dans les deux hémisphères. Une lésion unilatérale détruirait la représentation de l'espace controlatéral qui serait absente ou dégradée. Une personne qui présente une agnosie spatiale gauche serait incapable de se représenter mentalement la partie gauche de sa chambre, par exemple. Ce modèle sous-tend un trouble de la représentation perceptive (lié au décalage du référentiel égocentré ou ligne médiane du corps) et non un trouble des processus attentionnels, à l'origine de l'héminégligence. D'autres modèles existent tels que celui de Caramazza et Hillis (1990) et le modèle de la référence égocentrique de Karnath (1991).

Les manifestations cliniques de la négligence sont nombreuses et peuvent parfois être expliquées par une ou plusieurs de ces théories. En pratique, l'ergothérapeute sera amené à considérer l'ensemble de ces théories pour mieux appréhender la diversité du phénomène d'héminégligence et proposer une rééducation adaptée.

1.1.7 Évolution et pronostic

Comme pour la majorité des déficits neurologiques après un AVC, une récupération spontanée est observée chez la majorité des patients héminégligents. Une étude réalisée par Stone et al. (1992) auprès de 69 patients hémi-négligents a montré que la récupération maximale de l'héminégligence était atteinte dans les 3 mois après l'AVC (16). Une autre étude réalisée par la Copenhague stroke study (1997) a montré que la récupération est spontanée dans 60% des cas à 3 mois. Cependant, selon ces études, 10% à 30% des patients victimes d'un AVC de l'hémisphère droit conservent une négligence chronique. Pour les patients qui ne récupèrent pas (c'est-à-dire dont les troubles du comportement persistent), l'héminégligence est un mauvais pronostic fonctionnel(6). L'étude de Denes et al. (1982) réalisée auprès de deux groupes de 24 patients hémiplésiques droit et gauche, révèle un moins bon degré d'indépendance et d'autonomie, à 6 mois post AVC dans les activités de la vie quotidienne, chez les patients négligents avec des lésions de l'hémisphère droit(17).

L'héminégligence est le plus fort facteur de pronostic péjoratif, par comparaison avec l'aphasie, la détérioration intellectuelle, ou les troubles émotionnels (14). Une étude plus récente de Jehkonen et al. (2006) confirme le caractère défavorable du syndrome d'héminégligence sur l'évolution fonctionnelle des patients(18).

Réduire le syndrome d'héminégligence constitue donc un enjeu important dans le domaine de la rééducation et l'intervention de l'ergothérapeute apparaît comme une nécessité durant tout le parcours de soins de ces patients.

1.2 L'ergothérapeute et son rôle auprès de la personne hémi-négligente

1.2.1 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession paramédicale dont l'exercice est réglementé par l'article L.4331-1 du code de la santé publique et régi par l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute.

Du grec « *ergon* » : travail, action, activité et « *therapeia* » : cure, soin, traitement, l'ergothérapie part du principe qu'être dans l'agir est un besoin fondamental et donc que l'activité a des effets positifs(19).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé « *qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». L'ergothérapeute accompagne les personnes de tous âges, malades ou en situation de handicap physique, mental ou cognitif, qu'il soit temporaire ou permanent. Il guide les personnes dans leur processus de changement pour développer leur indépendance et leur autonomie afin d'améliorer leur qualité de vie et leur bien-être. L'ergothérapeute intervient sur prescription du médecin, dans le cadre d'une relation thérapeutique, par l'intermédiaire d'activités adaptées, personnalisées et il est capable d'anticiper les bénéfices apportés par la mise en œuvre de cette activité.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « *l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* »(20). L'ergothérapeute participe au maintien des acquis et à la prévention des complications ou de leur aggravation. La vision holistique de l'ergothérapeute, lui permet de voir la personne au-delà de sa maladie ou de son handicap.

L'ergothérapeute agit en collaboration avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les professionnels du domaine social, éducatif et pédagogique afin d'établir des projets d'intervention pertinents. Les champs d'action de l'ergothérapeute sont nombreux, il peut intervenir dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation, de la réinsertion et de la réhabilitation psychosociale.

L'ergothérapeute doit être compétent, croire en les capacités d'autonomie et d'autodétermination de la personne, respecter sa singularité, sa dignité, sa motivation, ses valeurs, ses goûts et enfin ses droits fondamentaux (21). Comme les autres professionnels de santé, il est soumis au secret professionnel. L'ergothérapeute est guidé par des valeurs personnelles, qui s'enrichissent de son vécu personnel, de ses expériences professionnelles et au quotidien dans la relation soignant-soigné.

1.2.2 Le processus d'intervention en ergothérapie

L'intervention de l'ergothérapeute s'appuie sur une démarche de raisonnement clinique. Il s'agit d'un processus complexe de réflexion, de prises de décision et de mise en œuvre d'actions. Le processus en ergothérapie est constitué de cinq étapes successives qui sont : l'évaluation initiale, la détermination des objectifs à atteindre, l'élaboration du programme d'intervention, sa mise en pratique et enfin l'évaluation intermédiaire ou finale(21).

1.2.2.1 L'évaluation initiale

L'évaluation initiale permet à l'ergothérapeute de recueillir les attentes de la personne, de son entourage et des autres professionnels de santé. Lors de cette étape, l'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation de la personne. Il tient compte de son âge, de sa pathologie, de son environnement humain et matériel, de ses habitudes de vie. En fonction des situations, le recueil de données pourra être ciblé sur les domaines qui semblent prioritaires.

Dans le cas d'un AVC, les atteintes sont multiples et variées. L'ergothérapeute choisit ses bilans en fonction de ses observations et des données recueillies auprès des autres professionnels impliqués dans la prise en soins de la personne. De façon non exhaustive, l'ergothérapeute évalue : l'état cutané-trophique et vasculaire, la douleur, la spasticité, le déficit moteur, la sensibilité superficielle et profonde, les déficiences sensorielles et cognitives, et enfin la performance lors de la réalisation des actes de la vie quotidienne. Il utilise des bilans généraux et spécifiques à l'AVC.

L'ergothérapeute observe l'attitude spontanée de la personne, pendant la passation des tests, en séance et lors des activités de la vie quotidienne. Il est attentif à la façon dont la personne utilise ou sous-utilise son bras côté lésé, lors des activités bilatérales. Outre

l'observation, l'ergothérapeute et le neuro-psychologue disposent de nombreux tests. Compte tenu de la diversité clinique du tableau d'héminégligence et de la variabilité des symptômes chez un même individu, en fonction de son état émotionnel, de son état attentionnel, de son état de fatigue, il est indiqué de faire passer plusieurs tests. Pour évaluer les aspects perceptifs et moteurs de la négligence, nous retiendrons trois sortes de tests : les épreuves de barrage, de copie et de lecture (22)(Annexe III). Ils ont une place prépondérante dans l'évaluation de la négligence, ils sont faciles à administrer et à coter. Pour ces épreuves analytiques, l'ergothérapeute présente la feuille de test dans l'axe médian du corps et est installé face à la personne.

Les épreuves de barrage : la personne munie d'un crayon doit barrer ou entourer des lettres, des cloches, des étoiles réparties sur une feuille au milieu d'autres stimuli. Le test est terminé lorsque la personne décide qu'elle a fini. Ce test, en plus d'autres évaluations, peut mettre en évidence une agnosie spatiale unilatérale (héminégligence dite « visuelle »). L'ergothérapeute observe les zones négligées par le sujet, note le nombre d'oublis, la stratégie utilisée et le temps d'exécution du test. Le test de bissection de ligne lui, consiste à trouver le milieu d'une ligne en la marquant d'un trait. Dans ce cas, l'ergothérapeute compte le nombre de lignes oubliées, et calcule un pourcentage de déviation du centre par rapport au centre réel.

Les épreuves de copie : la personne doit recopier un dessin à partir d'un modèle. La copie du dessin doit être réalisée sur la même feuille que le modèle et sous ce dernier. Une personne négligente recopiera le dessin de façon asymétrique, avec par exemple un oubli de la partie gauche du dessin ou un oubli de la partie gauche de chacun des objets. On peut également demander à la personne de réaliser spontanément, sans modèle, le dessin d'une marguerite ou d'une horloge. Les observations seront les mêmes que précédemment, avec en plus une attention particulière à la place des dessins sur la feuille.

Les épreuves de lecture : il s'agit d'une tâche de la vie quotidienne. Il existe plusieurs tests validés, la Batterie d'Evaluation de la Négligence, qui comprend également des épreuves de barrage mais aussi le test de Barbizet et en fin de rééducation, le test de Caplan). Durant un exercice de lecture, l'évaluateur compte le nombre total de mots oubliés et la différence entre les oublis de mots à droite et à gauche, les retours à la ligne difficiles. L'ergothérapeute doit observer si la personne parvient à compenser sa

négligence gauche à partir du moment où elle se rend compte que ce qu'elle lit n'a pas de sens.

L'ergothérapeute dispose de plusieurs tests pour mettre en évidence les troubles somatognosiques. Il faut souligner que, seules les conclusions de plusieurs tests permettent de mettre en évidence un trouble du schéma corporel. Voici une présentation des tests les plus fréquemment utilisés.

L'épreuve du dessin du bonhomme : la personne doit dessiner un bonhomme, sur une feuille blanche, non quadrillée. La feuille est disposée face à la personne et peut être maintenue par le thérapeute. Ce test permet de visualiser la façon dont la personne se représente ou perçoit son corps. On observe, si le corps est représenté dans sa globalité ou partiellement (côté droit du bonhomme non dessiné, chez un héminégligent gauche, par exemple) et si des parties de la feuille sont négligées ou non. Il est complété par le test du référentiel égocentré, qui permet de déterminer si la position de la ligne médiane du corps perçu par la personne, correspond à l'axe médian réel du corps.

Les épreuves d'orientation : permettent d'évaluer la capacité de la personne à utiliser son corps comme centre et repère dans l'appréhension de l'espace. La personne doit, par exemple, placer et désigner des objets par rapport à son corps (derrière lui, devant lui, à droite, à gauche...) ou par rapport à un autre objet (devant la table, derrière la table...).

Les épreuves d'imitation de postures non significatives : la personne doit reproduire sur imitation l'attitude corporelle du thérapeute. Ce test permet d'évaluer la connaissance que la personne a de son propre corps et sa capacité à l'utiliser. Le test du mannequin, où des attitudes doivent être reproduites sur ce dernier, évalue également la connaissance du corps mais sans impliquer le propre corps de la personne.

Enfin, il est important de noter que les épreuves « papier-crayon » ne suffisent pas pour évaluer la négligence. Un biais attentionnel peut persister dans la vie quotidienne malgré une performance quasi normale aux tests analytiques. La Batterie d'Évaluation de la Négligence (BEN), mise en œuvre par le Groupe d'Étude de la Rééducation et de l'Évaluation de la Négligence (GEREN) est un outil validé qui comprend des tests « papier-crayon » et une évaluation fonctionnelle par l'Échelle de Catherine Bergego (ECB) (Annexe IV). L'ECB permet d'évaluer le comportement de négligence dans les

activités du quotidien, à partir des observations du thérapeute et de l'entourage de la personne malade. En outre, elle permet d'établir un score d'anosognosie. Elle comprend 10 items portant sur les activités élémentaires, allant de 0 (aucune négligence) à 3 (négligence sévère)(23)

A partir de l'analyse et la synthèse des éléments recueillis, l'ergothérapeute élabore un diagnostic ergothérapeutique. Cette démarche correspond à la compétence 1 (*évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique*) du référentiel de compétences de l'ergothérapeute.

1.2.2.2 Choix des objectifs à atteindre

L'ergothérapeute détermine avec la personne malade et/ou son entourage proche et avec le médecin des objectifs de prise en soins adaptés, en tenant compte de l'évaluation initiale et de son analyse. Les objectifs sont hiérarchisés en fonction des besoins prioritaires mis en évidence lors de l'évaluation. Ils peuvent être négociés avec la personne et l'équipe pluridisciplinaire et être réajustés ou modifiés à tout moment afin d'optimiser la prise en soins. On parle d'objectifs de réadaptation lorsque le thérapeute agit sur les incapacités de la personne, et d'objectifs de rééducation, lorsque le thérapeute agit sur les déficiences à l'origine des incapacités. Les objectifs peuvent être : favoriser la récupération sur le plan cognitif et/ou développer des compensations ; éviter l'exclusion du membre lésé ; favoriser l'autonomie et l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne, lutter contre l'anosognosie, améliorer la perception et l'exploration de l'hémi-champ négligé ; apprendre au patient à vérifier le positionnement des membres ; encourager le patient à utiliser le membre supérieur lors des soins d'hygiène et l'habillage, stimuler l'orientation du regard vers le côté négligé.

1.2.2.3 Elaboration du programme d'intervention et mise en œuvre

Il s'agit des moyens que l'ergothérapeute va mettre en œuvre pour répondre aux objectifs définis. Le programme d'intervention précise les techniques et les principes de traitement (lieu, durée et fréquence des séances, en individuel ou collectif) qui vont être utilisés par l'ergothérapeute. Les activités choisies doivent être significatives, c'est-à-dire avoir du sens pour la personne.

La prise en charge pluridisciplinaire précoce de l'héminégligence est indispensable. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2002) précisent que les professionnels doivent « *être attentifs à d'éventuels troubles cognitifs, l'anosognosie et l'héminégligence en particulier* » et mettre en œuvre des mesures de sécurité et une rééducation spécifique. Cette étape du processus d'intervention fait référence à la compétence 2 (« *concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement* ») et à la compétence 6 (« *conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie* ») du référentiel de compétences de l'ergothérapeute.

L'adaptation de l'environnement est une étape incontournable de la démarche rééducative du patient héminégligent. L'installation de la chambre doit favoriser l'autonomie et assurer la sécurité du patient. L'aménagement de l'environnement doit permettre au sujet de porter son attention vers ce qu'il néglige. Ainsi, pour une personne héminégligente gauche, les objets stimulants comme la radio, la télévision, sont placés face au patient au début, puis de plus en plus à gauche. Les objets de sécurité (sonnette, boisson, urinal, téléphone) sont installés du côté sain. Le lit est orienté au début côté droit pour voir les personnes qui entrent puis progressivement à gauche. Des indices visuels colorés peuvent être utilisés pour faciliter le repérage d'objets usuels ou de lieux (toilette, salle de douche...).

Les troubles attentionnels et l'héminégligence doivent être pris en charge par tous les soignants (infirmières, aides-soignants, médecins...). L'attention du patient doit être portée vers le côté négligé pendant les soins, lors de la toilette et des repas. Les stimulations peuvent être tactiles, visuelles et auditives. Le thérapeute peut se placer du côté sain pour capter l'attention de la personne et se déplacer dans le champ négligé pour la stimuler. L'ergothérapeute doit favoriser les stratégies d'exploration visuelle et tactile du côté lésé. Lors des séances en salle d'ergothérapie, le travail bilatéral symétrique puis asymétrique est privilégié, tout comme le travail autour de la ligne médiane et le travail des notions temporelles et spatiales. Les mises en situations doivent être répétées et progressives et bénéficier d'un cadre sécurisant (présence rassurante du thérapeute, explications claires). Elles permettent de favoriser l'autonomie et la prise de conscience du trouble. Les déplacements et l'apprentissage de l'utilisation d'une aide à la mobilité sont travaillés à l'aide de parcours puis en situation écologique. L'ergothérapeute peut être amené à élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil pour le patient et ses

proches (il s'agit de la compétence 5, du référentiel de compétences). En outre, il organise dès que possible, des sorties thérapeutiques au domicile, en collaboration avec l'entourage du patient et l'équipe pluridisciplinaire et délivre des conseils en aménagement si nécessaire.

La prise en charge rééducative des personnes ayant une hémiparésie impose une approche pluridisciplinaire. De façon générale, l'ergothérapeute vise un travail global de l'attention et des activités de la vie quotidienne ; le kinésithérapeute un travail des postures, du contrôle du tronc ; le neuropsychologue et l'orthophoniste traitent les aspects cognitifs de l'hémiparésie.

Depuis plusieurs années, de nouvelles approches thérapeutiques ont été développées. Leur objectif est de stimuler l'orientation automatique du regard vers le côté négligé, par des stimuli sensoriels. Parmi ces techniques, l'adaptation prismatique, facile et rapide à mettre en œuvre a montré des effets encourageants. L'optokinétique, la stimulation des muscles du cou, couplée avec un entraînement à l'orientation du regard se sont révélées efficaces. L'appareillage de Bon Saint Côme est une technique innovante qui associe l'exploration spatiale par des stimuli visuels et auditifs à une mobilisation volontaire du tronc avec un biofeedback en temps réel. Il a permis une amélioration significative de la négligence et de l'autonomie (Luauté et Boisson 2011)(24). Enfin, la thérapie miroir avec des effets potentiels sur la négligence unilatérale reste à prouver.

1.2.2.4 Évaluation intermédiaire et finale

L'évaluation intermédiaire peut avoir lieu à différents moments de la prise en charge, elle permet de confronter les résultats obtenus avec les objectifs posés. Le traitement en ergothérapie peut être poursuivi avec les mêmes objectifs ou avec des objectifs revus totalement ou en partie. L'évaluation finale annonce la fin du traitement en ergothérapie. Les résultats obtenus sont transmis au patient et à sa famille ainsi qu'aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge. La décision de fin de prise en charge, ou de sortie est décidée par le médecin. Le dossier du patient en ergothérapie assure la traçabilité de toutes les données : les évaluations et résultats, les objectifs, la progression du patient, les synthèses pluridisciplinaires.

Enfin, l'étape du suivi, peu développée en France, n'est pourtant pas à négliger. Les conséquences de la négligence unilatérale peuvent perdurer dans le temps et représenter un

réel handicap fonctionnel au quotidien. Un suivi lors de séjours ponctuels avec des évaluations et des prises en charge en réadaptation peut être pertinent.

Depuis quelques années, l'ergothérapeute dispose en plus de la rééducation conventionnelle que nous venons de détailler, de nouvelles techniques de rééducation pour l'héminégligence telles que l'imagerie mentale et la thérapie miroir.

1.3 **La thérapie miroir**

La thérapie miroir est une technique par leurre sensoriel. Elle donne à la personne l'illusion grâce au reflet de son membre sain dans le miroir, d'un membre controlatéral normal.

1.3.1 Historique

La Thérapie Miroir (TM) a été développée et expérimentée pour la première fois, par le Dr Ramachandran, en 1996, auprès de patients souffrant de douleurs fantômes après amputation (25). Le reflet du membre sain dans le miroir donne au cerveau l'illusion que le membre controlatéral est toujours présent, et permet d'atténuer les douleurs neuropathiques.

Plus tard, en 1999, le Dr Ramachandran et Altschuler ont utilisé ce procédé pour la rééducation de la fonction motrice du membre supérieur, chez des personnes hémiplegiques à la suite d'un AVC(26). L'idée du traitement est d'améliorer la fonction motrice du membre lésé. Le patient observe son membre sain dans le miroir et tente de réaliser simultanément et de façon synchronisée des mouvements bilatéraux avec les deux membres. Pour être efficace, le retour visuel du mouvement du membre sain dans le miroir doit correspondre aux intentions motrices du patient.

En 2003, McCabe, explore un autre domaine d'application de la TM. Il prouve l'efficacité de cette thérapie, dans la prise en charge précoce des personnes souffrant du syndrome douloureux régional complexe de type I (27). La thérapie miroir permet de diminuer les douleurs en rétablissant une cohérence entre les afférences sensorielles et la commande motrice.

1.3.2 Présentation pratique de la thérapie miroir

La thérapie miroir est de plus en plus fréquemment utilisée par les ergothérapeutes dans les services de rééducation, en complément d'une rééducation traditionnelle. Cependant, il n'existe pas de protocoles définis pour son utilisation. Les professionnels utilisent la thérapie telle qu'elle est appliquée dans les études scientifiques ou telle qu'elle est enseignée dans les instituts de formation en ergothérapie.

La thérapie miroir est une technique de rééducation qui nécessite l'adhésion totale du patient et son entière coopération. L'ergothérapeute doit susciter l'intérêt et la motivation du patient, car ils sont des éléments indispensables pour le bon déroulement de la thérapie. Aussi, l'ergothérapeute ne saurait faire l'impasse sur des explications claires et accessibles sur l'application de la thérapie, les mécanismes en jeu et les effets recherchés. Le thérapeute doit tout au long de la mise en œuvre de la thérapie, être à l'écoute des inquiétudes ou questionnements du patient et savoir y répondre de façon rassurante et adaptée. Il doit également être attentif aux répercussions psychologiques que peut générer la TM et qui peuvent déstabiliser le patient. En effet, les patients peuvent vivre difficilement le fait de revoir à nouveau un membre, le voir de nouveau bouger, et enfin le voir sain durant la thérapie et lésé ensuite.

Outre la relation de confiance qui doit s'instaurer, l'information qui doit être délivrée et le consentement oral du patient qui doit être recueilli, d'autres principes conditionnent le succès de cette thérapie. Ainsi, le thérapeute veillera à installer confortablement la personne, dans une pièce au calme, afin de favoriser ses capacités de concentration et d'attention. Il sera attentif à la fatigabilité du patient et à la bonne compréhension des consignes et à leurs applications. Au cours des séances, le patient ne doit pas porter de montre ou de bijoux afin que l'illusion soit optimale. Un patient avec des troubles cognitifs très importants ou anosognosique ne pourra pas bénéficier de la thérapie miroir.

Le choix du miroir est important car il est garant de la qualité de l'illusion visuelle, critère essentiel de cette thérapie. Il varie selon que l'on souhaite faire travailler le membre supérieur, le membre inférieur ou l'hémicorps complet. Il ne doit être ni trop grand (pour ne pas refléter des éléments non pertinents), ni trop petit pour éviter que le membre ne « dépasse » et compromette l'illusion visuelle.

Pour le membre supérieur, le miroir est positionné sur une table, en situation verticale et dans le plan sagittal. Les bras sont situés à égale distance du miroir, les coudes sont fléchis à 90° et reposent sur la table. La face réfléchissante du miroir est placée du côté sain et l'hémicorps lésé est caché derrière le miroir (28)(fig.A). Parfois, le membre lésé est caché dans une boîte.

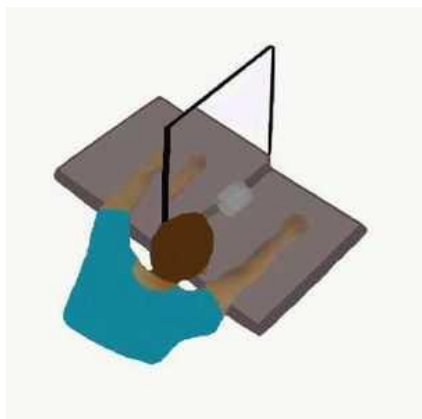


Fig.A : Thérapie miroir : positionnement du miroir en situation verticale et parasagittale.

Le miroir peut légèrement être décalé du côté lésé (environ 5° par rapport au plan sagittal) pour permettre à la personne d'avancer la tête et ainsi optimiser la perception du reflet de son membre sain et cacher de façon optimale son membre lésé. L'attention du patient doit toujours être portée sur le reflet dans le miroir et non sur son membre sain.

Les séances de rééducation avec la thérapie miroir débutent par une phase d'observation. Durant cette phase, la personne regarde le reflet de son membre sain dans le miroir. Cette étape permet au patient de se familiariser avec la thérapie. En outre, elle permet au thérapeute d'observer les réactions du patient et d'évaluer son degré d'adhésion à la thérapie. Dans un second temps, il peut être demandé au patient d'imaginer le geste sans le produire réellement. Cette étape peut, chez des patients algiques, permettre de lever l'appréhension liée à la production d'un mouvement. De plus, pour les patients hémiparétiques, cela prépare à l'intention de mouvement qui précède la production. Dans un troisième temps, on demande au patient d'élaborer un mouvement en fonction de ses capacités. Il s'agit là, de mouvements analytiques proximo-distaux, sollicitant toutes les articulations, et dans toutes les amplitudes possibles. Enfin, la dernière étape consiste en l'élaboration de mouvements bilatéraux « fonctionnels » comportant la saisie et le déplacement d'objets.

Classiquement, la thérapie en miroir est administrée 5 jours sur 7, à raison d'une séance quotidienne de 30 min en moyenne, durant 4 semaines. (29).

1.3.3 Effets sur l'héminégligence

Malgré des évidences scientifiques encore limitées, l'application de la TM dans la prise en charge rééducative des personnes héminégligentes est prometteuse.

Les travaux de Dohle et al. en 2009, étudient les effets de la thérapie miroir sur 36 patients en phase aigüe post AVC (8 semaines maximum). Les patients ont suivi un protocole de 6 semaines (5 fois par /semaine, 30 minutes par séance) en plus d'une rééducation conventionnelle. Les résultats montrent des bénéfices sur le plan moteur, fonctionnel, sensitif et pour la première fois sur la négligence visuo-spatiale (30).

En 2013, Thieme et al. réalisent une étude comprenant 60 patients dans les 3 mois consécutifs à un AVC, répartis en 3 groupes : 1/absence de feedback visuel, 2/la thérapie miroir en groupe et 3/la thérapie miroir en individuel. Le traitement a été suivi durant 5 semaines (5 fois par /semaine, 30 min par séance) en plus d'une thérapie classique. Les résultats montrent qu'il n'y a pas d'effet supérieur de la thérapie miroir en comparaison d'une rééducation conventionnelle sur la fonction sensori-motrice, les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie. En revanche, un effet significatif sur la négligence spatiale unilatérale (objectivé par le test de barrage d'étoiles) avec la thérapie miroir en individuel a été mis en évidence(31).

En 2014, Pandian et al. réalisent une étude randomisée contrôlée auprès de 47 patients présentant des lésions du thalamus et du lobe pariétal et une héminégligence à 48 heures post AVC. Les patients ont été répartis en deux groupes, le groupe contrôle et le groupe bénéficiant de la thérapie miroir ; ils ont suivi le traitement 1 à 2 h/jour durant 5 jours, pendant 4 semaines. Pour tous les patients, la première heure était consacrée à la thérapie miroir (pas de feed-back visuel pour le groupe contrôle) et la deuxième heure à la réalisation de mouvements analytiques (30 min) puis fonctionnels avec des objets (30min). Les résultats ont montré une amélioration des scores des tests évaluant l'héminégligence (test de barrage d'étoiles, de bissection de lignes, picture identification task) pour le groupe ayant bénéficié de la thérapie miroir (32).

Enfin, le travail de Moustapha et Rousseaux en 2012, a permis d'étudier l'effet d'une seule séance de thérapie miroir sur le phénomène d'héminégligence. Cette étude a été réalisée auprès de huit patients présentant une négligence spatiale (évaluée avec la batterie d'évaluation de la négligence) dans les suites (un à neuf mois) d'un AVC unilatéral

de l'hémisphère droit. La thérapie miroir s'est faite selon un protocole classique, avec en plus un cache sur le membre supérieur droit (sain). Les résultats évoquent une amélioration significative dans le test de bissection de ligne, mais pas dans le test de barrage. Cependant, aucune différence révélatrice n'a été montrée entre les effets des deux thérapies (33).

Les résultats publiés sont encourageants, mais l'intérêt de la thérapie miroir pour la rééducation de l'héminégligence reste encore à prouver. Les études sont peu nombreuses et très disparates. La qualité méthodologique des études (randomisation, qualité de l'étude) est variable et les protocoles d'intervention (critères d'inclusion/d'exclusion, population, protocole de la thérapie, critères d'évaluation) très hétérogènes. La thérapie miroir est incompatible avec l'anosognosie et difficile à mettre en place si des déficits attentionnels sont trop présents. De plus, la difficulté de la personne héminégligente à orienter son regard vers le côté lésé peut être un frein à l'utilisation de la TM. Enfin, la fatigabilité des patients notamment dans la période qui suit l'AVC (0 à 3 mois) est un élément à prendre en compte lors de l'utilisation de cette thérapie.

1.3.4 Mécanismes d'action de la thérapie miroir

Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer l'effet de la TM, elles s'appuient sur le concept de plasticité cérébrale, sur l'activation des neurones miroirs et sur la préférence du cerveau à exploiter les afférences visuelles par rapport aux afférences somesthésiques (toucher et proprioception) (Moseley, 2008)(34).

En 2012, M. Rousseaux et A. Moustapha, dans leur article « *Bases neurophysiologiques de la thérapie par miroir* » qui figure dans l'ouvrage « *Imagerie mentale, thérapie en miroir* » (35) ont réalisé un état des lieux de la littérature scientifique présentant les hypothèses physiopathologiques sur l'efficacité de la TM. Je m'appuie sur leurs travaux pour tenter d'expliquer les mécanismes d'action de la TM.

Plusieurs hypothèses ont été retenues pour expliquer l'efficacité de la TM sur les douleurs des membres fantômes. La première hypothèse soutient l'idée que les douleurs naissent d'un conflit entre la commande motrice et les afférences sensorielles et proprioceptives. Le feed-back visuel du miroir en facilitant la perception du membre lésé, permettrait de rétablir une cohérence entre le système moteur et le système sensoriel. Dans la seconde hypothèse, les douleurs après amputation seraient consécutives à la

réorganisation corticale des zones cérébrales impliquées dans le contrôle du membre. Plus la réorganisation corticale est importante plus les douleurs sont intenses. La thérapie miroir semblerait limiter cette réorganisation pathologique et par conséquent réduire les douleurs, en suppléant le membre manquant, qui ne peut plus envoyer de message sensitif au cortex.

Dans le Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC), l'efficacité de la thérapie miroir semblerait comme pour les douleurs des membres fantômes reposer sur la réorganisation corticale. Mais une autre hypothèse est émise, celle-ci évoque que les troubles sensitifs présents dans le SDRC modifieraient l'élaboration des représentations corporelles et la programmation du mouvement et conduiraient à l'exclusion du membre. La TM favoriserait l'attention portée au membre douloureux par le message visuel qu'elle renvoie, et améliorerait la perception consciente du membre, diminuant ainsi les douleurs. Enfin, en reprenant les travaux de Mc Cabe les auteurs évoquent une autre explication, celle selon laquelle la thérapie miroir « *participerait à la désensibilisation du membre douloureux en interrompant le lien entre le mouvement d'un membre et la douleur provoquée par ce mouvement* ». En somme, l'expérience d'un mouvement non douloureux, possible grâce au reflet du membre sain dans le miroir, permettrait d'inhiber la douleur liée à la production du mouvement. Ce que le cerveau a mémorisé comme douloureux va être « effacé » grâce au miroir.

Dans le cadre de l'hémiplégie après AVC, l'hypothèse retenue est l'activation des neurones miroirs. Les neurones miroirs ont été découverts, pour la première fois par Rizzolatti en 1996, chez le singe (36). Ces neurones moteurs présents dans le cortex pré-moteur s'activent lorsque la personne réalise ou imagine une action et lorsqu'elle observe une autre personne exécuter un mouvement. Les neurones miroirs permettent l'apprentissage de nouvelles tâches motrices par imitation. Par conséquent, le fait d'observer le mouvement de la main saine dans le miroir, activeraient les neurones miroirs qui faciliteraient le mouvement de la main lésée.

Pour tenter d'expliquer les mécanismes spécifiques qui entrent en jeu dans l'héminégligence, je m'appuie sur la thèse du Dr Cristina Colteu(37) :

Lorsqu'une personne est atteinte de négligence unilatérale, elle oublie, néglige, sous-utilise une partie de son corps et l'on peut supposer que cela entraîne un remaniement du schéma moteur au niveau cortical. La personne ne sait plus effectuer un geste et doit le réapprendre. Le fait d'observer le mouvement du membre sain dans le

miroir pourrait par l'activation des neurones miroirs permettre le réapprentissage par imitation du geste, donc l'acquisition d'un schéma moteur.

En outre, l'hyperactivité du côté sain peut également être une des conséquences de la lésion cérébrale. L'hémisphère lésé n'est plus en capacité d'inhiber l'hémisphère sain qui « prend le dessus » sur lui et aggrave la négligence. Peut-on alors émettre l'hypothèse que le sujet en observant son membre sain bouger dans le miroir, donnant ainsi l'illusion qu'il s'agit du membre lésé, stimule l'activité de l'hémisphère atteint et par conséquent atténue la négligence ?

Enfin, une autre hypothèse est celle selon laquelle la TM rétablirait une cohérence entre le système moteur et le système sensoriel. En effet, le feed-back visuel du miroir en concordance avec l'intention motrice améliore la perception sensorielle du membre. Ceci permettrait de réintroduire l'hémicorps lésé dans le schéma corporel.

1.4 **Question de recherche**

Mes recherches m'ont permis de constater qu'il n'existe pas de protocole pour l'utilisation et l'administration de la thérapie miroir. Sur le terrain, les professionnels se réfèrent aux études scientifiques et à leur expérience pour mettre en œuvre cette thérapie.

La littérature scientifique montre un impact positif de la TM sur le traitement des douleurs après amputation, sur le syndrome douloureux régional complexe, et sur l'amélioration de la fonction motrice du membre supérieur après un AVC. Cependant, elle doit encore faire la preuve de son efficacité sur les manifestations de l'héminégligence. Dans tous les cas, les résultats sont à nuancer car elle est toujours associée à une thérapie conventionnelle.

Aussi, je m'interroge sur l'efficacité d'une utilisation régulière de cet outil simple et peu onéreux sur les personnes souffrant d'une négligence unilatérale, en phase de rééducation.

La question de recherche qui émerge de mes interrogations et des recherches que j'ai pu effectuer est donc : **L'utilisation de la thérapie miroir en ergothérapie contribue-t-elle à restaurer le schéma corporel des patients ayant une négligence unilatérale et par conséquent à faciliter leur autonomie et l'indépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne?**

2 Problématique théorique

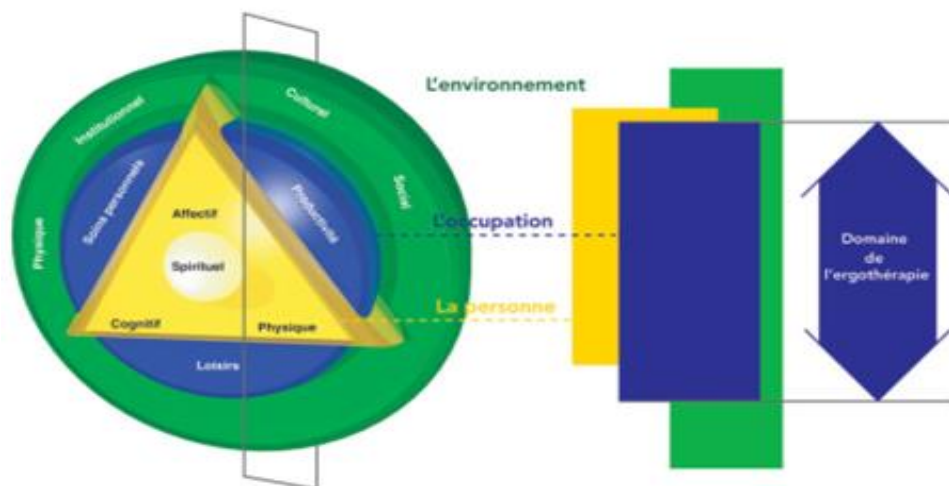
Je présenterai dans cette partie trois concepts et un modèle qui émergent de ma question de recherche. Ce cadre théorique servira de base de construction des outils de recueil de données et apportera une valeur scientifique à mon travail. J'ai choisi de développer le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel, les concepts d'autonomie et de schéma corporel.

2.1 **Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)**

Selon Marie-Chantal Morel-Bracq (2009), un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* »(38). Les modèles conceptuels offrent aux ergothérapeutes une grille de lecture de leur pratique professionnelle et un cadre structuré sur lequel s'appuyer. Par ailleurs, ils sont des outils pertinents pour faire évoluer la pratique de l'ergothérapie et pour la faire reconnaître aux yeux des autres professionnels. Afin de répondre à la diversité des prises en soin, plusieurs modèles de pratiques appliqués à l'ergothérapie ont été élaborés. Ils s'inspirent tous d'une vision holistique de la personne et tiennent compte de l'interaction personne-activité-environnement.

Le Modèle Canadien de Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), est un modèle général en ergothérapie, élaboré par l'Association Canadienne des ergothérapeutes, en 1997. Il a été modifié à plusieurs reprises, et intègre en 2008, le concept d'engagement à la place du concept de participation.

Le schéma suivant illustre le MCREO : l'interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement :



L'ergothérapeute s'appuie sur les expériences et les connaissances de l'individu et tient compte de ses dimensions affective, cognitive, physique, et spirituelle (valeurs, croyances).

L'occupation est un besoin fondamental qui permet de nous maintenir en santé et contribue à donner le sentiment de contrôle sur sa vie. Les séquelles d'un accident vasculaire cérébral entraînent souvent une modification importante des habitudes de vie. Par conséquent, il semble primordial de promouvoir l'occupation pour permettre à la personne de retrouver un maximum d'autonomie. On entend sous le terme « d'occupation », « *des groupes d'activités et tâches de la vie quotidienne, nommées, organisées et pourvues d'une valeur et d'un sens par les personnes et par une culture* » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997). Dans ce modèle, les occupations sont réparties en soins personnels (s'occuper de soi), productivité (vie sociale et professionnelle) et loisirs (les divertissements). L'occupation est synonyme d'activité signifiante et significative, plus couramment employée dans notre société.

L'autre élément de la triade est l'environnement. De façon générale, il comprend les éléments institutionnels, culturels, physiques et sociaux. La relation qui existe entre l'individu et son environnement va donner du sens ou non au choix et à la mise en œuvre d'une activité. Par conséquent, il convient de déterminer le rendement occupationnel et la satisfaction que la personne éprouve face à ses occupations.

Le rendement occupationnel est le « *résultat d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation*. Le rendement

occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies au plan culturel et correspondant à son groupe d'âges, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997). A travers ce modèle, l'ergothérapeute n'envisage plus l'activité uniquement comme un moyen pour rééduquer une fonction mais comme un objectif permettant le fonctionnement de la personne au quotidien, dans son environnement.

Afin d'orienter et structurer la prise en soins, le modèle propose un instrument d'évaluation : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Elle permet à la personne et à l'ergothérapeute d'identifier les problèmes prioritaires ou les objectifs de rendement occupationnel, dans divers domaines. Quelles sont les activités que la personne a besoin de faire, aimerait pouvoir faire ou refaire ? Quelle importance accorde-t-elle à chaque problème ? Est-elle capable de faire certaines activités ? Est-elle satisfaite de la façon dont elle les réalise ? Ainsi, l'ergothérapeute qui travaille avec une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral et qui souffre d'une négligence unilatérale, doit se concentrer sur les occupations que la personne souhaite ou doit réaliser, sur le contexte familial ou environnemental pouvant influencer sur sa participation occupationnelle et sur les aspects découlant de l'AVC (diminution des capacités sensori-motrices, par exemple) afin de garantir le « *fonctionnement le plus optimal possible de la personne* »(39).

Dans un contexte d'intervention en rééducation, après un accident vasculaire cérébral, ce modèle me semble particulièrement approprié. Inspiré des valeurs et croyances de l'ergothérapie (40)(annexe V), ce modèle place la personne au centre de notre pratique. D'une part, il permet à l'ergothérapeute d'identifier la personne comme un partenaire actif du processus en ergothérapie, capable de participer aux prises de décision. D'autre part, il favorise l'engagement de la personne dans son processus de rééducation et suscite sa motivation, éléments indispensables à la mise en place de la thérapie miroir. Enfin, il permet de poser un regard positif sur la personne, de croire en son potentiel de développement et de renforcer son autonomie décisionnelle, qui peut être menacée dans un contexte de vulnérabilité lié à la maladie.

2.2 Autonomie et indépendance

Dans le langage courant, les mots autonomie et indépendance sont souvent confondus ou utilisés comme des synonymes. Pour les ergothérapeutes, il s'agit de deux concepts bien différents, qui renvoient à des finalités professionnelles propres. Nous allons dans cette partie tenter de mieux comprendre ce qui caractérise chacun d'eux.

2.2.1 L'autonomie

Du grec « autos » qui signifie soi-même et de « nomos » la loi, la règle, le sens étymologique du mot autonomie désigne la faculté d'agir par soi-même, de se gouverner selon sa propre loi, selon ses propres règles. Elle se caractérise par la capacité à prendre ses propres décisions sans se laisser influencer ou dominer par autrui. Dans son sens usuel, l'autonomie est synonyme de liberté. Le contraire d'autonomie est l'hétéronomie, lorsque l'individu subit la règle du milieu environnant.

Selon Durand, chercheur (2016), qui se réfère au sens étymologique du terme, « *est autonome le sujet législateur de son action, c'est-à-dire l'individu qui établit lui-même les lois de son "agir". On peut dire encore qu'il est l'auteur de son "agir" – et non simplement acteur : il décide lui-même des fins de son existence et pour une part des moyens qui lui permettront, espère-t-il, de les atteindre.* »(41). Cela signifie, qu'une personne peut contrôler sa vie même si elle est dépendante d'autrui, dans « *la mesure où elle demeure l'auteur de ses actions* ». Une personne hémiplégique très dépendante de l'aide d'une tierce personne pour réaliser ses soins d'hygiène est autonome si elle est en capacité de choisir la personne qui va l'assister, du moment et de la façon de procéder. L'auteur cité précédemment, reconnaît trois niveaux hiérarchisés de l'autonomie ou « trois A » (Fig. E), avec à la base de la pyramide les aptitudes intellectuelles, puis l'absence de contraintes et enfin l'auteur.

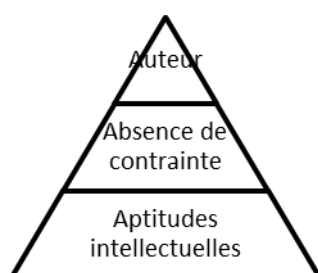


Fig.E : Les trois A ou trois niveaux hiérarchisés de l'autonomie.

Les aptitudes intellectuelles constituent le fondement de l'autonomie, grâce à ces capacités l'individu peut agir, résoudre des problèmes, faire des choix, prendre des décisions. L'absence de contrainte est un idéal et il semble difficile de déterminer quelles contraintes s'exercent sur l'individu. A ce niveau, l'individu a conscience de son environnement, des règles et des limites qui s'imposent ou non à lui et fait avec. Enfin, il est l'auteur de son existence ; il s'agit du degré le plus haut de l'autonomie, qui associe la réflexion, la décision et l'action. A ce stade, l'individu est « *capable de donner une unité et une cohérence à ses décisions et à ses conduites selon une bonne conception de la vie* »(41).

L'autonomie présuppose donc, la motivation, la capacité de jugement et de raisonnement. La personne doit être capable d'analyser sa situation afin de prévoir, de déléguer certaines activités ou de refuser l'aide de tiers en fonction de son jugement. Après un accident vasculaire cérébral, les habiletés cognitives des personnes peuvent être réduites et menacer l'exercice de l'autonomie. L'héminégligence peut avoir un impact sur la capacité d'analyse de la situation de la personne et sur sa connaissance de l'environnement. Les troubles cognitifs peuvent limiter ou empêcher la personne d'agir d'elle-même (capacité d'initiative), d'agir de façon réfléchie (contrôle de l'action), d'agir de façon adaptée (capacité de jugement) et enfin de communiquer de façon efficace (capacité d'expression et de compréhension)(42). Il appartient alors à l'ergothérapeute de favoriser l'autonomie de la personne, par une rééducation des fonctions supérieures dans un cadre relationnel adapté. Il est écrit dans notre référentiel d'activité : « *l'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence* ». L'autonomie s'inscrit au cœur de la finalité des interventions en ergothérapie et apparaît la plupart du temps comme objectif principal dans le projet de vie des personnes.

Sylvie Meyer, ergothérapeute (2013), rappelle le principe d'action de notre métier en soulignant le fait que « *l'autonomie est un processus dynamique qui dépend certes de la personne, mais aussi des évènements* »(43). C'est en agissant sur l'interaction personne-activité-environnement, que l'ergothérapeute en partenariat avec la personne favorise le développement de l'autonomie.

Un autre élément semble important afin d'appréhender au mieux le concept d'autonomie, celui du lien à autrui, de l'interdépendance. Si l'ensemble des définitions de l'autonomie considèrent comme déterminante la conscience de soi (appréhender sa propre existence) dans l'acquisition de l'autonomie, Winance, sociologue (2007), regrette que la plupart ignorent l'importance des relations dans la construction du sujet autonome et explique que *« l'autonomie n'est pas significative d'absence de liens, bien au contraire. Une personne autonome n'est pas une personne qui décide et agit seule, mais dont le pouvoir décisionnel et les capacités d'action sont soutenus par de multiples relations (sociales, techniques, institutionnelles, symboliques... »*(44).

Afin de s'accorder sur le sens à attribuer au concept d'autonomie, je souhaite retenir pour la suite de mon travail et ma pratique professionnelle future, la définition du groupe de terminologie de l'European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). Il pense *« l'autonomie comme une affaire de choix et non de performance »*, il l'a définie comme *« la liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci »*(43).

Après avoir tenté de définir le concept d'autonomie, nous allons nous intéresser à son pendant, l'indépendance.

2.2.2 L'indépendance et la dépendance

L'indépendance est la capacité à réaliser seul les activités de la vie quotidienne. C'est pouvoir se laver, s'habiller, manger, se déplacer sans l'aide d'un tiers. A l'opposé, la dépendance est repérée par Le Gall, ergothérapeute, comme *« l'aide qualitative et quantitative apportée par un tiers, à une personne, pour la réalisation de ses activités. Cette aide peut être incitative, partiellement ou totalement substitutive »*(45). Cela suppose donc, que l'utilisation d'une aide technique, d'un ou plusieurs objets extérieurs par une personne, ne remet pas en question son indépendance.

D'après N. Sève-Ferieu, ergothérapeute, *« l'indépendance est relative aux capacités fonctionnelles, neuropsychologiques voire psychiques de la personne. Elle permet de réaliser seul les activités de la vie quotidienne en adéquation avec l'âge, le sexe et les connaissances. En revanche, elle est inconcevable dans son aspect social puisque nous sommes dépendants de notre environnement pris au sens large du terme qui devient interdépendance dans la relation à l'autre »*(46). Cette définition me semble intéressante

car elle tient compte de l'interaction personne-activité-environnement. D'autre part, elle montre qu'il n'existe pas d'état d'indépendance absolue puisque l'individu se construit et agit en relation avec et pour autrui.

La perte d'autonomie et la dépendance peuvent survenir après un accident vasculaire cérébral et avoir un impact conséquent sur la réalisation des activités de la vie quotidienne. Grâce à des outils (par exemple : la Mesure de l'Incapacité fonctionnelle), l'ergothérapeute évalue le niveau d'indépendance de la personne. En revanche, la notion d'autonomie, beaucoup plus complexe à appréhender, ne bénéficie pas de véritable outil de mesure. Dans ce cas, l'ergothérapeute évaluera la capacité de l'individu à gérer, agir et s'adapter à son environnement, à interagir de façon adaptée avec autrui, à conserver ou retrouver son pouvoir décisionnel.

Les causes de la perte d'autonomie et de la dépendance relèvent de multiples facteurs sociaux, psychiques et médicaux tels qu'un déficit moteur ... des troubles du schéma corporel.

2.3 **Schéma corporel**

Le concept de schéma corporel a été abordé et défini dans différents domaines, comme la neurologie, la psychologie et la psychanalyse. J'ai choisi d'aborder ce sujet, d'après les travaux de N. Sève Ferieu, ergothérapeute, répertoriés dans son ouvrage « Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle » (2014)(22).

N. Sève Ferieu cite Schilder (1968), pour définir le schéma corporel comme « *la connaissance tridimensionnelle que chacun a de lui-même* ». La construction du schéma corporel permet à l'individu d'avoir conscience de son corps, d'en reconnaître les différentes parties et de l'identifier comme un tout. Il joue un rôle essentiel dans l'émission de nos comportements et dans notre relation à l'environnement. Ce processus débute dès le plus jeune âge et se construit progressivement durant la croissance de l'enfant.

N. Sève Ferieu, en s'appuyant sur les travaux de plusieurs auteurs, décrit « *deux processus interactifs* » à la base de l'élaboration du schéma corporel. Le premier, « *avoir un corps* » est basé sur le développement psychomoteur et le second « *être un corps* » se construit à partir des expériences affectives.

Le premier processus « *avoir un corps* » ou connaissance de soi, est basé sur le développement psychomoteur. Sa construction dépend de l'acquisition des différents stades du développement décrits, entre autres, par Piaget. L'enfant en interagissant sur et dans l'environnement, élabore des apprentissages et vit des expériences (motrices, sensorielles, kinesthésiques) à l'origine de la maturation de son tonus musculaire, de ses capacités motrices, sensorielles, langagières... Dans le même temps, cette représentation du corps s'inscrit dans des zones spécifiques du cerveau, il s'agit de la somatotopie.

De façon concomitante, le deuxième processus « *être un corps* » ou conscience de soi, se façonne. Il permet selon Schilder (1968) « *le sentiment de la présence du corps* ». Il se développe à partir des expériences relationnelles et affectives, et concourt à la construction de la personnalité. Quelques étapes clés du développement, telles que l'angoisse du 8^{ème} mois, l'expérience du miroir vers 1 an, le dessin du bonhomme vers 3 ans et l'utilisation du « je », traduisent chez l'enfant cette prise de conscience progressive de son individualité.

Ces deux processus l'un perceptif et moteur, l'autre affectif sont indissociables dans l'élaboration de la connaissance de soi et de la conscience de soi. Si les deux processus sont intimement liés, il est important de savoir les identifier, car l'expression des troubles de l'un ou de l'autre implique une prise en charge différente. Parfois, les deux processus sont altérés.

L'intégration du schéma corporel dans l'enfance « *permet au corps de devenir un traitement cognitif de base de la conduite de l'adulte* ». En effet, de cette structuration va dépendre « *un ensemble de comportements face à l'environnement, qu'il s'agisse de l'organisation de et dans l'espace, de l'activité gestuelle ou de la relation à l'autre* ». L'auteur fait ainsi référence à trois domaines qui découlent de l'intégration du schéma corporel : l'action, l'espace et l'image de soi.

Le corps est l'« *outil de l'agir* ». La connaissance que l'individu a de son corps, va lui permettre d'agir sur son environnement. Plus cette connaissance est développée et de qualité, plus les capacités d'action seront adaptées et efficaces. Ici, l'auteur rappelle l'importance de l'expérience et de l'imitation.

Le corps est le « *repère de l'espace et du temps* ». L'individu acquiert progressivement les notions spatiales, distingue la droite et la gauche sur lui puis sur autrui, et intègre son référentiel égo-centré (ou ligne médiane du corps), ce qui va lui permettre

d'appréhender l'espace personnel (corporel), péri personnel (de préhension) et lointain (extra corporel). Le corps devient le centre de référence. Il permet à l'individu de repérer des objets dans l'espace et de les orienter par rapport à son corps.

Enfin, le corps est le « *vecteur de la relation* » ou « *objet relationnel* ». On reconnaît ici, l'importance du langage non verbal dans la communication avec autrui. Versant à ne pas négliger selon N Sève Ferieu, d'autant que « *la personne cérébro-lésée droite présente des difficultés à exprimer ses émotions et à percevoir celle des autres* »(15). En outre, le vécu de la maladie, de ses incapacités peuvent modifier considérablement le rapport à son propre corps, entacher l'estime de soi, la confiance en soi et ainsi transformer la relation à autrui.

Comme nous l'avons vu dans la problématique pratique de ce mémoire, les troubles du schéma corporel sont fréquents après un accident vasculaire cérébral. Les lésions cérébrales à l'origine de l'héminégligence modifient le référentiel égocentré (ou ligne médiane du corps), qui ne permet plus à l'individu de « séparer » son corps en deux parts équitables. On observe fréquemment une déviation de celui-ci vers le côté sain, ce qui accentue la négligence du côté lésé. La personne peut ne plus percevoir son hémicorps, s'en servir ou en nommer les différentes parties. Les conséquences sont nombreuses et impactent directement les actes, l'organisation dans l'espace et dans le temps, et le rapport à autrui.

3 Méthodologie de recherche

Plusieurs auteurs ont mis en évidence l'intérêt de la thérapie miroir dans le traitement des douleurs après amputations, du syndrome douloureux régional complexe et dans la récupération motrice après un AVC. Quelques études ont interrogé l'efficacité de la thérapie miroir dans la rééducation de l'héminégligence et ont montré des résultats encourageants. Aucune étude n'a pu démontrer un effet de cette thérapie sur le schéma corporel et une amélioration de la réalisation des activités de la vie quotidienne.

3.1 Objectifs de l'étude

L'objectif de mon étude est d'identifier les effets de la TM sur le schéma corporel et l'autonomie et l'indépendance des patients ayant une négligence unilatérale.

3.2 Matériel et méthode

3.2.1 Choix de la méthode

Il existe différentes méthodes pour réaliser un travail d'initiation à la recherche. L'objet de ma recherche étant basée sur la pratique, j'ai choisi d'utiliser une méthode appliquée, m'éloignant ainsi de la méthode fondamentale.

La recherche appliquée comprend la méthode expérimentale, différentielle et clinique. La méthode expérimentale, est une approche quantitative, qui à partir d'une hypothèse, cherche à produire des connaissances, à expliquer des faits et à établir des lois générales. La méthode différentielle est aussi quantitative, elle étudie les différences entre des individus ou des groupes. La méthode clinique est qualitative, centrée sur la personne et son discours. Elle permet d'accéder à des connaissances, produites sur la base des expériences des individus interrogés.

La méthode expérimentale aurait été intéressante à mettre en œuvre pour répondre à ma question de recherche mais elle est difficile, demande du temps et d'importants moyens, tels que la création d'un protocole, la constitution d'échantillons de patients, l'un bénéficiant de la thérapie miroir en plus d'une rééducation conventionnelle et l'autre ne bénéficiant pas de la TM. En outre, peu d'ergothérapeutes utilisent la TM comme moyen de rééducation de la négligence unilatérale, ce qui complexifie la mise en œuvre de cette

méthode. Enfin, la méthode différentielle exige également d'avoir un échantillon important de patients pour apporter des résultats fiables, ce qui est difficilement réalisable étant donné le peu d'ergothérapeutes qui utilisent la TM comme moyen de rééducation de la négligence.

Aussi, la méthode qui m'a semblé la plus pertinente pour traiter mon sujet, compte tenu du temps et des moyens dont je disposais était la méthode clinique, qui utilise l'entretien comme méthode de recueil de données. En effet, j'ai cherché à collecter des données qualitatives basées sur le vécu et l'expérience des professionnels, afin d'élaborer une hypothèse de réponse à la problématique posée.

3.2.2 Construction de l'outil de l'enquête

Pour mener à bien mon enquête et répondre à la méthodologie de l'initiation à la recherche clinique, j'ai conçu une grille d'entretien. Les questions de la grille d'entretien reposent sur une matrice théorisée (Annexe VI) que j'ai construite à partir des théories et concepts développés dans ma problématique théorique. J'ai défini pour chaque concept/théorie, des indices et indicateurs qui m'ont permis d'analyser mes résultats.

J'ai opté pour l'entretien semi-structuré, car il laisse une liberté de parole aux personnes interrogées et permet d'aborder, grâce à des questions prédéterminées, les thèmes pertinents au sujet de l'étude. Le guide d'entretien (Annexe VII) est constitué de questions générales, qui ont pour but de présenter la personne interrogée et de cinq questions, en lien avec ma thématique de recherche. Au cours de l'entretien, des questions de relance, définies à l'avance m'ont permis d'approfondir les éléments énoncés par la personne interrogée ou d'aborder les sujets non évoqués spontanément. L'entretien semi-structuré m'a permis de récolter les informations, sur un temps raisonnable, n'excédant pas trente minutes.

3.2.3 Choix de la population

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai ciblé la population à interroger, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

3.2.3.1 Critères d'inclusion

Les ergothérapeutes diplômés d'Etat, exerçant en rééducation, auprès d'un public adulte et qui utilisent ou ont utilisé la TM (même une fois) auprès de personnes héminégligentes.

3.2.3.2 Critères d'exclusion

Les ergothérapeutes n'exerçant pas en rééducation, n'ayant jamais utilisés la TM auprès de personnes héminégligentes ou l'utilisant auprès d'enfants.

3.2.4 Réalisation des entretiens

J'ai contacté par courrier électronique les ergothérapeutes des différents services de rééducation de la région Auvergne en présentant mon projet (sans présenter ma question de recherche) et les modalités de passation de l'entretien (durée, enregistrement, anonymat). Lorsque la personne correspondait aux critères d'inclusion de mon étude, je la contactais par téléphone, pour convenir d'un rendez-vous. Je n'ai obtenu qu'un seul entretien sur la région. J'ai ensuite élargi mes recherches à d'autres régions et sur des groupes d'ergothérapeutes sur internet, ce qui m'a permis de réaliser les deux autres entretiens. Compte tenu de l'éloignement géographique, les entretiens se sont tous déroulés par téléphone. Ils ont été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées et ensuite retranscrits en verbatim (Annexe VII). L'anonymat des personnes a été préservé.

En ce qui concerne le déroulement des entretiens, au début, je me présentais ainsi que le sujet qui allait être abordé : l'utilisation de la thérapie miroir auprès des personnes héminégligentes. J'ai expliqué le déroulement de l'entretien, puis de nouveau les modalités de passation et recueilli le consentement avant l'échange. Les questions générales ont été posées puis celle en lien avec la thématique. Pour clore l'entretien, je demandais à la personne si elle avait des éléments à rajouter ou des questions à poser et je la remerciais de sa disponibilité.

3.3 Résultats et analyse des entretiens

Afin d'analyser les entretiens réalisés, j'ai tout d'abord effectué une analyse longitudinale, en faisant ressortir dans des tableaux (Annexe VIII) les mots-clés présents dans le discours des personnes interrogées, pour chaque question, et j'en ai réalisé une

synthèse. Puis, j'ai ensuite rédigé une analyse transversale, en confrontant le discours de chacun, question par question.

3.3.1 Présentation des personnes interrogées

L'ergothérapeute A, est diplômée depuis 2012. Elle travaille depuis trois ans dans un centre de rééducation polyvalent qui accueille, en hospitalisation complète, essentiellement des personnes atteintes de pathologies neurologiques, traumatiques et orthopédiques. Elle prend « fréquemment » en charge des patients héminégligents à la suite d'un AVC, dont la durée de séjour est très variable. Elle a reçu une formation sur la thérapie miroir et l'a expérimentée auprès d'un patient héminégligent.

L'ergothérapeute B, est diplômée depuis 2013. Elle travaille depuis six mois dans un service de rééducation en hospitalisation de jour, qui accueille des personnes principalement atteintes de pathologies neurologiques, traumatiques et orthopédiques. Elle prend en charge « régulièrement » des patients atteints d'une héminégligence après un AVC. Elle n'a pas reçu de formation spécifique sur l'utilisation de la thérapie miroir et l'a utilisée auprès d'un patient héminégligent.

L'ergothérapeute C, est diplômé depuis 2015 et exerce depuis, dans un centre de rééducation et de réadaptation polyvalent. Il prend en soins de façon « assez fréquente » des personnes héminégligentes à la suite d'un AVC. Il n'a pas bénéficié de formation sur la thérapie miroir et l'a utilisée à plusieurs reprises auprès de patients héminégligents.

3.3.2 Analyse longitudinale des résultats

Pour réaliser cette analyse, j'ai présenté sous forme de tableaux les mots-clés énoncés par les professionnels à chaque question (Annexe IX), puis j'ai réalisé ci-dessous, une synthèse de leurs réponses.

3.3.2.1 Réponses de l'ergothérapeute A

Question 1 : Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?

Les moyens de rééducation utilisés par l'ergothérapeute A, dans la prise en charge des patients héminégligents sont de plusieurs types :

- Aménager l'environnement direct du patient, en chambre, lors des « activités sur table » et lors des repas (sur le plateau) avec la mise en place de « repères visuels » qui facilitent l'orientation du regard vers la gauche et stimulent le côté négligé.
- « Faire acquérir au patient des stratégies » pour l'aider à prendre en compte son côté négligé dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute cite comme exemple, l'utilisation de la vidéo, lors d'un atelier cuisine afin de « travailler l'organisation dans l'espace, apprécier les distances surtout à gauche, prendre conscience du trouble ».
- Des conseils donnés à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en soins de la personne, sur l'importance de stimuler le côté négligé.
- Des conseils dirigés vers la famille pour favoriser leur implication dans la rééducation des troubles de comportement de leur proche.
- L'ergothérapeute insiste sur le « travail des déplacements au niveau corporel et spatial » pour « éviter les mises en danger » et faire « acquérir au patient une autonomie ».
- Elle réalise des bilans pour mettre en évidence la négligence et n'utilise « pas de techniques particulières » sinon la thérapie miroir (mais son l'objectif est plus centré sur la récupération de la motricité volontaire).

Question 2 : Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?

L'ergothérapeute estime que la thérapie miroir est un complément à la rééducation conventionnelle. La thérapie miroir est utilisée « autant pour le côté moteur que pour l'héminégligence ». De son point de vue, quelques éléments doivent être pris en compte avant la mise en œuvre de la thérapie miroir :

- La fatigabilité consécutive à l'AVC, qui peut empêcher ou retarder la mise en œuvre de la TM. L'ergothérapeute se fie à la capacité du patient à « supporter plusieurs séances de rééducation par jour » (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie) avant de proposer la thérapie.
- Le délai post-AVC : l'ergothérapeute pense que pour être efficace, la TM doit être proposée en début de rééducation, c'est-à-dire dans les trois mois qui suivent la survenue de l'accident vasculaire cérébral.

- La personne doit avoir des capacités cognitives suffisantes, pour comprendre la thérapie miroir. L'ergothérapeute considère qu'il s'agit d'un « critère d'inclusion important », et insiste en disant « quand il y a trop de troubles cognitifs on ne peut pas mettre la thérapie miroir en place ».

Selon l'ergothérapeute, il est « très important » de donner des explications concernant le déroulement de la thérapie, les effets recherchés et les mécanismes d'action pour favoriser l'adhésion du patient. En plus de ses explications, l'ergothérapeute remet un document écrit récapitulatif au patient.

Pour utiliser la TM, l'ergothérapeute s'appuie sur une formation qu'elle a reçue, et utilise un protocole, développé par quatre médecins de médecine physique et de réadaptation. Le protocole se déroule sur six semaines (deux semaines de mobilisation passives, deux semaines de mobilisation en actif aidé et deux semaines d'actif si possible). Le protocole comporte des mouvements analytiques et fonctionnels avec l'utilisation d'objets. L'ergothérapeute dispense des séances de 30 minutes, 5 jours/semaine.

Question 3 : Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?

Du point de vue de l'ergothérapeute interrogée, il est impossible d'apprécier les réels effets de la thérapie miroir, car elle est utilisée en complément des autres thérapies. Elle souligne que les résultats observés ne peuvent être uniquement attribués à la TM, elle décrit cependant :

- Une « amélioration surtout au niveau moteur », le patient utilise son membre supérieur gauche comme « bras d'appoint ».
- Une plus grande « autonomie » dans la réalisation des activités du quotidien : la personne est désormais « capable de préparer son petit-déjeuner », de réaliser « ses soins d'hygiène et l'habillage quasiment de manière autonome », de « se déplacer seul en sécurité » à l'intérieur et il « tient plus compte de la négligence dans les gestes de la vie quotidienne ».
- Une meilleure intégration du membre lésé lors de la réalisation des activités du quotidien, avec une plus grande « attention portée au membre lésé » et la « prise de conscience du membre ».

- L'acquisition de stratégies pour ne pas se mettre en danger notamment dans les déplacements.
- Une meilleure participation sociale car il « pouvait jouer avec ses enfants ».

En revanche, « la négligence était encore trop présente » pour autoriser les déplacements seul en ville, et pour envisager la reprise de la conduite automobile.

Question 4 : Selon vous, quels sont les points forts et les limites de cette thérapie pour ces patients ?

A cette question, l'ergothérapeute cite un seul point fort et quelques limites. Selon elle, la thérapie miroir est bénéfique pour les patients héminégligents car cela favorise la plasticité cérébrale. L'ergothérapeute explique que la TM « stimule la zone du cerveau qui a été lésée ».

Elle évoque quelques limites à l'utilisation de la TM avec les patients héminégligents :

- Les difficultés attentionnelles fréquentes, qui rendent difficile le « maintien de l'attention dirigée vers la gauche » tout au long de la séance. D'après son expérience, la présence continue du thérapeute est indispensable car les patients ont besoin « d'être sans cesse recentrés sur la tâche » à réaliser.
- Et la fatigabilité des patients, car cette thérapie « demande énormément d'énergie ». L'ergothérapeute évoque la « nécessité de faire des pauses ».

Elle précise également qu'un « environnement calme », « dépourvu de tout stimulus » est un critère essentiel à respecter pour favoriser la concentration du patient durant la thérapie miroir.

Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes avec une négligence unilatérale ?

Selon l'ergothérapeute interrogée, ce qui pourrait inciter les ergothérapeutes à utiliser cette thérapie dans la rééducation de la négligence est la publication d'articles scientifiques et l'existence d'un protocole spécifique à la négligence.

3.3.2.2 Réponses de l'ergothérapeute B

Question 1 : Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?

Les moyens de rééducation que l'ergothérapeute B utilise, dans la prise en charge des patients héminégligents sont :

- L'attitude du thérapeute qui consiste à se positionner à gauche du patient lors des différentes activités proposées, afin de stimuler le côté négligé. Par exemple, lors des activités de préhension, elle dispose à gauche les éléments que le patient doit prendre.
- Le positionnement du patient lors des activités ; il doit se « positionner bien droit face à la table » pour éviter que son hémicorps gauche soit en retrait. L'ergothérapeute souhaite éviter un positionnement « en crabe » du patient.
- Elle utilise des bilans pour mettre en évidence la négligence et notamment le test des cloches.
- Enfin, elle a utilisé une fois la thérapie miroir, auprès d'un patient présentant une héminégligence.

Question 2 : Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?

L'ergothérapeute B, utilise une thérapie miroir particulière puisqu'elle est informatisée. Il s'agit d'un prototype. Le patient observe son membre sain dans un écran et non dans un miroir. Des enregistrements vidéo sont préalablement réalisés avec la main saine puis le patient « refait les mouvements avec ce qu'il voit ».

L'ergothérapeute ne suit « pas de protocole particulier ». Elle utilise les mouvements analytiques car les mouvements fonctionnels avec objets ne sont pas encore réalisables par le patient. Elle dispense des séances d'un quart d'heure, deux fois /semaine. Selon l'ergothérapeute, les séances doivent être courtes car la thérapie miroir « entraîne de la fatigue ».

L'ergothérapeute mentionne également que les enregistrements vidéo sont utilisés sur une tablette, en auto-rééducation à domicile.

Question 3 : Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?

A cette question, l'ergothérapeute répond qu'elle n'a pas « assez de recul » pour répondre, car l'utilisation de la thérapie informatisée est très récente. Néanmoins, elle a observé chez le patient avec qui elle a utilisé la TM, une persistance des difficultés lors des déplacements, le « patient dévie sur la gauche lorsqu'il marche ». Elle parle également d'une attitude en retrait de l'hémicorps gauche, en position assise.

Elle précise que l'utilisation de la thérapie miroir a facilité l'adhésion du patient, qui « préfère la TM informatisée à la TM classique car l'illusion est meilleure ».

Question 4 : Selon vous, quels sont les points forts et les limites de cette thérapie pour ces patients ?

Selon l'ergothérapeute, la thérapie miroir est intéressante dans la rééducation de la négligence car elle stimule le côté lésé, en incitant le patient à « porter son attention vers la gauche », et en « l'obligeant à se concentrer sur la gauche ». Elle insiste sur le fait que l'implication du patient dans la thérapie est essentielle et que sa mise en œuvre « nécessite vraiment l'adhésion » de ce dernier.

Dans son discours, le principal point faible qui ressort est le caractère « chronophage » de la thérapie miroir. Elle la décrit comme une « thérapie lourde à mettre en place », qui doit être pratiquée à toutes les séances et parfois au détriment d'autres activités de rééducation. Elle estime que proposer la TM en hospitalisation complète est plus facile car les séances sont plus fréquentes qu'en hôpital de jour.

Enfin, elle évoque également le fait que les « troubles cognitifs importants », peuvent être un frein.

Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes avec une négligence unilatérale ?

Selon les dires de l'ergothérapeute, le manque de publication est un frein à l'utilisation de la thérapie miroir auprès des patients héminégligents.

3.3.2.3 Réponses de l'ergothérapeute C

Question 1 : Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?

L'ergothérapeute C, utilise divers moyens de rééducation de la négligence :

- En priorité, il cherche à stimuler le côté négligé, « le plus souvent à gauche » en se positionnant du côté négligé, et en « incitant les personnes à regarder du côté négligé ». Il utilise divers exercices et donne comme exemple, un « puzzle à remplir en mettant toutes les pièces à gauche », « la recherche d'un point précis », et « l'utilisation et la description d'images ».
- Des conseils sont délivrés aux soignants sur l'aménagement de la chambre, par exemple, « le positionnement des objets à gauche sur le lavabo », et sur la disposition des éléments sur le plateau repas. La « communication avec les équipes » est également un élément qui ressort du discours de l'ergothérapeute.
- La « sensibilisation des familles » aux troubles du comportement de leur proche et la réponse à leurs interrogations sont primordiaux. L'ergothérapeute constate que les familles « ne comprennent pas forcément le lien entre l'AVC et l'héminégligence ».
- L'utilisation ponctuelle de mises en situations à visée évaluative est nécessaire.
- Enfin, l'ergothérapeute utilise la TM.

Question 2 : Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?

L'ergothérapeute déclare que sa pratique concernant l'utilisation de la TM est « expérimentale ». Il utilise la TM dans une perspective de « rééducation globale de l'AVC », en ciblant à la fois la rééducation de l'héminégligence et l'hémiplégie ou hémiparésie associée.

L'ergothérapeute adapte sa pratique en fonction de l'état de fatigue, des capacités attentionnelles, de concentration, et cognitives du patient. Il commence toujours par donner des explications au patient, concernant le déroulement de la thérapie, les mécanismes d'action en jeu et son intérêt dans la rééducation. Lors de la première séance, il est attentif aux réactions du patient.

De son point de vue, quelques principes sont à respecter tels que « ne jamais quitter le miroir des yeux » et « imaginer que c'est le côté atteint qui bouge ».

L'ergothérapeute n'utilise pas de protocole. Néanmoins, il propose la thérapie pendant ½ heure, trois fois par semaine et durant trois semaines environ. Il débute par des « exercices de mobilisation passive » et poursuit par des « déplacements d'objets ».

Il déclare éprouver certaines difficultés à utiliser la TM avec les patients « distractibles », dont les capacités attentionnelles et de concentration sont limitées. Il n'a pas la possibilité d'isoler le patient dans une pièce au calme, pour les séances de TM, « par manque de place et de moyens ».

Selon l'ergothérapeute, il est important de rester à côté du patient durant la thérapie pour l'inciter à regarder dans le miroir, le guider, et le conseiller.

Question 3 : Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?

A cette question, l'ergothérapeute répond qu'il n'y a « pas de résultats sûrs ». Selon lui, il est impossible de dire ce qui relève de la TM et de la rééducation conventionnelle, par conséquent, il insiste sur le fait que les résultats/ effets sont à nuancer. Il décrit cependant :

- « Des améliorations au niveau moteur » sur des mouvements analytiques.
- « Un impact sur le schéma corporel » avec notamment la « réintégration du membre dans le schéma corporel ». Il ajoute que la TM peut aider le patient à « redécouvrir que le côté atteint fait partie de son corps ».

Selon les dires de l'ergothérapeute, les patients verbalisent cette prise de conscience « c'est mon bras et faut que j'en prenne soin ». L'ergothérapeute a observé chez les patients « une plus grande attention portée au membre atteint ». Il cite en exemple « le fait de ne pas laisser tomber le bras du fauteuil ».

- Une amélioration lors des déplacements en fauteuil roulant, « le patient ne se cogne plus »

L'ergothérapeute estime que les acquis de la rééducation se transposent dans les soins d'hygiène et l'habillement.

Question 4 : Selon vous, quels sont les points forts et les limites de cette thérapie pour ces patients ?

De son point de vue, la TM permet essentiellement un travail sur le schéma corporel en favorisant « l'intégration du membre lésé ». L'ergothérapeute évoque également un impact de la TM sur le plan moteur avec « des améliorations variables », « une récupération au niveau des doigts ». En revanche, lors de l'entretien, il m'interpelle sur le fait qu'il s'agit d'appréciations subjectives et non de résultats prouvés.

D'après l'ergothérapeute, les limites de la TM sont « très dépendantes du patient ». On retrouve dans son discours la présence de « troubles cognitifs importants » qui nuisent à la compréhension des consignes et au maintien de l'attention /concentration durant les séances et « l'absence de protocole ». En outre, il fait également référence aux effets négatifs que peut provoquer l'utilisation de la TM : « des appréhensions », « le miroir peut être confrontant pour les patients, certains n'aiment pas voir le côté atteint dans le miroir ». Enfin, il rappelle que l'adhésion du patient est primordiale.

Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes avec une négligence unilatérale ?

Selon l'ergothérapeute interrogé, ce qui pourrait inciter les ergothérapeutes à utiliser cette thérapie dans la rééducation de la négligence est le fait d'avoir des formations, des protocoles et des résultats prouvés. En outre, il estime que cette thérapie « gagne à être connue ».

3.3.3 Analyse transversale des résultats

En m'appuyant sur la synthèse des réponses ci-dessus, j'ai confronté et comparé les réponses des ergothérapeutes pour chaque question.

Question 1 : Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?

Les ergothérapeutes interrogés s'accordent à dire qu'il faut stimuler le côté négligé. Les trois professionnels utilisent des stimulations tactiles, visuelles et auditives afin de

favoriser les stratégies d'exploration du côté lésé. Les ergothérapeutes B et C disent se positionner dans le champ négligé lors des séances, pour capter l'attention de la personne.

Les ergothérapeutes A et C considèrent l'aménagement de l'environnement comme faisant partie de la démarche rééducative. Selon eux, l'installation des objets dans la chambre, dans la salle de bain et sur le plateau repas doit permettre à la personne de porter son attention vers ce qu'elle néglige. L'ergothérapeute A, met en place de repères visuels sur des objets ou des lieux pour faciliter l'orientation du regard vers le côté lésé. Les ergothérapeutes favorisent les stratégies d'exploration visuelle et tactile du côté lésé.

Les ergothérapeutes A et C disent avoir une activité de conseils auprès des autres professionnels impliqués dans la prise en soins du patient. Les conseils portent sur l'aménagement de la chambre, la disposition des éléments sur le plateau repas, et l'attitude à adopter pour stimuler le côté négligé. L'ergothérapeute C, aborde dans son discours, la communication avec les équipes. Les ergothérapeutes A et C conseillent, sensibilisent ou informent les familles en demande.

Les mises en situation sont utilisées par les ergothérapeutes A et C de façon non systématiques et avec une visée évaluative. L'ergothérapeute A dit parfois utiliser la vidéo comme moyen pour aider à la prise de conscience des troubles.

L'ergothérapeute A, accorde une importance particulière au travail des déplacements dans le but de favoriser l'autonomie et la sécurité du patient.

Enfin, les trois personnes interrogées utilisent des bilans spécifiques à la négligence et ont au moins une fois pratiqué la TM avec des patients héminégligents.

Question 2 : Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?

Chez les personnes interrogées, la thérapie miroir est proposée en complément des autres méthodes de rééducation de la négligence. Elle est utilisée dans une perspective de rééducation globale de l'AVC, c'est-à-dire pour son double impact sur la fonction motrice et sur l'héminégligence. Pour l'ergothérapeute B, elle est utilisée en priorité pour ses effets sur la récupération de la fonction motrice.

Les ergothérapeutes A et C utilisent un miroir classique tandis que l'ergothérapeute B utilise un « miroir informatisé ».

L'utilisation de la TM (la durée et fréquence des séances, le type d'exercices, la durée du programme) varie selon les ergothérapeutes. L'ergothérapeute A suit un protocole élaboré par des médecins de MPR. Les ergothérapeutes C et B, n'utilisent pas de protocole en particulier mais semblent toujours l'administrer de la même façon. Les trois ergothérapeutes proposent des mouvements de type analytique en début de programme puis progressent si possible, vers des mouvements fonctionnels avec l'utilisation d'objets. La durée des séances varie de ¼ heure à ½ heure, la fréquence entre 2 et 5 jours/semaine et pendant 3 à 6 semaines. D'après les personnes interrogées, la présence de l'ergothérapeute lors des séances s'impose, d'une part pour réaliser les mouvements en passif en début de programme, d'autre part pour maintenir l'attention/le regard du patient sur le miroir.

Pour les trois ergothérapeutes, la fatigabilité et les troubles cognitifs (attention et compréhension) fréquents après un AVC sont des éléments importants à prendre en compte. Ils peuvent selon l'ergothérapeute A, être une contre-indication à l'utilisation de la TM.

Afin d'obtenir l'adhésion du patient, les professionnels donnent des explications sur le déroulement de la thérapie, les mécanismes d'action et les effets recherchés. L'ergothérapeute A, distribue également un document écrit récapitulatif.

Les ergothérapeutes A et C ont proposé la TM en début de rééducation, c'est-à-dire dans les trois mois qui ont suivi la survenue de l'AVC, tandis que l'ergothérapeute B qui travaille en hôpital de jour, l'a proposée plus tardivement.

Question 3: Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?

Du point de vue des trois ergothérapeutes interrogés, il est impossible d'apprécier les réels effets de la thérapie miroir, parce qu'elle est utilisée en complément des autres thérapies. Aussi, les professionnels soulignent que les résultats observés ne peuvent être uniquement attribués à la TM. Cependant, les ergothérapeutes A et C décrivent :

- Une récupération variable de la fonction motrice du membre supérieur lésé qui s'observe lors de mouvements analytiques ou par l'utilisation du membre supérieur gauche comme « bras d'appoint ».

- Un impact sur le schéma corporel avec une meilleure intégration du membre lésé lors de la réalisation des activités du quotidien par une prise de conscience et une plus grande attention portée au membre lésé.
- Un gain d'autonomie lors des déplacements, la réalisation des soins d'hygiène/l'habillage, mais aussi sur la préparation du petit déjeuner et la participation familiale pour le patient pris en charge par l'ergothérapeute A.

L'ergothérapeute B, estime qu'elle n'a pas assez de recul pour répondre à cette question, car elle utilise la thérapie miroir informatisée depuis peu de temps. Elle observe pour le moment une persistance des troubles du comportement chez le patient qu'elle prend en charge avec la thérapie miroir informatisée.

Enfin, l'ergothérapeute C parle des répercussions psychologiques que peut générer la TM, liées au fait de revoir bouger son membre lésé ou de le voir sain durant la thérapie et lésé ensuite.

Question 4 : Selon vous, quels sont les points forts et les limites de cette thérapie pour ces patients ?

A cette question, les ergothérapeutes évoquent moins les points forts que les limites de la TM. Pour les trois ergothérapeutes interviewés la thérapie miroir est bénéfique car elle favorise la plasticité cérébrale en stimulant la zone du cerveau qui a été lésée. De plus, elle incite le patient à porter son attention vers le côté négligé. L'ergothérapeute C, évoque également l'impact sur le schéma corporel et la motricité volontaire.

Pour les trois ergothérapeutes, les freins à cette thérapie sont les troubles cognitifs importants, qui peuvent nuire à la compréhension de la TM et des consignes ; et la fatigabilité, qui rend difficile le maintien de l'attention/concentration durant les séances.

Aussi, selon les ergothérapeutes, les patients doivent bénéficier d'un environnement calme, lors des séances de thérapie miroir. L'ergothérapeute C présente ainsi comme un frein le fait de ne pas avoir de pièce pour isoler le patient lors des séances de TM.

Pour l'ergothérapeute B, qui travaille en hôpital de jour, le principal point faible est le caractère « chronophage » de la TM car pour être efficace, elle doit être pratiquée à toutes les séances. De plus, en hôpital de jour, les patients viennent moins fréquemment qu'en hospitalisation complète ce qui ne permet pas de la pratiquer quotidiennement.

Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes avec une négligence unilatérale ?

Les professionnels répondent de façon unanime que le fait d'avoir des formations, des protocoles et des résultats prouvés scientifiquement permettrait le développement de cette pratique en ergothérapie.

3.4 Discussion

Le but de cette étude était d'évaluer les effets de la thérapie miroir sur le schéma corporel, l'autonomie et l'indépendance des patients qui manifestent une hémiparésie.

Avant d'apporter la réponse à ce questionnaire, je souhaite confronter les réponses des professionnels avec les éléments développés dans ma problématique pratique. Puis dans un second temps, je rapprocherai les résultats obtenus du cadre théorique que j'ai développé précédemment.

3.4.1 Liens avec la problématique pratique

L'étude a confirmé que les manifestations de l'hémiparésie s'observent le plus fréquemment à gauche et par conséquent résultent de lésions de l'hémisphère droit. Ces résultats concordent avec l'étude scientifique citée dans la première partie de mon travail qui montrait que la fréquence de la négligence gauche après une lésion cérébrale droite est d'environ 40% à 50%, tandis que la négligence droite après une lésion cérébrale de l'hémisphère gauche est de 13% à 21%(3).

Une autre étude citée dans la problématique pratique révélait que l'hémiparésie est un mauvais pronostic fonctionnel. En effet, il transparaît dans le discours des ergothérapeutes, que les conséquences de l'hémiparésie impactent sévèrement la réalisation des activités de la vie quotidienne et parfois mettent en jeu la sécurité des patients.

Pour évaluer la négligence, les ergothérapeutes utilisent des tests spécifiques papier-crayon, la plupart du temps des épreuves de barrage (test des cloches). Des mises en situations, parfois filmées, sont utilisées en complément des tests analytiques. Les moyens mis en place par les ergothérapeutes interrogés consistent à stimuler le côté gauche par des stimulations tactiles, visuelles et auditives, à favoriser les stratégies d'exploration

visuelle et tactile du côté lésé, à aménager l'environnement pour permettre au sujet de porter son attention vers ce qu'il néglige et à conseiller les équipes soignantes et les aidants. La prise en charge pluridisciplinaire précoce de l'héminégligence mise en œuvre par les ergothérapeutes interrogés, répond ainsi aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2002).

Deux des ergothérapeutes interrogés mettent en place la TM dans les trois mois après la survenue de l'AVC, période où la récupération spontanée est observée chez la majorité des patients, et la plasticité cérébrale est accrue. Ces données concordent avec les études présentées dans la problématique pratique, notamment celle réalisée par la Copenhague stroke study (1997) qui a montré que la récupération est spontanée dans 60% des cas à 3 mois et l'étude de Stone et al. (1992) auprès de 69 patients héminégligents qui a montré que la récupération maximale de l'héminégligence était atteinte dans les 3 mois après l'AVC (15).

Comme nous l'avons vu précédemment, il n'existe pas de protocoles définis pour l'utilisation de la TM. Ainsi, sur le terrain comme dans les études scientifiques, les modalités d'utilisation de cette thérapie, peuvent être très différentes. La durée des séances, le rythme hebdomadaire et la durée totale du traitement varient en fonction de l'ergothérapeute et des problématiques (fatigue, trouble attentionnels...) des patients pris en charge. L'étude a révélé que pour mettre en œuvre la TM, les ergothérapeutes s'appuient sur des protocoles, sur des études scientifiques ou adaptent leur pratique au cas par cas.

Conformément aux recommandations de l'HAS (2012), les ergothérapeutes interrogés utilisent la TM, toujours en complément d'une rééducation traditionnelle. Elle est utilisée en priorité pour la rééducation de la fonction motrice du membre supérieur, puis pour son impact sur l'héminégligence. Les ergothérapeutes procèdent de la même façon que les Dr Ramachandran et Altschuler. Ils demandent au patient de regarder son membre sain dans le miroir, et d'avoir simultanément une intention de mouvement du côté lésé. En effet, selon le Dr Ramachandran et Altschuler, la TM n'est efficace que si le retour visuel du mouvement du membre sain dans le miroir correspond aux intentions motrices du patient.

Enfin, l'étude a montré que la thérapie miroir est difficile à mettre en place si les déficits attentionnels et les troubles cognitifs sont trop présents. La fatigabilité des patients

notamment dans la période qui suit l'AVC (0 à 3 mois) est également un élément à prendre en compte lors de l'utilisation de cette thérapie. Enfin, la difficulté de la personne avec une hémiparésie, à orienter son regard vers le côté lésé, n'a en revanche pas été présentée comme un frein à l'utilisation de la TM.

3.4.2 Liens avec la problématique théorique

3.4.2.1 Lien avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Les résultats de l'étude montrent que l'ensemble des ergothérapeutes fondent leur prise en charge sur une approche holistique de la personne. Ils tiennent compte de l'interaction entre l'occupation, la personne et l'environnement.

Les ergothérapeutes interrogés cherchent à promouvoir l'occupation de la personne atteinte d'hémiparésie, car les séquelles d'un accident vasculaire cérébral entraînent une modification importante des habitudes de vie. Dans le MCREO, les occupations sont réparties en soins personnels (s'occuper de soi), productivité (vie sociale et professionnelle) et loisirs (les divertissements). Dans le domaine des soins personnels, les ergothérapeutes interrogés mettent en œuvre différents moyens pour que la personne soit en capacité de se laver, de s'habiller de façon adaptée, de se servir à boire, de manger. Ils rapportent également que le travail des déplacements occupe une place importante dans la rééducation de ces patients. Concernant les occupations liées à la productivité, l'ergothérapeute A, évoque le fait que la rééducation a permis au patient de refaire des activités significatives notamment s'occuper de ses enfants, et retrouver des habiletés de jeu. Elle rapporte également une meilleure participation aux activités domestiques comme le fait de préparer seul son petit déjeuner. Au cours des entretiens, les occupations liées aux loisirs n'ont pas été évoquées.

Les ergothérapeutes interrogés s'appuient sur les expériences et les connaissances de l'individu et tiennent compte de ses dimensions affective, cognitive, physique. Pour les trois ergothérapeutes, prendre en compte la dimension affective du patient est une nécessité. Lors des entretiens, ils rapportent qu'il est indispensable de faire naître l'adhésion du patient car cela conditionne le bon déroulement de la thérapie. Tous les ergothérapeutes interrogés donnent au préalable, des explications claires et accessibles sur l'application de la thérapie, les mécanismes en jeu et les effets recherchés. En outre, ils

sont à l'écoute du patient, de ses ressentis et répondent à ses interrogations. L'ergothérapeute C, accorde de l'importance au vécu de l'héminégligence et de la TM. Il déclare être attentif aux répercussions psychologiques négatives (liées au fait de revoir bouger son membre lésé ou de le voir sain durant la thérapie et lésé ensuite) que peut générer cette thérapie, surtout lors des premières séances.

La prise en compte de la dimension cognitive du patient est un élément important qui ressort des trois entretiens. Pour les ergothérapeutes, les capacités de compréhension, d'attention et la conscience du trouble sont des éléments déterminants pour la mise en œuvre de la TM. Selon les ergothérapeutes, les troubles cognitifs et la fatigabilité fréquents après un AVC rendent difficile le maintien de l'attention/concentration durant les séances.

Les aspects physiques de la personne sont également pris en considération par les ergothérapeutes interrogés. Ils observent l'attitude corporelle du patient lors des déplacements, à la station debout/assise et lors des activités de la vie quotidienne. Ils sont attentifs à la façon dont la personne utilise ou sous-utilise son hémicorps lésé.

Enfin le dernier élément de la triade est l'environnement. Les ergothérapeutes adaptent l'environnement physique direct du patient pour le rendre facilitateur, et lui permettre de porter son attention vers ce qu'il néglige. L'ergothérapeute A, utilise des indices visuels pour faciliter le repérage d'objets usuels ou de lieux (toilette, salle de douche, sur le plateau repas...). Concernant l'environnement social, deux ergothérapeutes déclarent prendre en considération la famille dans la prise en charge rééducative des personnes atteintes d'héminégligence. Leurs actions consistent à répondre aux questionnements des familles, qui parfois ne comprennent pas le lien entre l'AVC et les troubles du comportement manifestés par leur proche. En outre, ils conseillent sur les stratégies à adopter pour stimuler le côté négligé de leur proche (par exemple, se positionner du côté lésé).

3.4.2.2 Lien avec le concept d'autonomie/indépendance

Comme nous l'avons vu précédemment, les ergothérapeutes accordent une importance particulière à la notion d'autonomie et la différencient de l'indépendance. L'autonomie est la base de notre accompagnement en ergothérapie et cela ressort des trois entretiens.

Le concept d'autonomie présenté dans ma problématique théorique se définit selon trois critères : les aptitudes intellectuelles, l'absence de contrainte et le fait d'être auteur de son existence. Les aptitudes intellectuelles constituent le fondement de l'autonomie, elles permettent à l'individu d'agir, de résoudre des problèmes, de faire des choix et de prendre des décisions. C'est sur ces aptitudes que les ergothérapeutes interrogés semblent agir en priorité. En effet, ils sollicitent les capacités d'initiative de la personne, afin qu'elle ait la possibilité de décider par elle-même. L'usage de la TM donne au patient la possibilité d'être acteur de sa propre rééducation.

Les capacités de jugement correspondent à la capacité d'agir de façon adaptée. L'ergothérapeute A, utilise la vidéo lors d'un atelier cuisine pour permettre à la personne d'analyser sa propre situation. Avoir conscience de ses capacités et incapacités permet de prévoir, de déléguer certaines activités ou de refuser l'aide de tiers en fonction de son jugement. Les capacités d'expression et de compréhension sont également des indicateurs du niveau d'autonomie de la personne. Les trois ergothérapeutes interrogés aident le patient à communiquer de façon efficace. Pour cela, ils donnent des explications claires et accessibles sur l'application de la thérapie, les mécanismes en jeu et les effets recherchés. Les ergothérapeutes créent un cadre rassurant, qui permet au patient de verbaliser ses attentes, ses besoins mais aussi ses inquiétudes ou questionnements. Les trois ergothérapeutes donnent la possibilité au patient d'exprimer un refus ou un consentement, concernant la mise en œuvre de la TM.

Puis, être l'auteur de son existence. Pour l'ergothérapeute A, le patient a pu développer son autonomie selon sa propre conception de la qualité de vie, en cohérence avec son projet de vie. Ce qui faisait sens pour lui était le fait de pouvoir rejouer avec ses enfants.

Enfin, dans le discours des ergothérapeutes interrogés, la notion d'indépendance semble parfois confondue avec celle de l'autonomie. Ils utilisent le terme d'autonomie pour évoquer la capacité de l'individu à réaliser seul les activités de la vie quotidienne. C'est-à-dire pouvoir se laver, s'habiller, manger, se déplacer sans l'aide d'un tiers. Par exemple, les ergothérapeutes consacrent du temps à l'apprentissage des déplacements afin que la personne puisse les réaliser seule et en sécurité.

L'intervention de l'ergothérapeute à un impact sur l'autonomie et l'indépendance de la personne. Par exemple, l'acquisition de stratégies d'exploration visuelle, l'adaptation

de l'environnement (disposition des objets dans la chambre, sur le lavabo, sur le plateau repas et la mise en place de repères visuels) contribuent à compenser le handicap. Cela apporte plus grande autonomie et une meilleure indépendance à la personne. Elle peut par exemple réaliser seule sa toilette (indépendance) et décider du moment à laquelle elle souhaite la faire (autonomie).

3.4.2.3 Lien avec le schéma corporel

Le schéma corporel correspond à la connaissance et à la conscience que l'individu a de son propre corps. Il joue un rôle important dans l'émission de nos comportements et dans le rapport à notre environnement. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, les lésions cérébrales surtout au niveau du lobe pariétal droit entraînent des troubles de la somatognosie.

Le schéma corporel s'élabore sur deux processus qui interagissent. Le premier est « avoir un corps » qui correspond à la connaissance de soi, et le second « être un corps » fait référence à la conscience de soi. Les trois ergothérapeutes témoignent des troubles du schéma corporel présentés par les patients.

Ces derniers font référence au « corps outil de l'agir » lorsqu'ils déclarent que le patient sous-utilise ou exclut son membre supérieur : « il oubliait son bras », « laissait tomber son bras du fauteuil ». Ici, les ergothérapeutes proposent des mises en situation répétées notamment lors des soins d'hygiène et de l'habillage, pour inciter la personne à utiliser son membre lésé. Ils sensibilisent et conseillent les équipes qui prennent le relais. D'autre part, la TM semble permettre de travailler l'aspect perceptif et moteur qui permet la construction de la connaissance de soi. Deux ergothérapeutes ont observé au cours de la prise en charge « une meilleure intégration du membre lésé dans les activités du quotidien.

Concernant le corps « repère de l'espace et du temps », l'ergothérapeute B note chez le patient des difficultés à orienter son corps bien droit face à la table et évoque « une attitude en retrait », « un positionnement en crabe ». L'ergothérapeute A, utilise parfois le feed-back vidéo pour aider la personne à « apprécier les distances surtout à gauche ». Les techniques de rééducation utilisées par les ergothérapeutes interrogés permettent au patient d'investir l'espace situé à gauche le plus souvent, d'initier des mouvements vers le côté négligé, de réagir vers un stimulus et de diriger son attention vers la gauche. Les

professionnels n'ont pas abordé les éventuelles difficultés à désigner ou positionner un objet par rapport à soi ou les uns avec les autres.

Enfin, « être un corps » qui correspond à l'aspect affectif du schéma corporel, à la conscience de soi est évoqué par deux ergothérapeutes. Un des patients évoqué le fait de « devoir prendre soin de son bras ». Selon eux, la rééducation a favorisé la prise de conscience du membre lésé.

3.4.2.4 Réponse à la question de recherche

Les résultats de l'étude ont montré que la thérapie miroir, semble jouer un rôle dans la restauration du schéma corporel des patients ayant une négligence unilatérale et semble faciliter leur autonomie et leur indépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

En effet, les ergothérapeutes ont observé chez les patients pris en charge avec la TM, une meilleure intégration du membre lésé lors de la réalisation des activités du quotidien, grâce à une prise de conscience du membre lésé et une plus grande attention portée à celui-ci. En outre, un gain d'autonomie et une meilleure indépendance lors des déplacements et la réalisation des soins d'hygiène/l'habillage a été perçu par la majorité des ergothérapeutes interrogés.

La fatigabilité et les troubles cognitifs fréquents après un AVC, sont des éléments importants à prendre en considération. Ils peuvent s'ils sont trop importants contre-indiquer l'utilisation de la TM. La présence du thérapeute est requise tout au long de la séance de TM, pour recentrer les patients sur le miroir et sur la tâche à réaliser. En outre, les patients doivent bénéficier d'un environnement calme, pour optimiser leur capacité de concentration et d'attention.

Les ergothérapeutes interrogés estiment que ces résultats sont à nuancer. Les effets observés ne résultent probablement pas uniquement de la TM car les patients bénéficient d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

3.4.3 Autocritique et limites de l'étude

Cette partie met en exergue les limites de l'étude. Elle permet d'évaluer la validité des résultats obtenus et de dégager des axes d'amélioration pour la réalisation d'un travail de recherche de qualité. De plus, elle me permet de faire un retour réflexif sur mon travail.

J'ai choisi d'utiliser la méthode clinique basée sur des données qualitatives. Cette méthode me semble justifiée, car l'utilisation de la TM auprès des personnes ayant une hémiparésie reste une pratique assez isolée en ergothérapie. J'ai par ailleurs éprouvé quelques difficultés à recruter des ergothérapeutes pour réaliser mon étude.

Les ergothérapeutes ne s'appuient pas sur un protocole commun pour mettre en œuvre la thérapie et cela constitue un biais important. En effet, le type de miroir, la durée des séances, leur fréquence hebdomadaire et la durée totale du traitement varient ce qui peut avoir un impact sur la progression du patient. D'autre part, les résultats observés ne sont pas étayés par des bilans validés, ce qui ne permet pas d'avoir des données objectives.

Les résultats obtenus sont intéressants, mais peu précis et ne concernent qu'un faible échantillon de personnes. Ils sont par conséquent peu représentatifs et ne peuvent être généralisés. Il serait aujourd'hui pertinent de vérifier l'hypothèse selon laquelle la TM aurait un impact sur le schéma corporel et l'autonomie des patients ayant une négligence par une étude de type interventionnelle constituée de deux échantillons de patients : un groupe témoin bénéficiant de la TM en plus d'une rééducation conventionnelle, et un groupe contrôle recevant uniquement une rééducation classique.

J'ai fait le choix d'interroger trois professionnels, cela m'a permis de recueillir des données qualitatives pertinentes, cependant il aurait été intéressant de confronter les expériences des ergothérapeutes avec ce que perçoivent les patients. En effet, certains effets observés par le patient lui-même passent parfois inaperçus aux yeux des professionnels.

Pour des raisons d'éloignement géographique, les entretiens se sont tous déroulés par téléphone, ce qui peut perturber la dynamique d'échange puisque les aspects de la communication non verbale ne sont pas pris en compte. De plus, la conduite d'entretien n'a pas été un exercice facile. Les professionnels ont un temps limité pour répondre à nos questions et pour aller droit à l'essentiel, il m'a semblé avoir laissé peu de place aux

moments de silence. Par conséquent, j'ai pu perturber le cours de la pensée des personnes interrogées et influencer leur discours.

3.4.4 Apports et perspectives

3.4.4.1 Apports personnels

Ce travail m'a permis de découvrir une démarche de recherche scientifique. J'ai appris à rechercher de manière efficace des articles scientifiques dans des bases de données, à savoir les lire et les interpréter. Avoir acquis cette méthodologie de recherche est un atout important pour moi, car la veille professionnelle occupe une part importante de notre métier. En effet, la pratique en ergothérapie est vaste, en constante évolution et il est nécessaire de mettre à jour régulièrement nos connaissances pour l'enrichir. Cependant, mes compétences en langue anglaise très modestes représentent pour moi une difficulté majeure, car la plupart des publications sont en anglais.

J'ai pu approfondir mes connaissances sur un sujet qui m'intéresse. En ergothérapie, nous rencontrons fréquemment des personnes qui ont subi un AVC et qui manifestent des signes d'héminégligence, et je me sens actuellement plus compétente pour les accompagner. Ce travail m'a amenée à mesurer l'importance de la prise en charge globale et pluridisciplinaire des personnes atteintes d'héminégligence. Par ailleurs, il met en exergue la nécessité de diversifier nos soins en proposant des thérapies complémentaires à la rééducation classique. La thérapie miroir reste encore pour moi très surprenante et suscite encore ma curiosité ; j'espère pouvoir la mettre en pratique à l'avenir.

J'ai choisi d'utiliser la méthode clinique avec la passation des entretiens et cela a été pour moi une expérience agréable et enrichissante. Je suis aujourd'hui convaincue que le partage d'expérience avec ses pairs est tout aussi important dans notre pratique, que de s'appuyer sur des données probantes. J'aimerais par conséquent développer ma pratique future sur ces deux éléments.

Enfin, même si ce travail a été pour moi l'objet de nombreux doutes et remises en question, il m'a permis de développer une attitude réflexive et un esprit critique. Je suis heureuse d'avoir mené à bien ce projet et impatiente de construire ma future vie professionnelle en tant qu'ergothérapeute.

3.4.4.2 Apports pour la profession et perspectives

Cette étude met en évidence le manque de publications scientifiques, de formations, et de protocoles pour guider la pratique des ergothérapeutes dans l'utilisation de la TM auprès des personnes ayant une hémiparésie. Les acteurs de terrain témoignent pourtant un réel intérêt pour cet outil simple et peu onéreux.

En outre, cette étude ouvre, à son niveau, des perspectives de recherche dans le domaine de l'utilisation de la TM auprès des personnes ayant une hémiparésie.

Comme nous l'avons vu, la fatigabilité, les troubles attentionnels et de concentration de ces patients rendent difficile le maintien de leur attention dans le miroir et cela oblige le thérapeute à sans cesse guider et encourager le patient sur la tâche à réaliser. De plus, l'intérêt de cette thérapie et les progrès réalisés ne sont pas toujours perçus par les patients, ainsi leur motivation est difficile à entretenir. L'essor des nouvelles technologies, notamment la réalité virtuelle et la réalité augmentée, semble être un levier intéressant pour susciter la motivation et rééduquer ces patients.

Conclusion

J'ai appris dans la problématique pratique que les signes d'héminégligence disparaissent spontanément dans les trois mois après la survenue de l'AVC, chez la majorité des patients. Cependant, pour les patients qui présentent encore des troubles, l'héminégligence est un mauvais pronostic fonctionnel. Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute apparaît comme une nécessité durant tout le parcours de soins de ces patients.

J'ai constaté que les études qui évaluent les effets de la thérapie miroir sur les manifestations de l'héminégligence sont peu nombreuses. De plus, leur qualité méthodologique et les protocoles utilisés diffèrent. Aucune étude n'a pu démontrer un effet de cette thérapie sur le schéma corporel, sur l'autonomie et l'indépendance lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne.

La méthode clinique avec la passation de trois entretiens semi-directifs m'a permis de répondre à cette question : l'utilisation de la thérapie miroir, en ergothérapie contribue-t-elle à restaurer le schéma corporel des patients ayant une négligence unilatérale et par conséquent faciliter leur autonomie et leur indépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne?

Les résultats de l'étude ont montré que la thérapie miroir, semble jouer un rôle dans la restauration du schéma corporel des patients ayant une négligence unilatérale et semble faciliter leur autonomie et leur indépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

En effet, la TM associée à la rééducation conventionnelle, a permis une meilleure intégration du membre lésé lors de la réalisation des activités du quotidien grâce à une prise de conscience du membre lésé et une plus grande attention portée à celui-ci. Les ergothérapeutes ont observé un gain d'autonomie et une plus grande indépendance lors des déplacements et de la réalisation des soins d'hygiène et de l'habillement.

La mise en lien avec le cadre théorique prouve que les ergothérapeutes s'inscrivent dans une approche centrée sur le patient dont la finalité est l'autonomie. Les ergothérapeutes identifient la personne comme un partenaire actif du processus en ergothérapie, capable de prendre des décisions. Ils sollicitent l'engagement de la personne

dans sa rééducation et suscitent sa motivation, en délivrant des explications claires et compréhensibles sur la TM.

Dans la continuité de ce travail, il serait intéressant de créer un protocole incluant des bilans validés spécifiques à la négligence et les modalités d'utilisation de la TM. Il serait ensuite utilisé dans une étude de type interventionnelle auprès d'un échantillon de patients plus large.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Accident Vasculaire Cérébral (AVC) - Programme Pilote 2008-2013 [Internet]. [cité 22 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891542/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-programme-pilote-2008-2013
2. Ringman JM, Saver JL, Woolson RF, Clarke WR, Adams HP. Frequency, risk factors, anatomy, and course of unilateral neglect in an acute stroke cohort. *Neurology*. 10 août 2004;63(3):468-74.
3. Barat M, Azouvi P, Wiart L. Négligence spatiale unilatérale. [Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ-21793](http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/2380/resultatrecherche/3) [Internet]. [cité 6 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/2380/resultatrecherche/3>
4. Heilman KM, Valenstein E, Watson RT. Neglect and related disorders. *Semin Neurol*. 2000;20(4):463-70.
5. HeminegCours.pdf [Internet]. [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/HeminegCours.pdf>
6. Stone SP, Halligan PW, Greenwood RJ. The incidence of neglect phenomena and related disorders in patients with an acute right or left hemisphere stroke. *Age Ageing*. janv 1993;22(1):46-52.
7. Carota A, Annoni J-M, Piccardi L, Bogousslavsky J. Syndromes majeurs de l'hémisphère mineur. *EMC - Neurol*. nov 2005;2(4):475-504.
8. Bisiach E, Luzzatti C. Unilateral Neglect of Representational Space. *Cortex*. mars 1978;14(1):129-33.
9. Encyclopédie Larousse en ligne - anosognosie [Internet]. [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/anosognosie/11206>
10. Pedersen PM, Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Hemineglect in acute stroke--incidence and prognostic implications. The Copenhagen Stroke Study. *Am J Phys Med Rehabil Assoc Acad Physiatr*. avr 1997;76(2):122-7.
11. Yelnik D, Daniel F, Griffon A, Collectif. *Actualités dans la prise en charge de l'AVC*. Montpellier: Sauramps Médical; 2010. 190 p.
12. Bartolomeo P, Chokron S. Orienting of attention in left unilateral neglect. *Neurosci Biobehav Rev*. mars 2002;26(2):217-34.
13. Bartolomeo P. White matter lesional predictors of chronic visual neglect: a longitudinal study | *Brain* [Internet]. [cité 5 sept 2016]. Disponible sur: <http://brain.oxfordjournals.org/content/early/2015/01/19/brain.awu389>

14. Ragot S. Etude cinématique de la tête, du tronc et du membre supérieur droit chez des patients héminégligents gauches au cours d'une épreuve de manipulation d'objet [Internet] [thèse]. UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1; 2002. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2002_RAGOT_SYLVIE.pdf
15. Sève Ferieu N. Atteintes du schéma corporel et troubles de la sensorialité. janv 2016 [cité 14 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.anfe.fr/boutique/revues-ergotherapies/ventes-au-numero/n-60-janvier-2016-atteintes-du-sch%C3%A9ma-corporel-et-troubles-de-la-sensorialit%C3%A9-detail>
16. Stone SP, Patel P, Greenwood RJ, Halligan PW. Measuring visual neglect in acute stroke and predicting its recovery: the visual neglect recovery index. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55(6):431–436.
17. Denes G, Semenza C, Stoppa E, Lis A. Unilateral spatial neglect and recovery from hemiplegia: a follow-up study. *Brain J Neurol*. sept 1982;105 (Pt 3):543–52.
18. Jehkonen M, Laihosalo M, Kettunen JE. Impact of neglect on functional outcome after stroke—a review of methodological issues and recent research findings. *Restor Neurol Neurosci*. 2006;24(4–6):209–215.
19. Pibarot I, Dethiville L. Une ergologie. Solal Editeurs; 2013. 200 p.
20. ANFE - Recherche Google [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=ANFE&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=NirVV9-DKert8wfZtozIAw
21. Caire J-M, Collectif. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. Marseille: Solal; 2008. 358 p.
22. Sève-Ferrieu N. Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle: Du trouble à la rééducation. 4e édition. Paris: Elsevier Masson; 2014. 320 p.
23. Négligence : Batterie de C. Bergego [Internet]. [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EHELLES%20ADULTES%20TOME%202_page127.pdf
24. Azouvi P, Martin Y, Rode G, éditeurs. De la négligence aux négligences. Marseille: Solal; 2011.
25. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D. Synaesthesia in phantom limbs induced with mirrors. *Proc Biol Sci*. 22 avr 1996;263(1369):377–86.
26. Altschuler EL, Wisdom SB, Stone L, Foster C, Galasko D, Llewellyn DME, et al. Rehabilitation of hemiparesis after stroke with a mirror. *The Lancet*. 1999;353(9169):2035–2036.
27. McCabe CS, Haigh RC, Ring EFJ, Halligan PW, Wall PD, Blake DR. A controlled pilot study of the utility of mirror visual feedback in the treatment of complex regional pain syndrome (type 1). *Rheumatology*. 2003;42(1):97–101.

28. Chantraine A, Collectif. Rééducation neurologique : Guide pratique de rééducation des affections neurologiques. 3e édition. Rueil-Malmaison: Arnette Blackwell; 2013. 461 p.
29. Thérapie Miroir [Internet]. [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.therapiemiroir.com/tm3-les-etapes-de-la-tm/>
30. Dohle C, Püllen J, Nakaten A, Küst J, Rietz C, Karbe H. Mirror Therapy Promotes Recovery From Severe Hemiparesis: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabil Neural Repair*. 3 janv 2009;23(3):209-17.
31. Thieme H, Bayn M, Wurg M, Zange C, Pohl M, Behrens J. Mirror therapy for patients with severe arm paresis after stroke — /INS;A randomized controlled trial. *J Neurol Sci*. 15 oct 2013;333, Supplement 1:e571-2.
32. Pandian JD, Arora R, Kaur P, Sharma D, Vishwambaran DK, Arima H. Mirror therapy in unilateral neglect after stroke (MUST trial): a randomized controlled trial. *Neurology*. 9 sept 2014;83(11):1012-7.
33. Moustapha A, Rousseaux M. Effets immédiats de la thérapie en miroir sur la négligence spatiale. *Ann Phys Rehabil Med*. oct 2012;55, Supplement 1:e194.
34. Moseley GL, Gallace A, Spence C. Is mirror therapy all it is cracked up to be? Current evidence and future directions. *PAIN*. 15 août 2008;138(1):7-10.
35. Entretiens de médecine physique et de réadaptation, Codine P, Froger J, Laffont I, Entretiens de rééducation et réadaptation fonctionnelles, éditeurs. Imagerie mentale, thérapie en miroir applications en rééducation. Montpellier: Sauramps médical; 2012.
36. Rizzolatti G, Sinigaglia C. Les Neurones miroirs. Paris: Odile Jacob; 2011.
37. Colteu C. Le phénomène d'exclusion du membre supérieur chez l'adulte : description et approches thérapeutiques conventionnelle et par miroir [Internet]. UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ NANCY 1; 2010. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_COLTEU_CRISTINA.pdf
38. Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Marseille: Solal; 2009. 174 p.
39. Marchalot I. Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. juill 2016;(N°62).
40. ACE - Association canadienne des ergothérapeutes -Qu'est-ce que l'ergothérapie? [Internet]. [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3024&francais=1>
41. Durand G. Qu'est-ce que l'autonomie du patient ? - EM Premium [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/1094876/resultatrecherche/5>

42. L'autonomie, du projet de soins au projet de vie - EM Premium [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/84335/resultatrecherche/18>
43. Meyer S. De l'Activité a la Participation. Paris: Solal Editeurs; 2013. 274 p.
44. Winance M. Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sci Soc Santé*. 25(4):83-91.
45. Le Gall M. Évaluation et analyse de l'autonomie - EM Premium [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/10170/resultatrecherche/8>
46. Sève Ferieu N. Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations - EM Premium [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/1074569/resultatrecherche/2>

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe I -Exemples de manifestations cliniques de la négligence unilatérale

Annexe II - Anatomie du cerveau

Annexe III - Bilans des aspects perceptifs et moteurs de la négligence

Annexe IV - Echelle de Catherine Bergego

Annexe V - Les valeurs et les croyances de l'ergothérapie

Annexe VI - Matrice théorique

Annexe VII - Grille d'entretien complète

Annexe VIII - Retranscription des entretiens

Annexe IX - Analyse longitudinale - Tableaux de réponses des ergothérapeutes

Annexe I : Exemples de manifestations cliniques de la négligence unilatérale

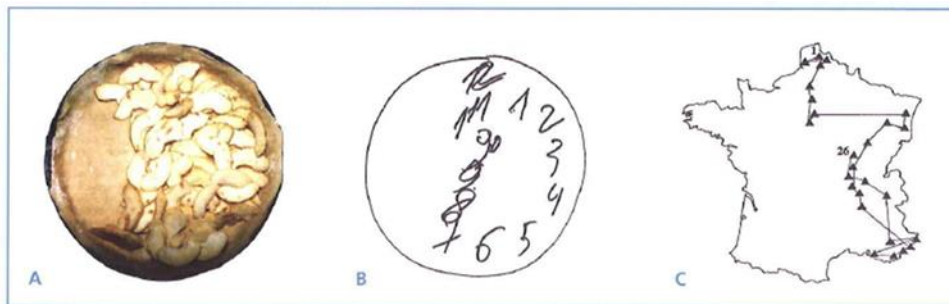


Figure 1 – La négligence : un trouble de la pensée spatiale.

1A : tarte aux pommes réalisée par une patiente souffrant d'une hémiparésie gauche : la patiente a omis de disposer des tranches de fruit sur la partie gauche du moule. Mais on observe aussi une disposition anarchique des tranches sur la moitié droite. Ces deux anomalies reflètent la difficulté de la malade à se représenter et à utiliser correctement l'espace.

1B : dessin de l'horloge réalisé par un patient hémiparésique gauche. Les heures indiquées sont localisées uniquement sur la moitié droite du dessin.

1C : évocation mentale de la carte de France chez un patient hémiparésique gauche. Les triangles noirs indiquent les villes que le patient a été capable de citer – « de voir dans sa tête » – en un temps limité à deux minutes et les lignes noires l'ordre d'évocation. La figure montre que les villes énumérées sont localisées uniquement sur la moitié droite de la carte, témoignant ainsi de l'existence d'une négligence représentationnelle gauche (128). Dans les trois figures précédentes, c'est la partie gauche de l'espace extracorporel ou imaginé qui est négligée, c'est-à-dire la partie de l'espace située du côté opposé à la lésion cérébrale.

Figure 1. :

A : tarte aux pommes réalisée par une patiente avec une hémiparésie gauche

B : dessin de l'horloge réalisé par un patient avec une hémiparésie gauche.

Annexe II : Anatomie du cerveau

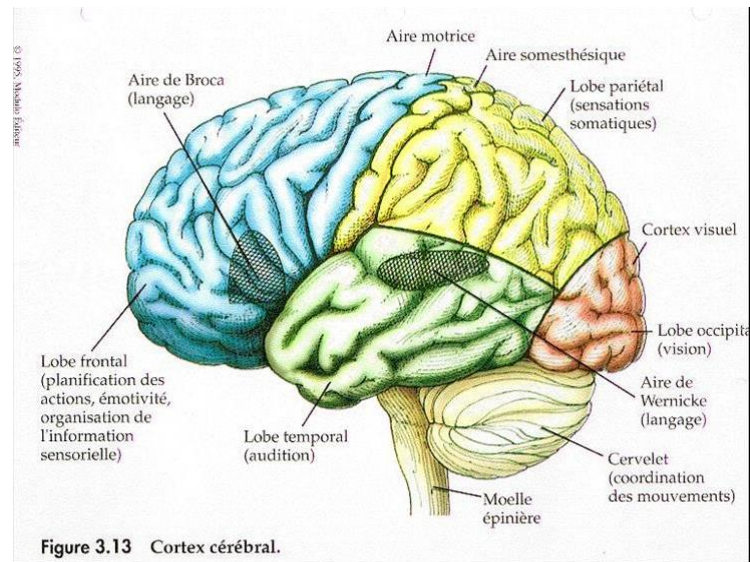


Figure 1 : carrefour temporo-pariéto-occipital

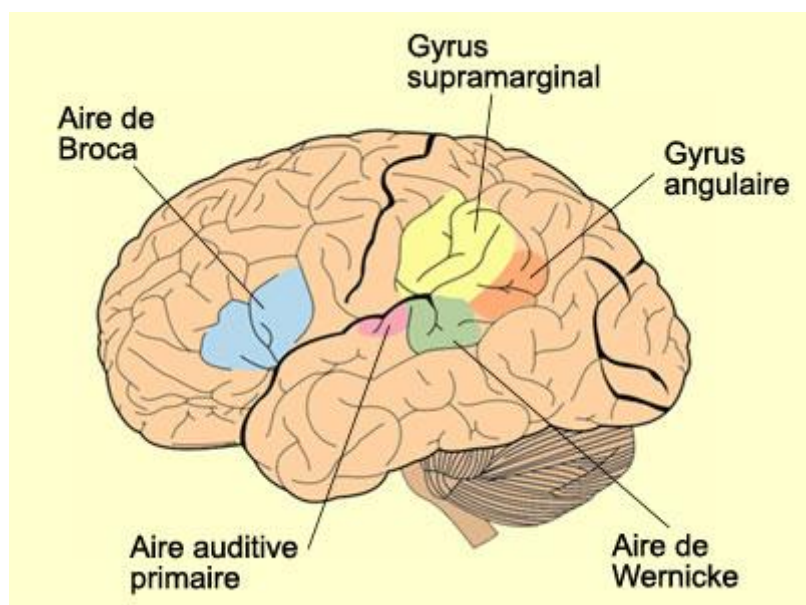
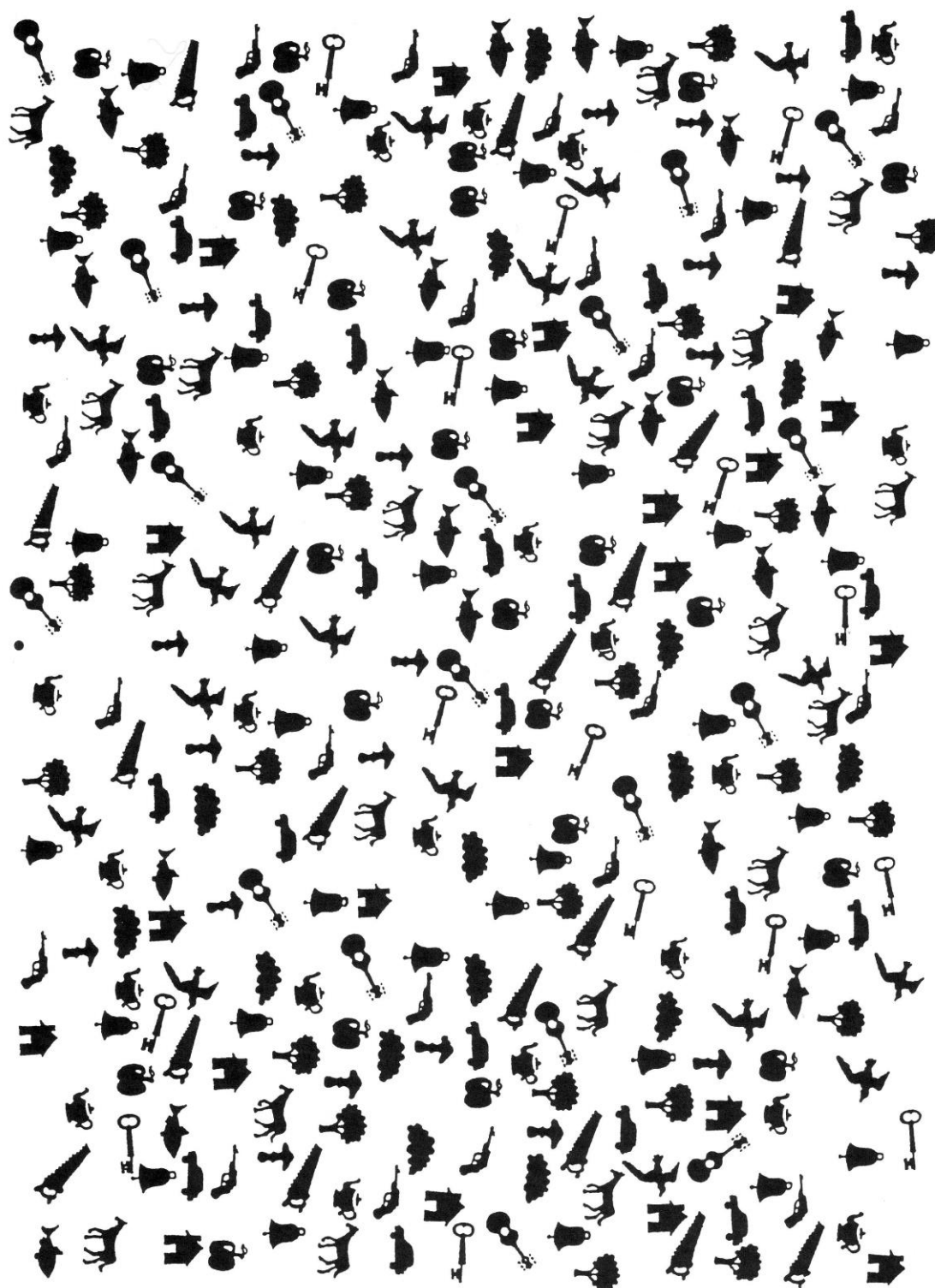


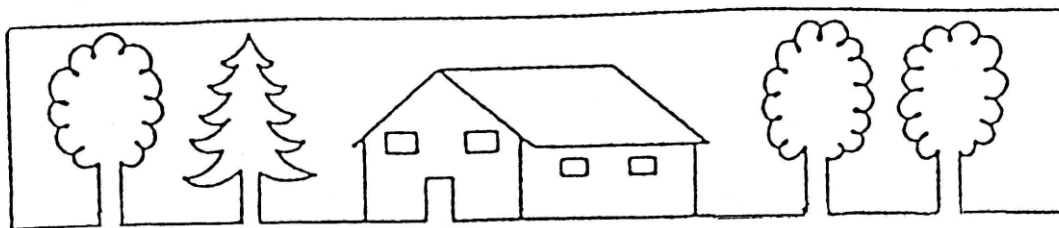
Figure 2 : Gyrus angulaire (aire 39 de Brodman) et gyrus supramarginal (aire 40 de Brodman)

Annexe III : Bilans des aspects perceptifs et moteurs de la négligence

Epreuve de barrage : test des cloches



Epreuve de copie : test de Gainotti



Epreuve de lecture : test de Barbizet

Le	les	en	mais il
mouton	enfants	criant	est
s'est	le	sur le	déjà
échappé	poursuivent	chemin	loin.

Epreuve de lecture : test de Caplan

La vieille éléphante, patronne du troupeau, mange tranquillement, soudain la brousse s'agite autour d'elle. Les gardes forestiers épaulent les plus grosses bêtes. Quel carnage ! La vieille éléphante est abattue la première, les survivants n'ont plus pour se défendre que leur instinct. A coup de trompe pour se protéger, ils ramènent les éléphanteaux entre leurs grosses pattes. Ils se groupent en un cercle étroit, tête contre tête. Deux éléphanteaux ont échappé au massacre. Ils cherchent à fuir, escaladant les cadavres. Ils sont maîtrisés et ficelés. Une piqûre anesthésiante permettra de les transporter au camp sans problème.

De telles tueries sont quotidiennes en Rhodésie. Que signifient ces massacres organisés dans le sud de l'Afrique ? Leur but proclamé est la sauvegarde de l'espèce. On tue les éléphants pour les conserver et pour permettre à d'autres animaux de survivre. Sans ces opérations, les éléphants proliféreraient tellement que, pour satisfaire leur volumineux appétit ils détruiraient toute la végétation nécessaire à leur propre survie. Ces tueries sont nécessaires sinon il n'y aurait bientôt plus d'éléphants dans le pays. Une situation artificielle a été créée.

Pour permettre aux touristes de mieux voir les éléphants toute l'année, on a créé des points d'eau qui fixent les bêtes là où elles se trouvent. Les éléphants n'ont plus l'instinct d'aller chercher leur nourriture plus loin. Trop nombreux, ils mourraient tous, il faut donc intervenir. On ne peut, si on les déplace, mélanger les familles sous peine de désordres et d'inadaptation des uns par rapport aux autres. De plus on ne peut transporter de tels animaux massifs sans les anesthésier. Munir les femelles de contraceptifs provoquerait d'autres déséquilibres écologiques. Au Kenya, la reproduction incontrôlée des éléphants a transformé des bois en espaces arides incapables de nourrir le grand nombre d'animaux qui y vivaient autrefois. Nous n'avons qu'une alternative, disent les scientifiques, les laisser se multiplier et provoquer des dommages irréversibles dans l'environnement ou bien contrôler l'évolution comme nous le faisons.

Annexe IV : Echelle de Catherine Bergego

ECB

Héminégligence Gauche Évaluation fonctionnelle réalisée par le thérapeute

Patient :

Date :

Examineur :

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----|
| 1. Omission du côté gauche lors de la toilette (lavage, rasage, coiffure, maquillage). | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 2. Mauvais ajustement des vêtements du côté gauche du corps. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 3. Difficultés à trouver les aliments du côté gauche de l'assiette, du plateau, de la table. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 4. Oubli d'essuyer le côté gauche de la bouche après le repas. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 5. Exploration et déviation forcée de la tête et des yeux vers la droite. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 6. "Oubli" de l'hémicorps gauche (par exemple : bras ballant hors du fauteuil, patient assis) ou couché sur son côté paralysé, pied gauche non posé sur la palette du fauteuil roulant, sous-utilisation des possibilités motrices). | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 7. Ignorance ou indifférence aux personnes ou aux bruits venant de l'hémi-espace gauche. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 8. Déviation dans les déplacements (marche ou fauteuil roulant) amenant le patient à longer les murs du côté droit ou à heurter les murs, les portes ou les meubles sur sa gauche. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 9. Difficulté à retrouver des trajets ou lieux familiers lorsque le patient doit se diriger vers la gauche. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |
| 10. Difficultés à retrouver des objets usuels lorsqu'ils sont situés à gauche. | 0 | 1 | 2 | 3 | NV |

Annexe V : Les valeurs et les croyances de l'ergothérapie

Tableau 3 : Les valeurs et les croyances de l'ergothérapie

Valeurs et croyances sur l'occupation :

Les ergothérapeutes croient que l'occupation :

- donne un sens à la vie;
- est un déterminant de la santé et du bien-être;
- permet d'organiser le comportement;
- se développe et se transforme tout au long de la vie;
- agit sur l'environnement et est transformée par celui-ci;
- est une thérapie efficace.

Valeurs et croyances sur la personne :

Les ergothérapeutes croient que :

- la vie de toute personne est fondée sur l'occupation;
- toute personne est unique;
- toute personne a une valeur et une dignité intrinsèques;
- toute personne a la capacité de faire des choix dans sa vie;
- toute personne peut faire preuve d'autodétermination;
- toute personne peut se consacrer à des occupations;
- toute personne a un potentiel de changement;
- toute personne est un être social et spirituel;
- toute personne possède des habiletés diverses qui lui permettent de participer à des occupations;
- toute personne agit sur son milieu et est influencée par celui-ci.

Valeurs et croyances sur l'environnement

Les ergothérapeutes croient que :

- l'environnement est un terme général qui comprend des éléments culturels, institutionnels, physiques et sociaux;
- la relation qui s'établit entre la personne et son environnement détermine l'organisation et le choix des occupations, le rendement occupationnel ainsi que la satisfaction que la personne éprouve face à ses occupations.

Valeurs et croyances sur la santé :

Les ergothérapeutes croient que :

- la santé signifie beaucoup plus qu'une absence de maladie;
- la santé est fortement influencée par la capacité d'une personne de choisir et de diriger ses occupations quotidiennes;
- la santé d'une personne est associée à des dimensions personnelles telles que sa spiritualité et sa satisfaction face à des occupations et à des aspects sociaux tels que l'équité et l'accessibilité en matière d'occupation.

Valeurs et croyances sur la pratique centrée sur le client

Les ergothérapeutes croient :

- que les expériences et les connaissances des clients sur leurs occupations doivent être mises en valeur;
- que les clients sont des partenaires actifs du processus ergothérapeutique;
- qu'il est nécessaire de prendre des risques pour favoriser des changements positifs;
- que la pratique centrée sur le client en ergothérapie est fondée sur la promotion de l'occupation.

(Adapté de : Polatajko, 1992; Law, Baptiste et Mills, 1995)

Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie, ACE 1997

Annexe VI : Matrice théorique

MCREO (Association canadienne des ergothérapeutes, 2008)

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Occupation	Soins personnels	= S'occuper de soi : se laver, s'habiller de façon adaptée. Se servir à boire, manger. S'organiser dans le temps et dans l'espace. Se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur. Faire des achats	
	Productivité	Participation aux activités domestiques : ménage, préparation des repas, lessive, faire son lit S'occuper de ses enfants, petit-enfants. Avoir des habiletés de jeu Avoir une activité professionnelle, être impliqué dans une association. Activités signifiantes et significatives	1 3 4
	Loisirs	Recevoir de la visite, répondre à des appels téléphoniques. De façon générale, utiliser des moyens de communication. Lire, écrire, regarder la télévision... Choisir des loisirs en fonction de ses capacités	
Personne	Cognitif	Capacité de compréhension des consignes. Conscience du trouble. Connaissances générales sur la pathologie. Identification des ressources et des difficultés .Participation aux prises de décision. Engagement dans la thérapie miroir. Demander et recevoir /accepter une aide Capacité de planification, attention, apprentissage.TM perçue comme moyen d'améliorer son indépendance et son autonomie. Intérêt porté à la TM	2 3 4
	Affectif	Gestion et expression des émotions. Vécu de l'héminégligence, de la modification de l'image de soi, de la TM. Impact de la maladie sur la qualité de la relation à soi, à l'autre.	3 4
	Physique	Capacités motrices et sensorielles (vision, ouïe, toucher) affectées par l'AVC. âge, pathologies associées Attitudes corporelles (à la marche, à la station debout/assise, lors des AVQ) modification du schéma corporel	1 3 4
Environnement	Eléments institutionnels	Types de structures (domicile, institution) horaires des thérapies, durée des séances, locaux à disposition TM	1 2
	Culturels	Signification de la TM dans sa culture	
		Obstacles /facilitateurs liés à l'environnement	

	Physiques	(aménagement du domicile, de l'institution) Besoin en aides techniques (à l'habillage, à la mobilité, au repas...), assistance d'une tierce personne.	1 3 4
	Sociaux	Situation familiale (vit seul ou avec un conjoint) Soutien social et des proches /des amis. Attitudes de l'entourage (encouragement dans sa rééducation, croyances dans les bénéfices de l'utilisation de la TM)	1

Autonomie (Durand, 2016)

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Aptitudes intellectuelles	Capacité d'initiative	= agir par elle-même : Trouve des stratégies pour compenser le handicap, utilise des aides techniques	1 2 3 4
	Capacité de jugement	= agir de façon adaptée : La personne est capable d'analyser sa situation (capacités et difficultés) afin de prévoir, déléguer certaines activités. Peut faire des choix, résoudre des problèmes, prendre des décisions.	
	Capacité d'expression/de compréhension	= communiquer de façon efficace : La personne est capable de verbaliser ses attentes, ses besoins. Fait part de sa motivation, est capable d'exprimer un refus. Comprend les consignes.	
	Contrôle de l'action	= agir de façon réfléchie : Est capable de choisir la personne qui va l'assister, du moment, de la façon de procéder ou de refuser l'aide d'un tiers Décide des moyens	
Absence de contrainte	Environnement idéal	Identifie ou a conscience des contraintes qui s'exercent sur lui, qui peuvent faire obstacle à l'exercice de son autonomie Sait utiliser les règles imposées par la société ou par l'institution, pour s'organiser. Comprend les règles institutionnelles (horaires des thérapies, des soins...)	3 4
Auteur de son existence	Association : Réflexion, décision, action	Décisions et conduites qui font sens pour la personne, dans son environnement Développe son autonomie selon sa conception de la qualité de vie, en cohérence avec son projet de vie	3 4

Schéma corporel (Nicole Sève Ferieu, 2014)

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
« Avoir un corps » =connaissance de soi (perceptif et moteur)	Corps « outil de l'agir »	<p>Difficultés à imiter des postures non significatives : lors des exercices devant le miroir le patient n'arrive pas à imiter les gestes du thérapeute ou imiter des gestes sur photo.</p> <p>Difficultés à faire des gestes orientés vers soi par exemple mettre ses lunettes, se brosser les dents.</p> <p>Incapacité à reproduire des attitudes sur autrui (par exemple sur un mannequin).</p> <p>Utilise la main, le bras lésé lors des activités de la vie quotidienne.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
	Corps « repère de l'espace et du temps »	<p>Distinguer sa gauche et sa droite.</p> <p>Difficulté à designer et à positionner un objet par rapport à soi lors des séances de TM avec objets ou lors des AVQ.</p> <p>Orienter un objet comme sur un modèle papier lors des séances de TM.</p> <p>Difficulté à orienter les objets par rapport à soi, ou les uns avec les autres.</p> <p>Faire des gestes coordonnés, des exercices bilatéraux.</p> <p>Oriente son corps vers la gauche, investit l'espace situé à sa gauche, initie un mouvement vers la gauche.</p> <p>Réagit et s'oriente vers un stimulus à gauche</p> <p>Dirige son attention vers la gauche.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
« Être un corps » =conscience de soi (affectif)	Corps « vecteur de la relation »	Difficultés à exprimer ses émotions, à percevoir celles d'autrui. N'exprime pas son ressenti par rapport à la TM.	
	Corps perçu	<p>Intégration du référentiel égocentré, le miroir peut être positionné sur la ligne médiane. Lors des AVQ le patient croise la ligne médiane.</p> <p>Modification de la représentation de son corps (dessin du bonhomme).</p>	<p>1</p>
	Corps connu	<p>Regarde sa main, son bras du côté lésé, avec ou sans sollicitation du thérapeute.</p> <p>Regarde le reflet de sa main dans le miroir</p> <p>Reconnait les doigts de sa main (gnosie digitale).</p>	<p>1</p> <p>2</p>

		<p>Reconnait les différentes parties de son corps les unes par rapport aux autres (puzzles du bonhomme).</p> <p>Reconnait les parties de son corps et celles d'autrui.</p> <p>Attitudes corporelles (bras ballant ou positionne son bras de façon adaptée).</p>	
--	--	---	--

Annexe VII : Grille d'entretien complète

Pouvez-vous, svp, vous présenter en quelques mots ?

- Depuis quand exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?
- Dans quelle structure travaillez-vous ?
- Auprès de quelle population travaillez-vous ? (Neurologie, traumatologie...)
- Vous arrive-t-il de prendre en charge des patients avec une négligence unilatérale post-AVC? (type, fréquence de prise en charge, âge, durée de séjour)

1/ Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?

2/ Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?

- Que visez-vous à rééduquer en proposant cette thérapie?
- Comment utilisez-vous la thérapie miroir auprès de ces patients ? (à quel moment de la prise en charge est-elle proposée et stoppée, la durée de la thérapie, des séances, l'utilisation d'un protocole, le choix de la boîte, travail avec des objets, des images)
- Comment favorisez-vous l'adhésion du patient à la thérapie ?

3/ Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?

- Avez-vous observé chez la personne une meilleure capacité à gérer son environnement, sa vie quotidienne ?
- Avez-vous observé une amélioration lors de la prise des repas, la toilette, l'habillage, la déambulation ?
- La thérapie miroir, a-t-elle permis de développer les capacités d'initiative, de jugement, d'expression/de compréhension du patient?
- Avez-vous observé des effets inattendus ou négatifs ?

4/Selon vous, quels sont les points forts et les limites de cette thérapie pour ces patients ?

- A quelles difficultés vous êtes-vous confrontés en proposant cette thérapie aux patients héminégligents ? (non-compréhension des consignes, manque de concentration, défaut de maintien de l'attention dirigée vers le côté lésé..., pas d'intérêt perçu)

5/A votre avis, qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes héminégligentes ?

Annexe VIII : Retranscription des entretiens

Entretien A : durée 30 minutes

Bonjour, je suis Armelle Durand, l'étudiante ergo de l'IUFE de Clermont-Ferrand. Oui bonjour, je vous appelle pour faire l'entretien dans le cadre de mon mémoire sur la thérapie miroir et l'héminégligence. Oui d'accord. J'aimerais enregistrer l'entretien pour pouvoir le retranscrire et l'analyser par la suite, vous êtes d'accord ? Oui oui pas de problème. *Et c'est anonymisé aussi* D'accord, très bien. Oui alors comme je t'ai dit par mail j'ai eu, enfin on a eu qu'un patient dans le service avec qui on a pu faire la thérapie miroir qui était héminégligent, en sachant qu'il n'avait pas, enfin je sais pas si c'est une donnée importante, il ne l'avait pas ...pendant la thérapie miroir, on ne lui avait pas remis le volet crânien. **D'accord.** C'est un point important quand même donc par rapport à l'héminégligence parce qu'on sait que parfois euh... enfin voilà. Après je ne sais pas ...Après il faut savoir que ce n'était pas que pour l'héminégligence, enfin je veux dire quand on le fait avec des personnes hémiplegiques, d'ailleurs c'était une héminégligence gauche, ce que je veux dire quand on le fait c'est autant pour son membre...en fait, on peut l'utiliser pour les deux. Donc euh, moi je l'ai utilisé autant pour le côté moteur que pour l'héminégligence, parce qu'il avait une héminégligence corporelle aussi donc...enfin voilà. **D'accord, on reviendra dessus.** Je t'entends de très loin. **Ah bon, pardon, c'est mieux là ?** Ouais bof. Je vais regarder sur mon téléphone si je peux augmenter le son. Allô. **Oui.** Oui là ça va mieux. **Mais c'est peut être moi parce que, pour pouvoir enregistrer je suis sur haut-parleur.** Ah oui peut-être.

Euh, dans un premier temps, j'aimerais bien que vous vous présentiez en quelques mots, euh...j'aimerais savoir depuis quand vous exercez le métier d'ergothérapeute ? euh... présentez brièvement la structure dans laquelle vous travaillez ? Et depuis combien de temps ? Et puis la population que vous rencontrez ? D'accord. Alors euh moi ça fait cinq ans que je suis ergothérapeute et trois ans que je travaille en centre de rééducation. Euh ...dans le centre de rééducation les trois quarts des patients c'est suite à l'AVC, après on a des médullaires, on a ... les $\frac{3}{4}$ c'est de l'AVC **D'accord** puis des traumatisés crâniens aussi, voilà (silence). Je sais pas qu'est-ce qui y'à...je sais pas si ça suffit **Oui Oui.**

Après, vous avez beaucoup de personnes qui ont eu un AVC, est ce qu'il y en a beaucoup que vous prenez en charge, qui souffrent d'une négligence, d'une héminégligence, ou

est-ce que c'est plutôt rare ? euh non c'est souvent, y a des périodes en fait, non c'est pas rare du tout. **D'accord** parce que les $\frac{3}{4}$ du temps quand on a enfin une hémiplégié gauche, hémiplégié ou hémiparésie gauche, les $\frac{3}{4}$ du temps on a une négligence. **D'accord** ça fait partie du tableau. *Et c'est souvent des personnes de quelle tranche d'âge, à peu près ?* Oh alors nous, nous sommes dans le Lot, donc c'est un département très âgé, donc c'est plus euh...60-80 **D'accord** même si le patient là, avec qui j'ai fait la thérapie miroir, **Oui** euh, il avait 50 ans, 49 ans. **D'accord**. Mais les $\frac{3}{4}$ de notre patientèle, nous c'est plus de 60 ans. **D'accord** parce qu'on est dans un département âgé, vieillissant.

Et la durée de séjour moyenne et la durée de séjour du patient que vous avez pris en charge avec la thérapie miroir ? Très bonne question, ben la durée de séjour moyenne euh c'est pas bien ce que je vais dire, mais ça dépend aussi du docteur, et euh... mais voilà sinon je pense que c'est propre à chaque patient, y en a qui vont rester un mois, y en a qui vont rester 6 mois, un an donc euh... C'est très très variable **D'accord** ça va dépendre vraiment de l'évolution quoi **OK**. Et après euh le patient qui est venu chez nous avec qui j'ai fait la thérapie miroir, il est resté, hum...cinq mois. Cinq ou six mois. **D'accord, cinq-six mois, d'accord.**

Euh, maintenant est-ce que vous pouvez développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation, de façon générale pour les patients qui ont une négligence? Je n'ai pas bien entendu la question *de façon générale, est-ce que vous pouvez développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation des patients qui souffrent d'une négligence ?* euh j'ai pas compris la question et j'entends très mal je suis désolée, **Ah pardon, c'est peut être mon téléphone, ah oui, Je suis désolée, je vais répéter est-ce que vous pouvez me présenter les moyens que vous utilisez dans la rééducation des personnes héminégligentes ?** Non je n'ai pas compris la question, **Ah c'est développer les moyens que vous utilisez dans la rééducation de ces personnes ? Ce que vous faites lors de vos séances, enfin, ce que vous proposez ?** Ah, après on ne propose pas des techniques particulières, **OK**, on fait du miroir, après on fait de la stimulation, euh, mais là ça va être en chambre, ça va être quand on est en activité sur la table, où l'on on va mettre des repères visuels on va essayer de faire acquérir des stratégies au patient pour qu'il aille regarder ...de son côté hémiplégique, négligé. **D'accord**. En chambre aussi on va mettre des repères pour qu'il regarde à gauche, ou sur son plateau qu'il regarde à gauche, enfin voilà c'est des petites choses sur le quotidien, où va impliquer les soignants et la famille pour stimuler le côté gauche, mais voilà ça va aussi être avec tous les autres professionnels,

les kiné, orthophonistes et tout... ils vont aussi, je veux dire dans les déplacements, travailler, stimuler ce côté gauche quoi, que ce soit au niveau spatial ou corporel **d'accord**. Après au niveau corporel (silence) c'est comme la rééducation standard quoi, on utilise rien de particulier **Donc c'est de la stimulation et en chambre adapter l'environnement**
Oui oui

Après on va aussi beaucoup travailler dans les déplacements au niveau spatial et corporel **oui** Voilà pour que les patients acquièrent une autonomie, qu'ils ne se mettent pas en danger non plus. D'accord sinon on fait des bilans.

Eh bien maintenant j'aimerais que vous me parliez de l'utilisation de la thérapie miroir auprès des personnes héminégligentes, enfin auprès de ce patient. Quand vous avez proposé la thérapie qu'est-ce que vous avez cherché à rééduquer ? Ah quand j'ai proposé la thérapie au patient ? **Oui** ben de toute façon on leur explique ce que c'est, comment ça fonctionne, c'est très important, voilà et on leur explique que c'est pour stimuler euh... enfin, autant euh... le membre supérieur, que le côté négligence. On explique ça, en leur disant que la thérapie miroir consiste à stimuler la zone du cerveau qui commande le bras et aussi qui, on va dire qui, pas qui commande, mais, qui stimule la zone qui analyse, on va dire, le côté gauche, voilà. (Silence) **D'accord**, Voilà.

Et comment vous utilisez la thérapie, enfin auprès de ce patient ? à quel moment de la prise en charge l'avez vous proposée arrêtée ? La durée des séances ? Est-ce que vous avez utilisé un protocole ? Oui alors par rapport à cela, avec ce patient-là, euh... c'était quand ? Alors ce n'était pas au tout début de séjour pour ce patient, parce qu'au début, c'était quand même un AVC assez massif donc il était très fatigable. En plus, on propose ça la thérapie miroir, en complément à la prise en charge, dans la prise en charge en ergo, c'est-à-dire qu'on va faire la TM en plus de sa séance habituelle. Chez nous, faut savoir que c'est soit le kiné soit l'ergo qui la fait, on se met d'accord, voilà... euh... Après, lui je pense que c'était au bout d'un mois quelque chose comme ça (silence) **D'accord**. Il fallait déjà qu'en fait il puisse supporter, on va dire, une séance d'ergo, une séance d'orthophonie et deux séances de kiné par jour **Oui** Et une fois qu'il a bien pu supporter autant de séances, on a mis en place la thérapie miroir. **D'accord** Après, c'était quelqu'un cognitivement qui était capable de comprendre ce qu'était la thérapie miroir, c'est aussi un point d'inclusion important. .. Quand il y a trop de troubles cognitifs, on peut pas mettre en place la thérapie miroir. (Sonnerie de téléphone) Euh... voilà, après.... Euh, au niveau du

protocole, on s'appuie sur le protocole qui a été développé sur Toulouse en MPR...hum...
Il a été valide par quatre médecins rééducateurs, sachant qu'il n'y a pas de protocole validé.

Nous c'est six semaines, , ça je peux te l'envoyer par mail **Oui, je veux bien...** donc deux semaines de passif, où le patient fait des gestes avec le membre sain devant le miroir, en fait on dit qu'il faut 15 jours pour commencer à duper le cerveau, enfin je sais pas comment tu l'as appris...voilà dans les écrits c'est à peu près ça. 15 jours pour commencer à duper le cerveau et après on fait travailler donc 2 semaines de passif, 2 semaines d'actif aidé c'est-à-dire dire que euh... on aide le patient à faire le mouvement avec le bras hémiparalysé et lui il continue avec le membre sain, tout en regardant le miroir. Et au bout de ces 15 jours en actif aidé, si le patient est capable de faire en actif, il fait en actif pendant quinze autres jours, des mouvements avec des objets pour travailler plus la partie fonctionnelle, et s'il n'est pas capable de faire de l'actif, on refait quinze jours d'actif aidé. **D'accord.** Voilà, le protocole, il est fait comme ça quoi. **D'accord.**

Et les séances duraient combien de temps ?

Trente minutes euh...donc c'est cinq jours par semaine. **30 minutes, 5 jours par semaine, d'accord.** (silence) **et pour favoriser l'adhésion du patient ?** Alors, on a fait une formation sur ça nous ici, donc j'ai des documents qui expliquent la thérapie miroir, donc un papier, on peut les utiliser après, moi je préfère, enfin on lui donne après moi je lui donne ce papier en complément sinon je lui explique de vive voix ce que c'est et les mécanismes d'action, enfin voilà. **D'accord, très bien.**

OK, ensuite, si j'ai oublié un petit truc par rapport au travail de la négligence **oui** euh...On travaille enfin c'est pareil on travaille avec la vidéo **D'accord** pour l'organisation dans l'espace, et pour apprécier les distances surtout à gauche, parce qu'il peut y avoir une hémiparalysie corporelle et spatiale. Après avec ce patient, on travaillait dans la cuisine, mettre la table, pour qu'il soit capable de s'organiser, de mettre la table. C'était catastrophique au début parce que euh...il oubliait tout le temps le côté gauche donc les assiettes sur la table étaient totalement collées à droite, y avait ...voilà on travaille aussi la négligence de façon très fonctionnelle, dans les activités du quotidien. **D'accord, donc vous le filmiez et après vous lui montriez les vidéos ?** Je le filmais, c'était vraiment pour qu'il se rende compte, enfin voilà, qu'il oubliait son côté gauche. **D'accord et ça vous l'utilisez systématiquement en plus de la thérapie miroir chez les patients**

hémignégligents ? Non c'est pas systématique c'est en plus, mais on l'utilise pour plein d'autres cas. On utilise aussi la vidéo quand y a une anosognosie. En fait souvent dans l'hémignégligence, y a une anosognosie, mais lui il était pas anosognosique... Il n'était pas inconscient de ses difficultés. **D'accord.**

***Est-ce que vous avez pu observer des effets, des résultats de la thérapie sur ce patient ?
En fait est ce qu'il y a des domaines qui ont été impactés ?***

Après, honnêtement la thérapie miroir... euh, vu qu'il y a la rééducation, y a le reste, c'est un complément. **Oui** C'est un complément, il y a tout le reste aussi de la rééducation, donc aller dire que c'est la thérapie miroir qui fait cet effet-là euh... enfin qui apporte des améliorations tant au niveau de la négligence qu'au niveau moteur, sensitif ... euh...ça, je veux dire c'est pas comme si on faisait une étude où les patients hémignégligents feraient juste de la thérapie miroir et les autres qui feraient que la thérapie conventionnelle. Enfin, voilà, je peux pas dire c'est la thérapie miroir qui a fait ça, c'est le complément de tout. **D'accord.**

Après, il y a eu des améliorations surtout au niveau moteur, sachant qu'à ce patient on lui a aussi remis le volet, il y a eu une petite amélioration après le volet. **D'accord** au niveau moteur il utilise son membre supérieur gauche comme bras d'appoint, il en a plus conscience, il y fait plus attention, il l'intègre plus dans ses activités du quotidien, mais après c'est pas que la thérapie miroir, c'est la prise en charge globale. Voilà ça a permis qu'il apprenne à faire ses gestes du quotidien en tenant compte de sa négligence **Oui** Enfin en tenant compte un petit peu plus de sa négligence, même si par moments il oubliait son bras. Puis, il a pu acquérir quelques stratégies pour ne pas se mettre en danger, ou se mettre en danger le moins possible dans son quotidien, notamment dans les déplacements euh après on va dire que dans l'établissement, il pouvait se déplacer tout seul sans se mettre en danger. Et ça, c'était très important. Après chez lui c'est pareil...enfin au niveau de la toilette et de l'habillage, et tout ça, il le faisait quasiment de manière autonome, sans se mettre en danger. **Oui** Il était capable de préparer son petit-déjeuner aussi seul. **D'accord,** voyez faut voir vraiment de façon fonctionnelle. **Oui** Le reste euh...Après euh... non se déplacer dans la rue pour aller à la boulangerie seul non par contre, parce que la négligence était encore trop présente. **D'accord** euh... après euh...La conduite n'en parlons pas, c'était totalement contre-indiqué. Euh les améliorations qu'est-ce qu'on peut dire, si, il pouvait jouer avec ses enfants, puisqu' il avait des enfants assez jeunes, donc il pouvait

jouer avec ses enfants. Voilà c'est des petites choses comme ça.(silence) on va dire l'amélioration c'est un patient qui marchait à la fin de son séjour. Il est arrivé, il ne marchait pas. Enfin, il est arrivé installé dans un fauteuil roulant confort, donc sans tonicité du tronc, enfin avec un équilibre assis précaire, avec voilà quoi un membre sup et un membre inférieur à zéro. Donc, on a eu une belle marge de progression quoi. Oui, à la fin le membre sup il était, à la fin oui c'était le membre d'appoint quoi. **D'accord** Voilà ce que je peux en dire, est ce qu'il y a d'autres choses ? D'ailleurs j'ai une question est-ce qu'il y a des centres qui ont des protocoles pour la négligence d'ailleurs ? **Pas à ma connaissance non**, Non parce que sur la négligence y a quelques articles qui montrent que, oui, la thérapie miroir travaille la négligence, c'est prouvé, enfin c'est prouvé euh...pas assez pour ...mais là un protocole purement négligence non ? **Non et effectivement il y a peu d'études qui montrent une efficacité de la thérapie miroir sur la négligence et les protocoles utilisés sont toujours différents donc c'est difficile de généraliser les résultats, en fait.** C'est ça, donc bon...voilà ce que je peux en dire après je ne sais pas si tu as d'autres questions **Oui j'ai une autre question, enfin si vous avez encore un tout petit peu de temps.** Oui

Est-ce que vous pouvez me présenter les points forts, selon vous et les limites de cette thérapie pour ces patients?

(Silence) Pour les patients négligents **Oui** (silence) (sonnerie de téléphone) euh... les points forts, c'est que ça stimule la zone du cerveau, on va dire qui a été lésée. Après, les points faibles, c'est que c'est difficile pour eux la thérapie miroir parce que, enfin tenir pendant trente minutes sur un miroir en regardant à gauche, je veux dire y a les troubles attentionnels qui, on va dire qui, gênent un petit peu la thérapie. **D'accord** voilà ils ont besoin de faire des pauses ces patients là, ça leur demande énormément d'énergie et il faut être sans cesse là en train de les remettre, ou en train de les recentrer sur la tâche, faut que ce soit dans un endroit très calme, dépourvu de tout stimulus et on va dire les points faibles après c'est aussi qu'on n'a pas de protocole proprement dit, pur pour la négligence **D'accord** on est toujours présent pour les recentrer. **Je me pose une question, le fait d'avoir des difficultés à orienter son regard vers la gauche, pour ce patient est-ce que c'était difficile de regarder le miroir ?** justement on regarde, je veux dire, au début de la thérapie miroir, si on voit que c'est trop compliqué, qu'il est tout le temps à regarder à droite, on va pas... après sachant que la thérapie miroir c'est vraiment dans un endroit euh... on est dans un bureau au calme, il ne doit faire que ça **Oui**, (silence) Après on les

recentre beaucoup, on est là hein donc, après non c'est pas une grosse contre-indication **D'accord** Faut vraiment tester, faut voir si le patient est, faut le tester en fait. On voit sur une séance s'il est capable de tenir trente minutes ou pas **d'accord et vous restez avec le patient tout au long et pour toutes les séances avec lui ?** Pour des patients sur des négligences souvent on reste oui toute la séance parce qu'il faut sans cesse les recentrer sur le miroir **D'accord** Après ça dépend lesquels, mais faut y être un peu quoi. **Pensez-vous que l'auto-rééducation est possible ? euh ...non** parce qu'avec les négligents il faut être là. Enfin, tout dépend les phases, tout dépend le degré de récupération, mais après sachant que le protocole est de 6 semaines je vois pas l'intérêt de le proposer à la maison. Voilà. et puis on le propose souvent en début de phase, enfin dans les trois mois où la personne récupère le plus **Oui** Après si là j'ai fait avec un autre patient, mais y avait pas d'héminégligence, il avait une hémiparésie droite sachant qu'il allait très bien il est resté à peine six semaines chez nous c'est pour ça que la dernière phase, il l'a faite chez lui. Mais c'est quelqu'un autonome quoi, il la faisait sans aucun problème, quoi. Dans ces cas-là oui, mais sinon non. **D'accord** voilà après je sais pas si t'as d'autres questions ? **Non** je sais pas si j'ai été clair ? **Oui c'était très clair** C'est pas évident comme sujet parce que la négligence oui ils l'ont montrée dans quelques articles, mais après y a rien de ...de...enfin y a rien de prouvé **Oui c'est une grosse difficulté de proposer cette thérapie qui n'a pas été réellement prouvée.** Après comme technique avec la négligence je sais qu'il y a les lunettes prismatiques, y a certains centres qui s'en sont occupés et y a des bons résultats, parce que je l'ai vu en formation, ça marche pas mal. **Oui j'ai aussi trouvé ça dans mes recherches.** Après je sais pas ça peut être une ouverture **Oui tout à fait comme la réalité virtuelle** Oui et aussi la stimulation neuronale j'ai entendu après nous on fait aussi tout ce qui est imagerie mentale, ouais, voilà, voilà **L'imagerie mentale vous la proposez en même temps que la thérapie miroir ?** On peut l'associer en général on l'associe ouais, mais bon pas forcément pour la négligence hein, enfin on peut l'associer pour la négligence, mais avec ce patient, je ne l'avais pas fait, il en faisait en kiné surtout moi je m'étais concentré sur d'autres choses, voilà on propose pas mal de choses au patient, mais l'imagerie mentale c'est quelque chose que l'on peut proposer, les patients peuvent le faire dans leur chambre, ils peuvent le faire avec la famille, voilà. **D'accord**, Mais pour la négligence je sais que c'est utilisé parfois. **D'accord** Voilà.

Je vous remercie, j'ai posé l'ensemble de mes questions, souhaitez-vous apporter d'autres éléments ? Non mais si t'as d'autres questions n'hésite pas par mail ou par

téléphone il n'y a pas de problèmes, voilà. *Eh bien merci, c'est sympa de m'avoir accordé du temps*, mais de rien, je te laisse j'ai des patients qui attendent, bon courage au revoir, *au revoir merci beaucoup*.

Entretien B : durée 24 minutes

Bonjour, Bonjour, Donc comme je vous l'ai expliqué dans mon mail, je fais mon mémoire sur l'utilisation de la thérapie miroir auprès des personnes héminégligentes Ouais Donc je vous propose un entretien qui comporte environ six questions, Oui, et ça va durer en moyenne trente minutes si ça va pour vous ? D'accord, j'enregistre notre conversation ça vous pose problème ? Non, non du tout

Donc pour la première question j'aimerais bien que vous vous présentiez en quelques mots ? En fait depuis quand exercez-vous le métier d'ergothérapeute, dans quelle structure -vous travaillez et depuis combien de temps? Et puis quelle population de patients vous prenez en charge ?

D'accord, alors du coup, j'ai été diplômé en juin 2013, donc ça va faire quatre ans, euh... là ici je suis dans la structure depuis six mois à peu près, voilà on va dire six mois, et donc c'est un hôpital de jour et on a des personnes atteintes de pathologies neurologiques, donc AVC, traumatisme crânien, des choses comme ça et pas mal euh...pas mal d'orthopédie aussi, donc on a pas mal de trauma de l'épaule, de la main, voilà *d'accord. Et vous arrive-t-il souvent de prendre en charge des personnes avec une négligence ?* Pardon je n'ai pas entendu *Est-ce que vous rencontrez fréquemment des patients qui ont une négligence ?* Alors fréquemment euh ... on a régulièrement oui, enfin *C'est variable ?* Ça dépend vraiment des moments, des fois y 'en a plein d'un coup, puis plus trop puis... *D'accord.*

Alors pour les patients héminégligents est-ce que vous pouvez me présenter les moyens que vous utilisez pour la rééducation? Alors en fait je vais surtout parler d'un patient, parce que j'en ai surtout un en tête. *Oui* Ou ben du coup je me positionne à gauche, j'essaye de ...quand, pour tout le travail de préhension qu'on va faire, on va tout faire à gauche. *Oui* Tout ce qui est à prendre enfin ça va être surtout ça en fait on va dire que c'est presque un travail indirect sur l'héminégligence. *D'accord.* Elle n'est pas la cible première, mais enfin je m'en sers, en fait je fais travailler quasiment qu'à gauche. *D'accord* Donc faut se le positionner bien droit face à la table, parce du coup il a tendance

à se mettre plus ou moins en crabe, en fait, avec la partie gauche derrière euh... Voilà.
D'accord et c'est pour ce patient que vous avez utilisé la thérapie miroir ? Oui pour ce patient-là oui.

Alors est ce que vous pouvez me parler de votre utilisation de la thérapie miroir auprès de ce patient ?

Oui alors du coup c'est une thérapie miroir un petit peu différente de la thérapie miroir, elle est informatisée. **Ah d'accord** C'est juste que au lieu de regarder dans un miroir on regarde dans un écran. **Ah d'accord.** Euh... en fait on enregistre une image avec le bras ...le bras valide et ensuite l'image est retournée pour mimer le bras euh ... hémiparétique.
D'accord. Et donc du coup nous on utilise ça, mais alors c'est un petit peu particulier, je sais pas si cela va beaucoup vous aider pour mon patient, parce qu'en fait mon patient il a une hémiparésie, mais après il arrive à se positionner il va avoir son côté gauche en retrait euh...quand il va se déplacer, il va avoir tendance à aller buter un peu à gauche, en tout cas à se décaler un peu vers la gauche. Mais...mais par contre il est bien conscient de son bras gauche, c'est-à-dire qu'on va faire un travail sur l'ordinateur, il va avoir besoin de mettre une majuscule, et ben il va venir faire shift avec le bras gauche sans que j'aie à lui dire. **D'accord, c'est une hémiparésie légère ?** Ouais qui est plus sur son environnement que sur lui réellement, enfin, je ne me rappelle plus les mots, mais **Oui d'accord** (silence).

Et la séance de thérapie miroir informatisée vous l'avez proposée à quel moment de la prise en charge ? Et à quelle fréquence l'utilisezvous ?

Nous le début de la prise en charge c'est un petit peu particulier parce qu'ils ont déjà été suivis en hôpital complet, en fait, donc du coup, en fait eux c'est que le milieu de prise en charge et...et du coup moi je l'ai proposé euh...après le premier mois je dirai, de prise en charge. **D'accord** (silence) **et vous avez débuté à quelle fréquence? Et des séances de combien de temps ?** Alors, c'est un monsieur qui vient deux fois par semaine, donc du coup je le vois deux fois par semaine et à chaque fois on essaye de mettre à peu près ½ heure euh... pas ½ pardon, ¼ d'heure sur la thérapie miroir. **D'accord.** Sachant que là du coup c'est un monsieur qui est parti, euh ...bon euh en vacances et...et on a pu mettre du coup le programme, euh.. les vidéos sur sa tablette, pour qu'il puisse continuer de le faire à la maison. **D'accord** Et là c'est quelque chose que j'aimerais qu'il puisse continuer de faire

et faire les mouvements à la maison. *Oui, c'est intéressant, je ne connaissais pas* Ben en fait, nous on travaille sur un prototype donc c'est un petit peu différent.

Vous avez un protocole ? On ne suit pas de protocole particulier, on fait pas trop longtemps, en fait c'est carrément fatigant de se concentrer sur les images, euh. Donc du coup ¼ d'heure c'est bien, parce qu'après cela devient vraiment vite fatigant. *D'accord* (silence) *Et comment travaillez-vous ?* Alors chez ce monsieur que des mouvements analytiques parce que les objets ne sont pas encore utilisables, enfin...*D'accord* En fait, il a une hémiparésie assez importante. Et le problème nous d'utiliser justement l'écran, c'est qu'y a l'écran entre la main et les yeux et du coup pour utiliser un objet et ben on le voit pas. (Silence). *Oui, j'ai du mal à me représenter la chose.* En fait, vous avez la table, *Oui.* Vous avez l'écran qui est dessus, mais alors on va dire quasiment horizontalement dessus, et en fait vous passez la main sous l'écran, donc cela fait comme-ci vous aviez un miroir, enfin qui...en fait, l'écran il vous donne l'image inversée de ce qu'on a enregistré avant, *oui* sauf que les deux mains ne sont pas en même temps, et du coup quand les vidéos passent avec ce qu'a enregistré la main et ben au-dessous il essaye de faire les mouvements. *D'accord, donc il y a un premier enregistrement et après il refait les mouvements avec ce qu'il voit ?* Avec l'enregistrement, oui c'est ça. *Et quand il fait le mouvement avec sa main saine pour l'enregistrement est ce qu'il doit essayer de faire les mouvements simultanément avec son membre négligé ?* Non pour l'enregistrement non. *D'accord* . Parce qu'en fait, on enregistre juste les mouvements qu'on veut, et puis ça c'est fait en pas longtemps et après on passe la bande donc, avec les mouvements que l'on veut qu'il fasse avec l'autre main. *D'accord donc vous utilisez ces enregistrements pour l'autoéducation à domicile ?* Oui, c'est ça en fait, il emmène à domicile les vidéos que l'on a enregistrées. *D'accord, très bien.*

Euh.....Le patient a-t-il adhéré facilement à cette thérapie ? Eh ben oui, je pensais pas, en fait je ne savais pas trop et en fait il avait fait de la thérapie miroir classique en hospitalisation complète et ça lui avait pas plu *Ah...*Et en passant sur le logiciel il a beaucoup aimé, mais c'est vrai que lui en tout cas ça lui avait pas beaucoup plu de passer directement par le miroir. *Il a su dire pourquoi ?* il trouve que, il avait moins l'impression que c'est lui qui faisait le mouvement, enfin...en fait, il trouve que, on va dire que l'écran c'est un meilleur leurre. *L'illusion était moins bonne avec le miroir classique ?* C'est ça, ouais l'illusion est meilleure avec l'ordinateur. *D'accord, c'est intéressant*

euh.. Après je vais plus vous interroger sur les effets, les résultats de la thérapie miroir, en fait sur ce que vous avez pu observer. Quels domaines ont été impactés ?

Malheureusement je ne pourrais pas répondre, on n'a pas euh... J'ai pas assez de recul encore, c'est à mon avis trop frais l'utilisation du logiciel. **D'accord** (silence) Puis c'est assez particulier comme héminégligence, il n'oublie pas ce qu'il y a sur la moitié de sa table, même quand je lui ai fait le test des cloches, il est bon le test des cloches **D'accord**. Mais par contre, ben il va toujours être assis en retrait euh... quand il va marcher il va toujours dévier sur la gauche, enfin c'est... en tout cas tout il est pas, tout ce qui est fait sur table c'est pas sensible. **D'accord, donc c'est plus au niveau de ces déplacements ?** Ouais. **Sinon, y a-t-il eu des effets inattendus ou négatifs ?** Non, non

Avant dernière question, pouvez-vous, svp, me dire quels sont les limites et les points forts de cette thérapie pour les patients héminégligents, à votre avis ?

Euh...(Silence) pour les patients héminégligents ? **oui, oui** (silence) ben je dirai que les points forts c'est qu'on l'oblige à se concentrer sur la gauche, étant donné que l'on veut travailler la gauche donc euh...enfin on l'oblige à y porter l'attention...euh...le patient j'étais assez étonné qu'en vacances il soit carrément d'accord pour amener les vidéos **Oui** les mettre sur sa tablette, le faire à la maison, enfin j'étais assez étonné d'avoir une réponse si positive, mais en même temps étant donné que le miroir il avait pas adhéré je ne suis pas sûr que si y avait eu juste un miroir il l'aurait fait. **D'accord** .Je pense que le miroir, ça nécessite vraiment, vraiment, vraiment l'adhésion du patient et**Oui et au niveau de la compréhension des consignes ?** Oui, non, je n'ai pas eu de difficultés avec ce patient pour la compréhension des consignes **d'accord**, mais ça peut être un frein si la personne a des troubles cognitifs importants. **OK**

Une dernière question, à votre avis pourquoi les ergo utilisent peu cette thérapie avec ces patients-là ? ben elle est un peu lourde quand même à mettre en place parce qu'elle, ça oblige de le faire à toutes les séances, euh... et puis en plus, même nous en hôpital de jour on les voit pas tout à fait assez pour faire ça je pense, c'est mieux de les voir plus souvent, pour pouvoir faire des plus courtes sessions et plus souvent voire, je sais pas on peut imaginer en hôpital complet, le faire deux fois par jour, mais ça nécessite de mettre en place des choses qui sont pas forcément évidentes, en fait tout ce qui est un peu chronophage **oui**, comme ça c'est pas forcément évident à mettre en place et du coup on passe à côté on fait autre chose et voilà. **D'accord, d'accord**. (Silence) Et sinon j'aurais

pas penser à utiliser la tm juste en ciblant que pour l'héminégligence, mais j'aurais lu des articles dessus, mais je pense que la littérature, ça peut être un frein. **D'accord.**

Bon ben voilà, j'ai posé l'ensemble de mes questions, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ? non, **d'accord, merci d'avoir répondu à mes questions, y a t-il un dossier sur la thérapie informatisée sur le site internet du CH ?** donc parce qu'en fait c'est en développement, voilà.. **ben je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.** Eh ben de rien. Bonne journée et bon courage pour finir alors, **Oui, merci beaucoup, au revoir, Au revoir.**

Entretien C : durée environ 30 minutes

Bonjour, c'est Armelle Durand l'élève ergo, oui bonjour, donc l'entretien va durer environ 30 minutes et il est enregistré, ça va pour vous ? Oui, d'accord, **donc, il y a une première question d'ordre général puis six questions en lien avec ma thématique l'utilisation de la thérapie miroir auprès des patients héminégligents.** OK, très bien.

Alors, la première question, donc est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ? Donc c'est-à-dire, votre âge, depuis quand vous exercez le métier d'ergothérapeute ? Dans quelle structure vous travaillez ? Depuis combien de temps et la population que vous rencontrez le plus souvent ? oui alors je m'appellej'ai vingt-cinq ans, j'ai été diplômé en juillet 2015, et j'exerce en tant qu'ergothérapeute depuis juillet 2015 au centre de rééducation de ... et au niveau de la population qu'on rencontre ici, euh...c'est une population essentiellement adulte, au niveau de l'âge, rarement des personnes mineures, et au niveau des pathologies rencontrées ça varie entre de la neuro, de la traumato, essentiellement. **D'accord vous arrive t-il souvent de prendre en charge des personnes avec une héminégligence ?** Oui, oui, oui, assez fréquemment, **D'accord et combien de temps vous les gardez en moyenne ?** En principe on les garde ½ heure, en charge, par jour, sachant que les patients neuro AVC, on les voit également en AVJ le matin, dans les prises en charge en chambre et donc on a à peu près ½ heure le matin avec eux en chambre et ½ après en salle dans la journée. **D'accord ça c'est tous les jours ?** Oui **d'accord** tous les jours ½ heure et en chambre ça varie selon l'évolution du patient et puis selon notre bilan, si y a besoin on les garde, si y a pas besoin, on les garde pas. **D'accord, et la moyenne d'âge de ces patients ?** des patients neuro ? **oui** ça varie les plus jeunes ça peut-être autour de trente ans, trente-cinq ans et les plus âgés ça peut aller jusqu'à

soixante-dix, quatre-vingt. **D'accord.** Sur des AVC récents, on va dire parce qu'après on a aussi des personnes pour AVC séquellaires. **D'accord.**

Donc, est-ce que vous pouvez développer les moyens que vous utilisez pour la rééducation des patients héminégligents ? Alors ben stimulation du côté héminégligent, donc plus souvent à gauche, euh ça peut être rien que par notre placement, **oui**, euh...inciter les personnes à regarder de ce côté-là. **Oui** après ça peut être sur des exercices de recherche sur table, avec des images par exemple, rechercher un point précis, euh... nous décrire une image, euh...ça peut être après au niveau objets éventuellement, par exemple on peut utiliser un puzzle à remplir, on met les pièces toutes à gauche et puis voilà on essaie d'inciter la personne à aller le plus souvent de ce côté. **D'accord et en chambre, est-ce que vous intervenez?** Oui on peut donner des conseils pour l'aménagement de la chambre, à l'équipe médicale, infirmières et aides-soignantes pour euh...effectivement, aménager ou on le fait nous-mêmes aussi notamment, je pense, sur le lavabo, bien positionner les éléments à gauche, alors je dis tout le temps à gauche parce que c'est vrai que l'héminégligence est...on la retrouve toujours de ce côté-là. **Oui et vous intervenez auprès des familles ?** Pas en systématique, mais oui ça peut arriver, quand les familles ont des interrogations, **oui**, eux ne comprennent pas forcément le lien entre l'AVC et l'héminégligence et ils nous disent on a remarqué que dans le comportement euh...il n'utilise pas son côté gauche ou se cogne aux portes, des choses comme ça et on les sensibilise un petit peu là-dessus. **D'accord. Lors des repas ça arrive que vous interveniez ?** Ça arrive, mais en fait dans notre organisation, on voit pas les patients le midi. **D'accord** Sauf si on fait une mise en situation, mais qui est vraiment...on ne le fait pas quotidiennement, ça va être ponctuel, une fois pour faire une évaluation...euh...sinon au quotidien on ne le fait pas tous les jours. **D'accord** Par contre on communique avec les équipes pour l'aménagement du plateau, des choses comme ça. **D'accord.**

Maintenant, pouvez-vous me parler de votre utilisation de la thérapie miroir avec ces patients ? Qu'est-ce que vous avez cherché à rééduquer en proposant cette thérapie ? Comment vous avez utilisé la thérapie ? euh, voilà. Comment on utilise le miroir ? **Oui** de façon très expérimentale on va dire, euh...parce que nous on l'utilise plus dans une rééducation globale de l'AVC, pas que forcément dans l'héminégligence, et notamment plus dans ...pour retrouver de la commande. **D'accord** Si vous voulez nous l'utilisons pour tromper le cerveau en fait on demande au patient de faire bouger son membre sain tout en regardant dans le miroir, c'est juste comme ça qu'on l'utilise. **D'accord** Donc ça forcément

un impact sur la négligence aussi puisque l'objectif est de prendre conscience que le côté atteint bouge en tout cas de tromper le cerveau. **D'accord donc au départ vous recherchez une amélioration de la motricité volontaire et tant mieux si ça fait travailler l'héminégligence ?** oui **d'accord et avez-vous un protocole ?** Non, c'est pas protocolisé et après c'est variable selon l'état de fatigue la durée d'utilisation du miroir, selon aussi le, comment dire euh... la façon dont le patient réagit à cette thérapie parce que y a des personnes qui comprennent pas tellement le principe, qui sont très distractibles et qui sont incapables de se concentrer réellement sur le miroir, voilà, c'est vraiment adapté en fonction du patient, de son état de fatigue, de si il est réceptif ou non au miroir et la fréquence quand on l'utilise, on essaie de le faire trois fois par semaine on va dire **D'accord**. Sur cinq jours, après on fait rarement ça toute la séance, on fait pas ça ½ heure et sur environ trois semaines on va dire, sur une prise en charge. **D'accord**, Mais sans avoir de chiffres réels, c'est approximatif et dans mes souvenirs. **D'accord et comment se passent les séances, qu'est-ce que vous faites ?** Alors toujours ce que je fais dans un premier temps ben j'explique ce qu'on va faire avec le patient, pour qu'il comprenne, je lui explique l'intérêt aussi, **Oui**, A savoir leurrer le cerveau pour donner l'illusion du mouvement, euh...pour qu'il comprenne où on veut aller et puis euh après c'est surtout bien centré sur les principes, de jamais quitter le miroir des yeux, imaginer que c'est le côté atteint qui bouge, et on commence toujours par des petits exercices de mobilisation on va dire, c'est-à-dire que dans le cadre d'une hémiplégié gauche par exemple, je vais mettre le miroir à droite du patient, à gauche pardon du patient, lui demander dedans, il bougera son bras droit en regardant dans le miroir, en imaginant que c'est le bras gauche et moi je fais derrière en complément en bougeant aussi son bras. **D'accord** Et après si ça marche bien on fait des exercices de déplacement d'objets, **D'accord**. En regardant dans le miroir. Voilà, on utilise des pions, des cônes, des choses comme ça, des objets de rééducation. Je ne sais pas si j'ai été assez clair du coup sur l'utilisation lors des premières séances ? **Si, si vous reproduisez les mouvements passivement avec le bras gauche.** Oui exactement OK.

Y'a-t-il eu des difficultés avec certains patients ? oui sur les patients distractibles, et qui sont incapables de, dès qu'il y a un bruit autour ou un mouvement que je vais appeler parasites ou voilà euh ...le moindre événement extérieur, ils décrochent du miroir et donc du coup l'intérêt de cette thérapie est très limité dans ce cas-là. **D'accord**, ils ne sont plus concentrés sur l'objet. **Et est-ce que vous les mettez dans une situation particulière pour éviter les distracteurs ?** C'est-à-dire qu'on a un manque de place et un manque de moyens

donc on a pas tellement la possibilité de s'isoler réellement euh on est dans une grande salle et ...*D'accord*

Euh... ensuite, quels effets ou résultats vous avez pu observer en utilisant cette thérapie avec les patients héminégligents? Quels domaines ont été impactés ? Oui sans protocole c'est pas ...euh on a pas de résultats sûrs si vous voulez, on a pas de protocole euh ... après on a déjà eu sur les patients en utilisant cette thérapie des améliorations au niveau moteur *oui*, mais comme on fait pas que ça, est-ce que c'est lié exactement a miroir ou avec ce qu'on fait à côté ? (silence) *Et au niveau moteur comment ça se manifestait?* Alors sur des mouvements analytiques, *d'accord*, après ça peut avoir un impact sur le schéma corporel quand même, sur réintégrer son membre dans son schéma corporel et voilà. Parce que ça a marché pour certains patients euh redécouvrir ce qui pourrait être en lien avec votre sujet sur l'héminégligence. *D'accord* Euh redécouvrir quand même que le côté atteint fait toujours partie de son corps et voilà. *D'accord comment avez-vous pu observer ça ?* Les patients qui nous le disent après sur ...le...l'attention qu'ils peuvent porter au membre atteint, le soin qu'ils peuvent y apporter, le fait de pas laisser tomber le bras du fauteuil par exemple, *oui* et de bien faire attention en disant ben c'est mon bras et faut que j'en prenne soin. *Et puisque vous les prenez en AVJ le matin, avez-vous observé des choses ?* oui, oui ça se transpose *d'accord sinon avez-vous observé des effets inattendus ?* Non pas spécialement, j'essaie de réfléchir (silence) non des fois ça peut être confrontant pour certains patients *oui* qui n'aimaient pas du tout voir justement le côté atteint et auquel cas on arrêta et on essayait de trouver d'autres solutions, *D'accord* (silence) *et pour revenir aux effets de la thérapie, au niveau de l'environnement ou des déplacements, est-ce que vous avez observé quelque chose?* Ouais dans les déplacements fauteuil, y faisaient plus attention au côté atteint, euh...ne plus se cogner euh ...sur ce que je vous disais sur le fait de ne pas laisser tomber le bras du fauteuil (silence) voilà. *D'accord* Donc est-ce que c'est ça ? Est-ce que c'est ce qu'on fait à côté ou en kiné ? C'est général après *Tout à fait*, l'amélioration générale de l'état de santé.

D'accord, est-ce que vous pouvez, maintenant me donner les points forts et les limites de cette thérapie pour ces patients ? (long silence) je trouve, enfin c'est intéressant dans cette idée d'inclusion du membre, enfin d'intégration plutôt, euh ... après ...ouais sur le niveau moteur euh...comme c'est très variable, donc est-ce qu'on peut réellement mettre ça sur le compte de la thérapie miroir ? j'ai pas tellement de recul en fait sur l'utilisation qu'on peut en faire vu qu'on n'a pas de protocoles...donc pour vous le point fort c'est plus le travail

du schéma corporel que moteur ? Non le moteur quand même aussi euh...si le patient adhère bien euh ...c'est déjà arrivé au moins une fois avec une patiente qu'on ait une récupération au niveau des doigts **Oui** Suite à l'utilisation du miroir. **D'accord.** Au niveau moteur. **Vous faites des évaluations au début et à la fin de l'utilisation de la thérapie ?** oui mais comme on l'utilise de façon ponctuelle et que c'est pas protocolisé, c'est un ensemble qui fait qu'y a eu une amélioration ou qu'il n'y a pas eu d'amélioration, mais je peux pas dire réellement que c'est grâce au miroir. **Oui, d'accord.** Faudrait utiliser que cette thérapie et ne faire que ça sur plusieurs semaines pour faire des conclusions. **Oui**

Et les limites liées à cette thérapie ? Ouais ben c'est très dépendant de, du patient au final, de (silence) la façon dont il est réceptif ou non et si il y a des troubles cognitifs importants déjà, rien qu'au niveau concentration euh si ils sont pas capables de maintenir la concentration plus de plusieurs minutes, on peut pas l'utiliser. La distractibilité j'en ai parlé, ça peut être également des appréhensions, comme on l'a évoqué un peu tout à l'heure au niveau du regard, voilà. **D'accord et une question que je ne vous ai pas posée, ou vous positionnez vous lors des séances ?** Je reste avec eux toute la séance et puis vu que je commence par des mouvements en passif je suis toujours à côté d'eux, quand vraiment ils se débrouillent bien, et ils adhèrent bien à l'utilisation du miroir et qu'on passe sur des objets à déplacer je reste au début à côté pour guider un peu, conseiller si besoin et après si vraiment ils se débrouillent bien je peux être amené à les laisser tout seuls. **D'accord,** Mais moi perso il faut que je sois sûr que je puisse faire confiance au patient, qu'il ne trichera pas, comme il faut regarder tout le temps dans le miroir parce que si on le laisse tout seul et qu'il regarde sa main saine ça aucun impact après, aucun intérêt. **D'accord. Sinon on ne l'a pas évoqué, c'est le positionnement du patient et du miroir ?** Ben, on a des tables réglables en hauteur et un miroir posé sur un support en bois. **Le membre lésé est-il caché ?** il est derrière le miroir, mais pas dans une boîte, c'est pour ça moi je fais vraiment à ma sauce quoi. Pour l'avoir vu sur des lieux de stage ou avoir des collègues qui faisaient aussi leur mémoire dessus euh...ça nous a intéressés et on s'est dit pourquoi pas l'utiliser, si ça peut avoir des effets positifs. **Tout à fait, oui.**

Et à votre avis, qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergos à utiliser la thérapie miroir pour les patients héminégligents ? (long silence) Qu'est-ce qui pourrait nous motiver à l'utiliser ? **Oui, parce qu'elle est rarement utilisée finalement,** dans le cas de l'héminégligence ? Déjà si on pouvait avoir des formations dessus, ça nous motiverait à l'utiliser, parce que c'est pas forcément quelque chose de très utilisé comme vous dites ou

de très connu, euh... donc faut ça gagne à être connu et avoir des protocoles dessus en fait d'utilisation et des résultats prouvés. Oui, d'accord, effectivement il n'y a pas de protocoles validés et peu d'écrits, peu d'études sur ce que ça peut apporter. On sent que c'est intéressant, mais ...pas encore bien mis en place quoi. ***Oui c'est sûr. Voilà, j'ai posé toutes mes questions, est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?*** J'espère que j'ai été assez clair. ***Oui, oui très bien. En tout cas, merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.*** Ben de rien, si vous avez besoin d'autre chose, des précisions...vous pouvez me contacter par mail ou téléphone. ***D'accord, très bien, merci beaucoup. Alors, passez une bonne journée, au revoir*** Au revoir.

Annexe IX : Analyse longitudinale - Tableaux de réponses des ergothérapeutes

Ergothérapeute A :

Question 1	Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?
	<p>Pas de techniques particulières, thérapie miroir, stimulation du côté négligé en chambre et en activité sur la table, mettre des repères visuels, faire acquérir des stratégies pour faire porter le regard du côté négligé, repères en chambre, repères sur le plateau.</p> <p>Impliquer les soignants et la famille pour stimuler le côté gauche, travailler les déplacements au niveau spatial et corporel, stimuler le côté gauche au niveau spatial et corporel, faire des bilans, faire acquérir une autonomie, éviter les mises en danger, travail avec la vidéo pour l'organisation dans l'espace et apprécier les distances surtout à gauche et pour lutter contre l'anosognosie, travail dans la cuisine pour mettre la table et être capable de s'organiser, travail de la négligence dans les activités du quotidien,</p>

Question 2	Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?
	<p>Pas dès les premiers jours, car AVC massif, donner des explications sur la thérapie miroir, comment ça fonctionne, intérêt de la thérapie, en complément à la prise en charge, utilisée autant pour le côté moteur que pour l'héminégligence, doit pouvoir supporter la séance, doit être capable de comprendre la thérapie, impossible si trop de troubles cognitifs.</p> <p>Utilisation d'un protocole validé par quatre médecins de MPR, protocole sur six semaines (deux semaines de passif, deux semaines d'actif aidé, deux semaines d'actif si possible), mouvements analytiques puis avec des objets pour travailler la partie fonctionnelle, séances de 30 minutes, 5 jours/semaine, documents d'information donnés au patient,</p>

Question 3	Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?
-------------------	--

	<p>La thérapie miroir est un complément, impossible de dire ce qui relève de la thérapie miroir, amélioration au niveau moteur, utilisation de son membre comme bras d'appoint, prise de conscience du membre, plus d'attention portée au membre lésé, intégration du membre dans les activités du quotidien, tenir plus compte de la négligence dans les gestes de la vie quotidienne, acquisition des stratégies pour ne pas se mettre en danger, se déplacer seul en sécurité, toilette/habillage autonome, capable de préparer son petit déjeuner,</p> <p>pouvoir jouer avec ses enfants, récupérer la marche.</p>
--	--

Question 4	Selon vous, quels sont les points forts et limites de cette thérapie pour ces patients ?
	<p>Points forts : stimule la zone du cerveau qui a été lésée,</p> <p>Points faibles : les troubles attentionnels gênent la TM, difficile de maintenir leur attention vers la gauche pendant trente minutes, besoin de faire des pauses, demande énormément d'énergie, il faut sans cesse les recentrer sur la tâche, besoin d'un environnement calme, dépourvu de tout stimulus.</p> <p>Le thérapeute doit toujours être présent pour les recentrer, le patient doit pouvoir regarder vers la gauche c'est un préalable à l'utilisation du miroir, l'auto-rééducation n'a pas d'intérêt, car la TM doit être proposée dans les trois mois après l'AVC.</p>

Question 5	Qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes avec une négligence unilatérale ?
	<p>Pas de protocoles pour la négligence, peu d'articles qui prouvent l'intérêt de la TM sur l'héminégligence, il existe d'autres thérapies disponibles (lunettes prismatiques),</p>

Ergothérapeute B :

Question 1	Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?
	Se positionner à gauche, travail de préhension à gauche, tout faire à gauche, travail indirect sur l'héminégligence, ne travailler quasiment qu'à gauche, positionner le patient droit face à la table, la thérapie miroir, test des cloches

Question 2	Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?
	Thérapie miroir informatisée prototype, on regarde dans un écran et non dans un miroir, mise en place en milieu de prise en charge, ¼ d'heure deux fois/semaine, pas longtemps, car entraîne de la fatigue, poursuite du programme à domicile, mouvements analytiques, car les objets ne sont pas encore utilisables, enregistrements de la vidéo avec la main saine, utilisation des vidéos en auto-rééducation à domicile.

Question 3	Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?
	Pas assez de recul pour répondre, utilisation très récente de la thérapie informatisée, toujours assis en retrait, difficultés dans les déplacements, déviation sur la gauche lors de la marche. Adhère facilement à la thérapie, préfère la TM informatisée à la TM classique, car l'illusion est meilleure,

Question 4	Selon vous, quels sont les points forts et limites de cette thérapie pour ces patients ?
	Points forts : on oblige à se concentrer sur la gauche, travail la gauche, oblige à porter l'attention vers la gauche, implication du patient dans la thérapie, nécessite vraiment l'adhésion du patient, Points faibles : difficultés pour la compréhension des consignes, les troubles

	cognitifs importants, thérapie lourde à mettre en place, oblige de le faire à toutes les séances, thérapie chronophage, plus facile en hospitalisation complète, car séances plus fréquentes qu'en hôpital de jour,
--	---

Question 5	Qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes avec une négligence unilatérale ?
	Publication d'articles, le manque de littérature est un frein.

Ergothérapeute C

Question 1	Quels moyens de rééducation utilisez-vous dans la prise en charge des personnes avec une négligence unilatérale ?
	Stimulation du côté hémignégligent, le plus souvent à gauche, positionnement du thérapeute, inciter les personnes à regarder du côté négligé, exercices de recherche sur la table, utiliser des images, rechercher un point précis, décrire une image, puzzle à remplir en mettant toutes les pièces à gauche, conseils aux soignants pour l'aménagement de la chambre, positionner les objets à gauche sur le lavabo, réponses aux interrogations des familles, sensibilisation aux troubles du comportement, mise en situation pour évaluer, communication avec les équipes pour l'aménagement du plateau repas.

Question 2	Pouvez-vous me parler de votre utilisation de la TM auprès de ces patients ?
	<p>De façon expérimentale, dans une rééducation globale de l'AVC, pas que pour l'hémignégligence, pour retrouver de la commande, pas de protocole, durée d'utilisation variable de la thérapie miroir en fonction de l'état de fatigue, en fonction de la réaction du patient, à adapter en fonction des capacités cognitives, de compréhension, de concentration, de l'état de fatigue.</p> <p>3 fois / semaine, sur cinq jours, pendant ½ heure et sur environ trois semaines, dans un premier temps donner des explications, expliquer l'intérêt, rappeler les principes (regarder le miroir, imaginer/faire le mouvement avec le côté lésé), au début exercices de mobilisation, déplacement d'objets, utilisation difficile avec les patients distractibles/incapables de se concentrer.</p> <p>Miroir posé sur un support en bois, tables réglables en hauteur.</p> <p>Important de rester à côté du patient durant la séance pour l'inciter à regarder dans le miroir, guider, conseiller. Quand ils se débrouillent bien je peux les laisser seuls</p>

Question 3	Quels effets/résultats a eus la thérapie miroir sur ces patients? Quels domaines ont été impactés ?
	<p>Pas de résultats sûrs, améliorations au niveau moteur, impact sur le schéma corporel, réintégration du membre dans le schéma corporel, redécouvrir le côté atteint, plus d'attention portée au membre atteint, ne laisse pas tomber le bras du fauteuil, transposition des acquis lors des soins d'hygiène et l'habillage, amélioration lors des déplacements, plus d'attention portée au côté atteint, ne se cogne plus, amélioration générale de l'état de santé.</p> <p>Le miroir peut être confrontant pour les patients, certains n'aiment pas voir le côté atteint dans le miroir</p>

Question 4	Selon vous, quels sont les points forts et les limites de cette thérapie pour ces patients ?
	<p>Points forts : intégration du membre lésé, améliorations variables au niveau moteur, travail du schéma corporel, le patient doit adhérer,</p> <p>Points faibles : pas de protocoles, utilisation ponctuelle, utilisation en plus des autres thérapies, dépend du patient, troubles cognitifs importants, difficultés de concentration sur plusieurs minutes, la distractibilité, appréhensions liées au fait de voir son membre lésé,</p>

Question 5	Qu'est-ce qui pourrait davantage encourager les ergothérapeutes à utiliser la thérapie miroir auprès des personnes avec une négligence unilatérale ?
	Avoir des formations, être davantage connue, avoir des protocoles, avoir des résultats prouvés, avoir plus d'écrits.

Résumé

Titre : Thérapie Miroir (TM) et hémiparésie : quel impact sur le schéma corporel et l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne? **Contexte/objectif**: Le syndrome d'hémiparésie est un ensemble de symptômes neurologiques couramment trouvés après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), dans l'hémisphère droit. Peu d'études suggèrent un effet de la TM sur les conséquences de l'hémiparésie. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la TM sur le schéma corporel et l'autonomie des patients qui manifestent un syndrome d'hémiparésie. **Matériel et Méthode**: En utilisant une méthode clinique et qualitative, trois ergothérapeutes exerçant dans des centres de rééducation ont été interrogés suivant des entretiens semi-structurés. **Résultats**: La TM en plus de la rééducation conventionnelle a induit une amélioration de la prise de conscience du membre lésé et un gain d'autonomie lors des déplacements et la réalisation des soins d'hygiène/de l'habillement. **Conclusion**: L'efficacité de la TM sur le schéma corporel et l'autonomie des personnes avec un syndrome d'hémiparésie est vraisemblable. Pour confirmer ces résultats une étude de type interventionnelle doit être menée.

Mots-clés : Ergothérapie-Thérapie miroir-Hémiparésie-Accident vasculaire cérébral-Schéma corporel-Autonomie

Abstract

Title: Mirror Therapy (MT) and hemiparesis: what impact on body schema and autonomy/independence in activities of daily living? **Background/Objective**: The neglect syndrome is a cluster of neurological symptoms commonly found after a right-hemisphere stroke. Few studies suggest an effect of MT on hemiparesis consequences. This study aimed to investigate the efficiency of MT on body schema and autonomy for individuals with hemiparesis syndrome. **Materials and Methods**: Using a clinical and qualitative method, three occupational therapists working in rehabilitation centers were interviewed during semi-structured discussions. **Results**: MT in addition to conventional rehabilitation has resulted in an increased awareness of the affected arm, a gain in autonomy when moving around and during hygiene/dressing tasks. **Conclusion**: Effectiveness of MT on body schema and autonomy for individuals with hemiparesis syndrome is likely. To confirm these results an interventional study needs to be carried out. **Key words**: Occupational therapy- Mirror therapy - Hemiparesis- Stroke-Body schema-Autonomy