Cadres de référence et habiletés relationnelles en thérapie de la main

Résultats d'une étude qualitative et réflexions sur la prise en charge du patient complexe

Fiona GIGON

Bsc en Ergothérapie

ASPMAD, Yverdon-les-Bains, Suisse

Hand and Wrist Unit - HWU, Meyrin / Genève, Suisse

Pour l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire Européen en Rééducation et Appareillage en Chirugie de la Main

Travail présenté à :

Monsieur D. GERLAC, Kinésithérapeute spécialisé en rééducation de la main, Echirolles

Professeur F. MOUTET, Chirurgien de la main spécialisé, CHU Grenoble

Docteur P. BARO, Psychiatre, CHU Grenoble

Grenoble, juillet 2015

Remerciements

Un grand Merci à toutes les personnes qui ont soutenu cette démarche et qui ont participé à ce travail de recherche.

« I challenge you not to be afraid to « make waves » in favor of what your patients' and your professions' needs. Each of us has the ability to write the next chapter of our collective story. We have the ability to change, evolve and be exceptional. We are only limited by our own imagination, how we see the world, and our willingness to adapt to it. » (Aaron, 2013, p.74).

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que les auteurs »

RESUME

Type d'étude : Descriptif, qualitatif

But : Identifier les différentes approches thérapeutiques telles que les cadres de références, les habiletés relationnelles et leurs différents outils de traitement utilisés en thérapie de la main en général et, en particulier, lors de situations jugées complexes.

Méthodologie : Revue de la littérature européenne et américaine. Analyse de 20 dossiers remplis par des thérapeutes de la main faisant partie des deux associations spécialisées en rééducation de la main en Suisse et en France, respectivement la Société Suisse de Rééducation de la Main (SSRM) et la Société Française de Rééducation de la Main et du Membre Supérieur (GEMMSOR).

Résultats : Les thérapeutes de la main utilisent des outils de traitement venant de cadres de référence biomécaniques, centrés sur le client et centrés sur le fonctionnement. La gestion d'un cas jugé complexe demande une attention particulière sur l'analyse de la relation thérapeutique regroupant des facteurs liés au patient, à l'environnement et au thérapeute. Les approches motivationnelles, à base cognitives et comportementales ou encore centrées sur la motivation intrinsèque du patient sont des modèles et des moyens de traitement efficaces pour influencer la participation active du patient (adhésion thérapeutique). Les habiletés relationnelles du thérapeute de la main ont une grande influence sur le processus de soins. Elles font partie des compétences requises en thérapie de la main.

Conclusion : Les modèles biomécaniques, centrés sur le patient et sur le fonctionnement offrent un contexte théorique et des outils pratiques idéaux pour analyser et effectuer un traitement en rééducation de la main. Le rééducateur doit analyser la compréhension des besoins du patient, ses limitations et ses ressources pour mieux appréhender son plan de traitement (Cooper, 2014). Les habiletés relationnelles telles que l'empathie, l'optimisme, le partage de l'information et le renforcement des savoirs du patient sont essentielles.

Mots-clefs

Cadres de référence – habiletés relationnelles – thérapie de la main – outils de traitement – cas complexes

Table des matières

RESUME **3**

INTRODUCTION **5**

REVUE DE LA LITTERATURE **8**

LA MAIN 8

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 8

THERAPIE DE LA MAIN 9

SITUATIONS COMPLEXES ET INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES 11

CADRES DE REFERENCES ET MODELES DE PRATIQUE 12

INSTRUMENTS DE MESURE ET ECHELLES D'EVALUATION 21

HABILETES RELATIONNELLES 22

METHODOLOGIE **25**

DISPOSITIF DE RECHERCHE 25

POPULATION 25

METHODE DE COLLECTE DE DONNEES 26

VARIABLES 26

BIAIS DE LA RECHERCHE 27

ANALYSE DES DONNEES 27

CONSIDERATIONS ETHIQUES 28

RESULTATS **29**

POPULATION 29

CADRES DE REFERENCE ET MODELES DE PRATIQUE 30

INSTRUMENTS DE MESURE 30

OBJECTIFS DE TRAITEMENT 33

BILANS 34

SITUATIONS COMPLEXES 35

HABILETES RELATIONNELLES, COMPETENCES, ACTIONS THERAPEUTIQUES 36

AUTONOMISATION DU PATIENT 41

CONSEILS AUX FUTURS EXPERTS EN THERAPIE DE LA MAIN 43

INTERPRETATION DES RESULTATS **46**

CONCLUSION **51**

REFERENCES **53**

INTRODUCTION

Les pathologies de la main et du membre supérieur venant de maladie ou d'accident affectent brièvement ou longuement la vie d'une personne. Les issues chirurgicales et thérapeutiques sont nombreuses et visent toutes à maximiser les chances d'autonomie de la personne lésée dans ses diverses activités (professionnelle, de loisirs et des soins personnels). Dès l'apparition du handicap jusqu'au stade de guérison/réadaptation, différentes étapes sont à passer pour le patient[1] et les professionnels qui l'entourent. Certaines phases sont plus difficiles à vivre et la personne touchée peut alors l'exprimer de différentes façons.

Le cas du patient *complexe,* dont la problématique touche des aspects bio-psycho-sociaux, porte un impact direct sur la performance quotidienne de l'individu et influence le système socio-économique. Afin de minimiser les risques, les objectifs de traitement de chaque protagoniste doivent être précis et atteignables. L'interdisciplinarité a tout son sens entre les différents professionnels avec leurs propres rôles, leurs outils et leurs modèles de pratique. Dans une approche holistique et centrée sur ses besoins, le patient, avec ses ressources et ses difficultés, doit pouvoir trouver des solutions à ses problèmes afin de reprendre un train de vie satisfaisant à ses yeux.

Dans le but d'accompagner au mieux la personne dans le traitement de sa main et dans les différentes étapes d'acceptation et de réadaptation (ex. accepter les lésions irréversibles, acquérir de nouvelles habiletés, recouvrir des activités satisfaisantes), le thérapeute de la main[2] use de notions et de principes venant de cadres de références spécifiques, d'habiletés relationnelles, d'instruments de mesure et de multiples moyens de traitement. Les approches théoriques n'étant pas toujours clairement définies et objectivées chez chacun, il est apparu opportun et intéressant de rassembler ces informations et de créer un ouvrage spécifique à ces démarches pour remettre le rééducateur dans son rôle de thérapeute qui réfléchit à l'impact de ses paroles et ses gestes et non en tant que de simple effecteur.

Le but de cette recherche est d'identifier les différentes approches thérapeutiques telles que les cadres de références, les modèles de pratique, les habiletés relationnelles[3] et leurs différents

[1] Pour ce travail, les appellations "patient", "client" et "usager" sont utilisés indifféremment étant donné qu'il n'y pas de consensus dans la littérature.
[2] Synonyme pour ce travail: rééducateur. En anglais, *Hand therapist*
[3] *Communication skills, relational/interrelational skills*

outils de traitement utilisés en thérapie de la main[4] en général et, en particulier, lors de situations jugées *complexes*. Cet ouvrage servira de support pratique et théorique dans le domaine de la mise en place du traitement, des objectifs, des méthodes d'accompagnement du patient et de son analyse. Chaque personne (étudiant, thérapeute de la main et autre professionnel), intéressée par ce domaine, pourra trouver des pistes valables et fiables pour atteindre au mieux les objectifs de rééducation et de réadaptation.

Pour ce faire, le travail se divise en deux parties. La première partie se focalise sur une revue de la littérature européenne et américaine et la seconde présente l'étude de terrain qualitative et ses résultats pour analyser plus spécifiquement les pratiques françaises et suisse-romandes.

Voici les questions de base choisies pour répondre au but de cette recherche. Elles seront reprises et analysées en fonction des données récoltées dans la partie théorique et pratique dans le chapitre V, « Interprétation des résultats ».

- Quels sont les cadres de références et les modèles de pratique utilisés en thérapie de la main ?
- Quels instruments de mesure et échelles d'évaluation sont les plus utilisés en France et en Suisse romande ?
- Comment les objectifs de traitement se mettent-ils en place ?
- Quelle place a le bilan dans un suivi ?
- Qu'est-ce qu'un patient complexe ?
- Comment gérer la prise en charge d'un patient jugé *complexe* ?
- Quelles sont les habiletés relationnelles requises pour un thérapeute de la main ?

Hypothèses de travail

Les hypothèses de ce travail découlent d'un consensus général qui dit qu'une personne restreinte dans ses activités, à cause d'une affection physique ou psychique, devrait pouvoir bénéficier d'un accompagnement adapté suite à l'évaluation de sa situation. Les deux dernières hypothèses supposent que le suivi spécifique en rééducation de la main est utile pour éviter les états d'insatisfaction et aide à atteindre les objectifs de vie plus rapidement.

[4] Comprendre aussi : *rééducation/réadaptation/réhabilitation de la main*. En anglais, *Hand therapy*

Principe général *: Comme chaque individu est unique en termes de ressources, de compétences et de handicaps, ses besoins sont différents et spécifiques à sa situation. Pour cela, il est nécessaire de proposer différentes approches et prestations afin que chaque prise en charge soit adaptée.*

Hypothèse 1 : *Si les personnes souffrant de pathologie de la main allaient directement chez des intervenants spécialisés, alors elles pourraient être plus efficacement traitées et accompagnées dans le recouvrement de leurs capacités fonctionnelles.*

Hypothèse 2 : *Si les personnes sont accompagnées de façon spécifique, selon leurs besoins et leurs ressources, alors elles se retrouveraient moins souvent dans une situation d'insatisfaction et, de ce fait, arriveraient plus rapidement à un contexte de vie plus acceptable à leurs yeux.*

REVUE DE LA LITTERATURE

LA MAIN

Comme l'exposent en prémisse Chick, Papaloïzos (2014) et bien d'autres auteurs, la main joue un rôle prépondérant d'interface entre l'Homme et son environnement. Elle permet l'exploration, par le relai de l'information sensorielle, et la préhension, par l'agencement des os et du système musculaire. Elle constitue un instrument essentiel de la vie quotidienne, professionnelle et des loisirs. La main est un outil relationnel important dans l'expression des émotions et des sentiments. Elle est un relais communicatif observable dans la gestuelle et les comportements non-verbaux. Dans une aire réduite, des éléments extrêmement diversifiés en termes d'anatomie et de fonctions sont concentrés afin de répondre à des besoins spécifiques. La relation très étroite entre la main et le cerveau explique qu'une même blessure peut avoir des impacts différents selon la personne touchée. Selon les statistiques du Réseau main (2015), 729 personnes se blessent la main chaque jour en Ile de France, dont 137 dans le cadre d'un accident professionnel. Par année, la Fédération Européenne des Services d'Urgences de la Main (FESUM) recense plus d'1,4 millions de blessés dont un tiers lors d'accident de travail (Dubert, 2008). Peu de secteurs d'activités sont épargnés par les traumatismes de la main (APAVC, 2015) malgré les efforts d'adaptation des places de travail et des activités quotidiennes à risques (jardinage, bricolage, cuisine, etc.). A côté des traumatismes accidentels, figurent un grand nombre de maladies telles que les maladies congénitales, les maladies de type rhumatismal ou encore les maladies systémiques. Toutes les populations sont à risque : les enfants, les adolescents, les actifs et les personnes âgées sont susceptibles de vivre un jour le désagrément d'un dysfonctionnement à cause d'une main blessée.

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Une main accidentée et/ou douloureuse amène les personnes à consulter et donc à rencontrer un personnel soignant. Les premiers interlocuteurs sont, en général, les médecins puis selon leurs indications, des infirmiers, rééducateurs, psychologues et autres spécialistes si nécessaire. Au milieu de cette équipe pluridisciplinaire, le patient est accueilli avec ses problèmes, ses envies et ses ressources. Il peut passer par la phase Soins aigus, la phase Rééducation et/ou la phase Réadaptation.

THERAPIE DE LA MAIN

« La thérapie de la main est l'art et la science de rééduquer le membre supérieur du corps humain. La thérapie de la main est la fusion entre les théories de l'ergothérapie et de la physiothérapie qui combine des connaissances du fonctionnement du membre supérieur, des fonctions du corps et de la science de l'occupation » (Trad. de Hand Therapy Certification Commission - HTCC, 2009). La rééducation est un élément important dans l'accompagnement de la personne en pathologie de la main. Dans une relation de soins tridimensionnelle médecin-patient-thérapeute, le rééducateur occupe une place importante dans le suivi étant donné son implication quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle que cela soit dans un traitement post-opératoire ou lors d'un traitement conservateur (Chick, Papaloïzos, 2014). Le rééducateur répond à des demandes précises du médecin pour la confection d'orthèses, la normalisation des troubles trophiques, le recouvrement de la mobilité, la désensibilisation, etc. Le thérapeute a aussi un rôle important dans le relais médical pour tout ce qui est de type éducatif et adaptatif. Il accompagne les personnes dans la compréhension de leur pathologie, les aide à trouver des solutions pertinentes à leurs douleurs, à changer leurs habitudes de vie jugées nocives pour leur santé (par ex. diminuer la cigarette, augmenter l'activité physique) et revisite les principes d'ergonomie à domicile ou dans leur lieu de travail pour éviter les récidives. Comme cité ci-dessus, les thérapeutes de la main sont à la base des ergothérapeutes[5], des masso-kinésithérapeutes et des physiothérapeutes[6] (European Federation of Societies for Hand Therapy - EFSHT, 2015). Du fait de leur formation initiale, ils ont, au départ de leur pratique professionnelle, des sensibilités d'analyses et des moyens de traitement différents. Toutefois, grâce à leurs formations continues et leurs expériences cliniques, les experts en rééducation de la main ont créé, au fil du temps, un domaine distinct des pratiques générales de l'ergothérapie et de la physiothérapie (Kasch, Greenberg et Muenzen, 2002). Comme la chirurgie de la main demande des connaissances multimodales (chirurgie orthopédique, traumatologique, plastique, reconstructrice et vasculaire), la thérapie de la main exige des thérapeutes un bagage rempli d'outils et de moyens précis. Pour cela, de par leur ressemblance et leur complémentarité, les métiers d'ergothérapeute et de masso-kinési-physiothérapeute sont idéaux pour honorer les demandes de la thérapie de la main (voir Annexe 1 pour la définition

[5] *Occupational therapists*
[6] *Physiotherapists*

des deux métiers). Les compétences de l'expert en thérapie de la main sont aujourd'hui bien décrites et universelles. Nous avons trouvé intéressant de présenter l'analyse de la HTCC pour illustrer ce passage et mettre l'accent notamment sur les compétences relationnelles demandées (Trad. HTCC, 2015 ; Kasch, Greenberg et Muenzen, 2002) :

- Jugement et raisonnement clinique (*clinical judgment, clinical reasoning*)
- Connaissances scientifiques (*scientific knowledge*)
- Compétences techniques (*technical skills*)
- Habiletés relationnelles (*interpersonal and communication skills*)
- Promotion de la profession (*professionalism*)
- Identification, utilisation et promotion des ressources (*resource management*)

Dans le même ordre d'idées, mais présentés légèrement différemment, voici les champs d'actions des thérapeutes de la main certifiés et leurs tâches respectives (Trad. Muenzen and al., 2002) :

- **Evaluer les caractéristiques pertinentes du membre supérieur et du client** : Obtenir les données médicales, psychosociales et motivationnelles pour construire l'anamnèse et adapter le traitement au fil du temps ; choisir des instruments de mesure et outils d'évaluation adaptés pour les différents domaines (système musculo-squelettique, trophicité, état nerveux, statut fonctionnel et ergonomique, etc.).
- **Développer le plan de traitement ; anticiper la fin de la thérapie :** mettre en place des objectifs centrés sur le client à court et moyen terme ; choisir une fréquence de séance en fonction des besoins du client, des recommandations du médecin et dans le respect de la législature sociosanitaire (assurances) ; se positionner dans le potentiel de récupération ; identifier les ressources environnementales ; sélectionner les moyens de traitement adaptés ; évaluer les capacités/incapacités de la personne pour son retour au travail ; formuler et documenter les observations aux intéressés ;etc.
- **Exécuter le plan de traitement :** Appliquer les moyens de traitement et ajuster l'intervention en fonction de l'évolution
- **Développer la prévention au niveau de la population :** analyser, déterminer les besoins d'une population type (ex. sportifs, musiciens, etc.) ; faire des recommandations d'intervention (ex. programme d'éducation, modification

ergonomique) basées sur des données probantes (*Evidence Based Practice*) ; être une personne ressource/consultant, etc.

- **Organiser et gérer les services :** se conformer aux règles qui assurent la sécurité ; défendre le droit des patients ; assurer le respect des procédures socio-sanitaires ; participer à la gestion des situations difficiles (*case manager*) ; etc.

SITUATIONS COMPLEXES ET INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

Comme le souligne le Dr O'Brien (2012), tout rééducateur de la main a déjà vécu la venue d'un patient en séance sans son orthèse ou avec des modifications de celle-ci non autorisées et dangereuses. Tout thérapeute de la main a été touché une fois par l'absence d'un patient à une séance jugée importante pour lui ou a observé des désastres dus à un non-suivi de protocole (ex. rupture de tendon). Une situation est jugée *complexe* quand il n'y a pas d'adhésion thérapeutique.

Bien que ces cas de non-adhésion représentent un faible pourcentage (env. 25%) dans les cas d'affections aigues de la main, les risques associés à ce groupe sont plus importants tant ces cas sont susceptibles d'aboutir à des procédures chirurgicales secondaires et difficiles, d'augmenter leur handicap, le temps de récupération et de devenir un fardeau pour le système socio-sanitaires (trad. O'Brien, 2012). Dans les situations relevées complexes en thérapie de la main, le mot *non-compliance thérapeutique* est souvent utilisé. Cependant, est-il vraiment approprié dans une approche dite centrée sur la personne ? O'Brien (2012), se basant sur les propos de l'OMS (2015), préfère parler d'*adhésion*[7], respectivement de *non-adhésion* pour la thérapie de la main afin de mettre l'accent sur le rôle plus actif, volontaire du patient, et non sur l'état passif et obéissant.

Liés au moment de la prise en charge (phase pré-opératoire, post-opératoire, en rééducation, en réadaptation ou encore dans le champ de la prévention), les objectifs de traitement ne sont pas toujours aisés à discuter et à suivre dans la pratique. Dans les différents centres et cabinets de rééducation, nous pouvons observer un certain nombre de patients se plaignant continuellement de leur main. Du fait de douleurs persistantes, d'un état inflammatoire fluctuant, de dysfonctionnements neuromusculaires perpétuels ou encore de raideurs notables, l'accompagnement dans le processus de soins n'est pas toujours facile à gérer. Malgré des

[7] *Adherence; non-adherence*

explications médicales du processus « normal » de guérison, des éclaircissements objectifs sur les événements observables et des conseils répétés, certaines personnes se retrouvent toujours dans un état de mal-être et de non-acceptation de la situation. Différents comportements du patient tels que le non-suivi des protocoles, un langage négatif répétitif, des comportements agressifs, des arrêts abrupts de la rééducation ou encore des critiques envers le système socio-sanitaire peuvent être observés. A quoi cela tient-il ? Quel rôle le thérapeute joue-t-il dans ces situations ? Quels facteurs liés au patient et au soignant influencent une situation dite *complexe* ? Dans quelle colonne plaçons-nous les patients qui ne reviennent pas en consultation ? Sont-ils comptés dans les bons, les mauvais résultats ? Nous avons trouvé peu d'analyses à ce sujet, mais voici quelques réponses hypothétiques au questionnement du pourquoi de cette complexité et de cet état d'insatisfaction : La personne ne s'est pas directement dirigée vers un lieu de soins spécialisés et le potentiel de récupération par rapport au bilan initial est inférieur à celui exposé ; le patient a eu un grave accident/maladie et la phase de deuil est conséquente ; la personne a développé une complication suite à sa première affection (par ex. SDRC[8]) et n'en comprend pas la venue ; elle est dans une expectative de potentiel de récupération parfaite du « comme avant » (par ex., lors de cicatrice sur la main qui est inéluctablement indélébile ou d'un doigt amputé qui ne repoussera pas) ; la personne souffre d'une épicondylalgie et montre des facteurs psychosociaux instables ; ou encore, elle souffre d'un handicap psychique (par ex. angoisses) ou mental (par ex. autisme) ce qui complexifie davantage son approche. Viennent alors les questions du comment éviter ou gérer au mieux ce genre de situation ? Comment adapter les prises en charge pour accompagner adéquatement ces personnes à risque ? C'est ce que nous allons essayer d'analyser dans la suite de ce travail en s'appuyant sur les outils de traitement découverts dans la littérature puis dans la pratique.

CADRES DE REFERENCES ET MODELES DE PRATIQUE

Sans aller dans les profondeurs de la psychologie, les spécialistes en rééducation de la main utilisent divers outils et concepts psychothérapeutiques dans leur raisonnement clinique. En théorie, selon la problématique du client, le thérapeute choisit un cadre de référence et un modèle de pratique. Selon Crepeau et Boyt-Schell cités par Meyer (2007), un cadre de référence est une façon de conceptualiser et d'agir. Il guide la pratique tant il fournit des

[8] Syndrome Douloureux Regional Complexe

définitions de concepts, paradigmes et des explications sur leurs relations et leurs principes d'action. La classification des cadres de références varie d'un auteur à l'autre. Hagedorn (2001) et Duncan (2006), dans les travaux de recherches en ergothérapie, cités également par Meyer (2007), parlent de cadre biomécanique, neuromoteur, psychanalytique, centré sur le client, cognitivo-comportemental, psychodynamique, du contrôle moteur et encore du fonctionnement perceptivo-cognitif. Les études montrent que le cadre de référence le plus utilisé en thérapie de la main est le Biomécanique suivi de l'Approche centrée sur le client (Bohnen, 2011 ; Winthrop Rose et al., 2011) et du cadre centré sur le fonctionnement qu'est la Classification Internationale du Fonctionnement et du Handicap (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (EFSHT, 2015). Le cadre de référence cognitivo-comportemental est aussi utilisé mais à moindre échelle. Les chercheurs et cliniciens en thérapie de la main concordent sur l'importance des savoir-faire/compétences du thérapeute retrouvés dans le cadre biomécanique et sur les capacités d'analyse holistique, centrée sur la personne et ses activités (*Occupation-based*) (Jack et Estes, 2010 ; Winthrop Rose et al., 2011 ; EFSHT, 2015).

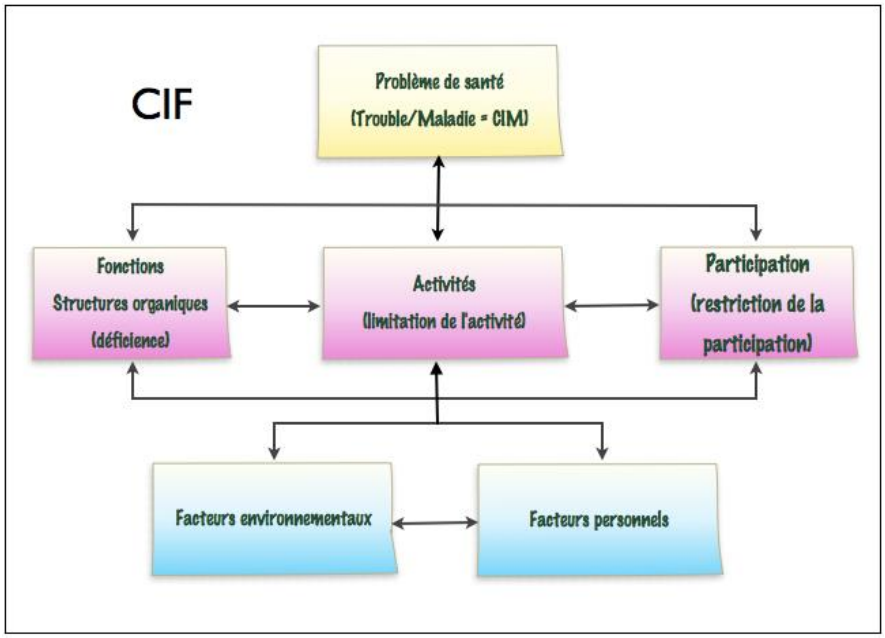
Les modèles de pratiques, comme le nom l'indique, viennent de la pratique. Ils ont les mêmes fonctions de guide que les cadres de références. A notre stade de connaissances, les modèles les plus fréquemment utilisés et cités dans la littérature sont le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) et l'Entretien Motivationnel (EM). Ici encore, la classification et les termes utilisés pour les nommer (cadre, modèle, approche, etc.) diffèrent d'un auteur à l'autre. Mais, comme il n'est pas sujet ici de délibérer sur cette question de classements exacts, nous focaliserons notre attention sur les plus pertinents (selon nos recherches), décrirons leurs contenus et ce qu'ils apportent à la thérapie de la main.

Le cadre *Biomécanique* est le modèle médical regroupant des termes et des outils découlant des sciences médicales. Il est utilisé en thérapie de la main dans toutes les phases d'intervention en pré/post-opératoire, rééducation, réadaptation, réhabilitation, appareillage et prévention. Il est en première ligne dans la thérapie de la main tant il répond aux besoins directs de l'analyse d'une main ou d'un membre supérieur (Jack & Estes, 2011 ; Bohnen, 2011). Il offre un langage et des outils communs entre les médecins et les autres intervenants pour décrire une situation selon des facteurs physiques et physiologiques. Il facilite l'expression des troubles et de la normalisation des différentes fonctions de la main telles que la mobilité, la sensibilité, la trophicité, la force, la préhension, etc.

La *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*[9] autrefois appelée Classification Internationale du Handicap (CIH) est le cadre de référence international agréé et utilisé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) depuis 2001 pour mesurer la santé et le handicap d'un individu et d'une population (Trad. de World Health Organisation, 2015). La CIF est une façon différente de penser la Santé. Elle met l'accent sur l'interaction des éléments du système corporel et structurel, les activités, la participation en terme de rôles dans la société pour les personnes en bonne santé et en situation de handicap. Elle a été mise en place pour sortir du système d'analyse de la santé en fonction du diagnostic et mettre ainsi l'accent sur des aspects plus significatifs pour la personne et les sociétés à l'étude. Elle propose un langage commun pour faciliter une communication dans le monde entier (Winthrop Rose et al., 2010). Les items sont regroupés en quatre grands groupes (Figure 1) :

- Fonctions organiques
- Structures anatomiques
- Activités et Participation
- Facteurs environnementaux

Figure 1 : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (OMS)



http://chronisante.inist.fr/?Modeles-de-constitution-du

[9] *International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) by the World Health Organization*, 191 membres en 2001.

Chacun de ces groupes est divisé en thèmes et sous-thèmes pour obtenir une description simple et précise du facteur facilitant ou péjorant la situation d'un individu ou d'une population. Par exemple, si nous observons l'impact fonctionnel que peut avoir une main dominante dans une orthèse de protection jour et nuit dans le traitement d'un tendon sectionné en zone 2, nous pouvons l'analyser de manière précise en fonction des items organiques et anatomiques mais aussi en fonction de l'environnement dans lequel la personne vit. Mesurer les possibilités de fonctionnement au quotidien versus les obstacles qui entravent les actions/activités/rôles des personnes sont des aspects importants si l'on veut prétendre agir dans un cadre type fonctionnel tel que la CIF et répondre ainsi à la demande de l'OMS (Winthrop Rose et al., 2010 ; Kaskutas et Powell, 2013) et aux critères de *l'European Federation of Societies for Hand Therapy*[10] (2015). De ce fait, après la confection de l'orthèse (par ex. the *Manchester short splint ;-*) et la mise en place du protocole pour la rééducation tendineuse, une analyse holistique et fonctionnelle est fortement conseillée pour parfaire le suivi. Ainsi, écouté dans ses difficultés présentes et futures, puis conseillé en adaptation et appareillage pour son quotidien, le client est pris en charge dans sa globalité et risque, statistiquement, moins de rupture tendineuse (Kaskutas & Powell, 2013).

L'Approche centrée sur le client est un modèle humaniste rogérien qui découle de travaux en psychothérapie. Elle est, aujourd'hui, très bien connue dans le domaine des soins et ne nécessite, de ce fait, que peu de rappels. En rééducation de la main, les objectifs de traitement impliquent des facteurs physiques, psychologiques et sociaux. Les soins effectués sont centrés sur les besoins et les préoccupations du patient qui vient demander de l'aide. Une prise en compte des droits individuels de faire des choix et de contrôler sa vie est de mise. En thérapie de la main, comme le soulignent Kaskuta et Powell (2013), les patients qui reçoivent des soins centrés sur le client sont susceptibles d'exprimer plus facilement leurs problèmes et d'adhérer plus volontiers aux précautions et conseils donnés. La relation d'aide devient alors encore plus constructive et efficace (Kaskutas et Powell, 2013). L'EFSHT encourage activement l'approche centrée sur le patient et l'interdisciplinarité. Elle souligne l'importance de travailler avec l'individu sur l'analyse du problème afin d'accroitre son investissement personnel et son sentiment de satisfaction (Trad. EFSHT, 2015).

[10] "The EFSHT considers that an European Certified Hand Therapis (…) recognises the components of health according to the conceptuel model of the International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF (…)" (2015)

La *Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)* fait référence à deux modèles (Cottraux, 1995). Le premier relève les théories de l'apprentissage (conditionnement classique, opérant et apprentissage social[11]) qui mettent l'accent sur la modification des comportements observables. Le deuxième est basé sur les modèles cognitifs fondés sur l'étude des traitements de l'information : processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements dans l'environnement du sujet. Ces deux modèles en interaction sont mis en lien direct avec les émotions, reflet physiologique et affectif des expériences de plaisir et de déplaisir (Cottraux, 1995). En tenant compte des facteurs biologiques, les thérapies basées sur l'approche cognitivo-comportementale cherchent à modifier les facteurs de déclenchement et de maintien des perturbations afin d'accroître les possibilités d'autorégulation des comportements du sujet (Cottraux, 1995). Ce modèle cherche à identifier les déclencheurs des crises, découvrir et appliquer des stratégies pour les contrôler, donner des conseils, modifier l'organisation des activités, augmenter l'estime de soi, aider la personne à identifier l'influence que peut avoir ses pensées dans ses activités, modifier ses pensées automatiques dysfonctionnelles, aider l'usager à prendre ses responsabilités quant à ses comportements, à apprendre à affronter et à résoudre ses problèmes et à s'affirmer dans les relations interpersonnelles. L'efficacité de ces prises en charge dépend essentiellement de la reconnaissance des troubles de la personne et de sa motivation. L'approche cognitivo-comportementale est un modèle tout à fait intéressant en thérapie de la main. Son efficacité a été prouvée dans le traitement des douleurs de la main et du membre supérieur (par ex. poignet douloureux, douleur idiopathique) par des psychothérapeutes dans des institutions pluridisciplinaires (Vranceanu & Safren, 2011). Comme le suivi consiste à favoriser l'apprentissage de comportements adaptés, souhaités par le patient et orientés vers un but, la thérapie de la main et l'ergothérapie dont l'activité, au sens large, est son moyen et son but de traitement (activités de soins de base, professionnelles et de loisirs), peuvent justifier de l'utilisation de certains de ses principes (Manidi, 2005). L'activité est le résultat d'une somme de comportements (actions) observables, organisés, ordonnés dans le temps et dans l'espace et orientés vers un but explicite. Elle fait appel à des régulations neuropsychologiques importantes qui peuvent parfois être freinées, trop stimulées ou détournées de leurs objectifs

[11] Voici des exemples simples pour illustrer les idées principales des théories de l'apprentissage :
Conditionnement classique : issu de ce que l'on aime → "Je salive à l'idée d'une portion de frites."
Conditionnement opérant : issu de punitions ou de récompenses → "Si je finis ma soupe, on m'offre un dessert."
Apprentissage social : issu de l'imitation, de modèles → "Après chaque repas, je me lave les dents, comme mon père."

par des pensées et des émotions dysfonctionnelles (Manidi, 2005). Vranceanu et al. (2008) rappellent que les patients qui souffrent de douleurs idiopathiques montrent globalement de pauvres habiletés d'adaptation que l'on peut observer par des comportements d'exaltation de l'expérience de la douleur, d'expression de sentiments d'être seul au monde, de ruminations sur la douleur, d'angoisses, d'évitement, des traits dépressifs, des attitudes hypocondriaques etc. Ils rappellent aussi le lien entre la mauvaise interprétation des signaux corporels, les fausses croyances sur la santé et les comportements anxieux et d'évitement. Les croyances pré-existantes à propos de la santé, des maladies et des facteurs des risques influencent le niveau de leurs angoisses et leurs comportements. Les formes d'apprentissage thérapeutique sont utilisées à des moments particuliers du processus selon l'évolution et l'évaluation. Lors de la non-acceptation d'une amputation d'un doigt, par exemple, le thérapeute peut être amené à accompagner la personne dans le processus d'adaptation de ses pensées et de ses comportements. Il prendra alors du temps avec le patient pour analyser les situations difficiles à vivre (ex. *Monsieur X porte toujours un gant pour cacher sa main devant ses amis, ses collègues et sa maman*). Le thérapeute essaiera de chercher avec lui l'origine de ce comportement d'évitement en analysant ses pensées (*« Si je lui montre mon doigt, cela va lui rappeler des mauvais souvenirs », « Je vais leur faire peur », « Je suis un monstre »*). Ils analyseront ensemble ses peurs (*ex. peur de montrer sa main mutilée, peur d'être mis à l'écart, peur de choquer*), choisiront ensemble des activités à travailler (*ex. rencontrer un ami à la fois et lui montrer sa main, observer sa réaction et discuter avec lui de ses ressentis*) et, petit à petit, atteindront les buts finaux d'adaptation et d'utilisation de sa main dans la vie quotidienne.

L'Entretien Motivationnel (EM) a été, en premier lieu, conceptualisé pour le traitement des personnes alcooliques par Miller et Rollnick. Aujourd'hui, beaucoup de praticiens utilisent leurs méthodes dans de nombreux champs de la santé telles que l'addictologie, les maladies chroniques, la nutrition, la santé mentale, dans le secteur socio-éducatif, etc. L'EM est une « méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller & Rollnick, 2006, p. 31). C'est une approche théorique du changement et une pratique de la relation thérapeutique ou de la relation d'aide. L'EM découle des approches humanistes rogériennes reprenant notamment l'importance d'exprimer de l'empathie (Gache et al, 2006 ; Miller & Rollnick, 2006) qui est l'habileté à comprendre et expérimenter les sentiments d'une personne. L'EM est une méthode de communication plus qu'un ensemble de techniques, c'est une « façon

d'être pour ou avec eux » (Miller & Rollnick, 2006, p. 31). Elle donne à la personne le rôle principal dans le processus de changement. En travaillant la résolution de son ambivalence devant tout changement, le thérapeute ou le « conseiller » va accompagner le sujet à trouver en lui les raisons de changer en utilisant des moyens pour l'aider à renforcer ses capacités. La méthode de l'EM insiste sur l'importance de la motivation intrinsèque pour optimiser le changement. Son objectif est de la faire émerger pour changer son comportement sans utiliser des stratégies motivationnelles qui cherchent à imposer celui-ci (sanctions légales, pressions sociales, gain financier, ou autre). La méthode se focalise sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence de la personne qui est le point de départ du processus de changement. Quatre principes généraux construisent l'EM (Miller & Rollnick, 2006) :

- **Exprimer de l'empathie** : « L'intervenant cherche à comprendre les sentiments et les points de vue du client, sans les juger, les critiquer ni les blâmer » (p. 43).
- **Développer la divergence** : « Créer et amplifier, dans la manière de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel avec ses valeurs de références ou ses objectifs plus généraux » (p. 45).
- **Rouler avec la résistance** : « On ne s'oppose pas à la résistance et à l'ambivalence, mais on les reconnaît comme naturelles et compréhensibles… L'intervenant amène la personne à devenir acteur dans le processus de résolution de ses problèmes » (p. 47).
- **Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle** : « Augmenter la confiance du client dans ses capacités à surmonter les obstacles et à réussir son changement » (p. 48).

Les outils de l'EM, découlant directement de la pratique centrée sur la personne de Rogers, sont au nombre de quatre et se déclinent sous l'acronyme OUVER qui se réfère respectivement à (Gache & co, 2006) :

- **OU** → Questions ouvertes : Poser des questions ouvertes permet au client d'élaborer son problème et d'explorer l'ensemble de sa situation. Cela lui donne aussi le sentiment que l'intervenant cherche à mieux comprendre sa situation.
- **V** → Valoriser : Prodiguer au client des encouragements authentiques et répétés sur son engagement augmente son sentiment de compétence pour atteindre le changement qu'il souhaite et entretient l'espoir.

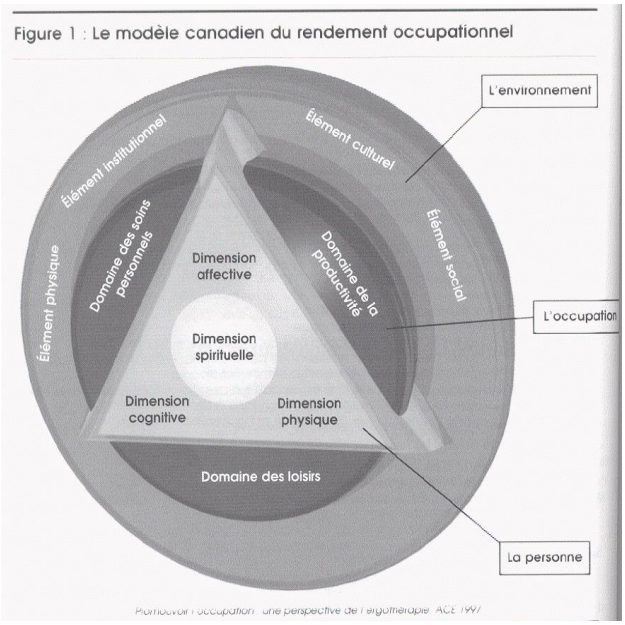
- **E** → Ecoute réflexive : L'écoute réflexive est un outil qui permet au patient d'engager un dialogue avec lui-même. L'intervenant nourrit son discours des dires du patient en choisissant les parties les plus susceptibles d'engager le changement, en explorant l'ambivalence, en développant les divergences ou encore en reflétant les sentiments du client.
- **R** → Résumer : Cette partie sert à faire le point dans l'entretien. Le résumé assure les transitions, rassemble des informations et donne une logique à ce qui a été partagé. Il doit être régulier et relativement fréquent.

Partant de l'observation que l'individu change de comportement plus facilement en fonction de ses motivations, l'EM est utilisé en pathologie de la main pour évaluer si la personne est prête au changement et pour l'accompagner dans l'élaboration de sa motivation intrinsèque dans les changements difficiles concernant les comportements à risque pour sa santé (Flinn & Jones, 2011). Ces éléments sont intéressants et utilisables notamment en cas de situations complexes. L'EM est notamment recommandé pour le suivi des personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques et de douleurs chroniques (Flinn and Jones, 2011). Prenons, par exemple, le cas d'une femme au foyer, 40 ans, mère de 3 enfants en âge scolaire, addicte à la propreté et soucieuse de ne jamais décevoir son environnement. Madame souffre d'épicondylalgies récurrentes aux deux MS et son médecin l'adresse en rééducation pour un traitement type conservateur pour voir si une opération peut être évitée étant donnée l'anamnèse. Le thérapeute de la main, usant des principes de l'EM ainsi que de ses moyens de traitement habituels, peut aider la dame à comprendre sa situation différemment, relever ses comportements à risques, trouver des solutions et à changer ainsi ses habitudes de vie pour diminuer ses troubles. Le fait d'être prête à changer ses comportements est le fruit de l'interaction entre la motivation intrinsèque et la sélection appropriée des techniques du thérapeute. En conclusion, même si, à première vue, cette approche semble chronophage, l'EM est une technique valable, fiable et probante qui a sa place en thérapie de la main lors de comportements évalués inadaptés pour la santé de la personne (Flinn & Jones, 2011).

Le *Modèle Canadien du Rendement Occupationnel* (MCRO) s'avère intéressant pour l'analyse des situations complexes et de longue durée en pathologie de la main grâce notamment à l'échelle d'évaluation qu'il propose. Le MCRO intègre l'analyse des soins personnels, la productivité (le travail) et les loisirs ainsi que les dimensions affectives, cognitives et physiques et, plus particulièrement, les perspectives spirituelles perçues comme

la motivation intrinsèque de la personne qui la guide dans ses choix de vie (Figure 2). Le MCRO est un modèle de pratique qui permet de mesurer l'influence de l'environnement sur les performances de la personne et met en avant la relation dynamique existant entre la personne, son environnement et l'occupation. Le MCRO est une approche globale, centrée sur le client, qui vise à promouvoir la santé par l'occupation. L'instrument d'évaluation associé au modèle est la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (aussi abrégée MCRO). Cette mesure permet d'appréhender les difficultés de l'usager, de déterminer les objectifs de traitement et d'évaluer la situation en cours et en fin de prise en charge. Cette échelle d'évaluation est standardisé, valide et fiable (Meyer, 2007 ; Law, 2000). Elle prend plus de temps à administrer que le DASH ou le Quick DASH, mais elle est plus sensible en termes de changements comme le relèvent Kaskutas et Powell (2013). La MCRO recourt à un entretien semi-structuré où l'usager est invité à qualifier sa performance et sa satisfaction dans les activités ayant du sens pour lui.

Figure 2



http://www.sante.uottawa.ca/pdf/formation_mcro_francais.pdf.

Enfin, nous avons trouvé intéressant d'ajouter aux modèles de pratique la nouvelle *approche SMART* (Wolff et al., 2014) pour le suivi spécifique des pathologies de la main chroniques et progressives. Nous la trouvons intéressante dans le sens où elle propose une marche à suivre de prise en charge dynamique et innovante. Partant de l'observation que ces pathologies nécessitent un suivi sur une grande période, que les trois facteurs fondamentaux facilitant la compliance thérapeutique (communication, compréhension et confiance) sont respectées, ils proposent différentes adaptations de thérapie : suivi à distance à l'aide d'outils mobiles,

exercices interactifs sur applications/programmes adaptés, mise en place de bain de paraffine à domicile avec exercices de mobilisation, envoi de photos/vidéos, séances au cabinet espacées, etc. Le patient peut alors gérer son traitement de façon optimale avec accès simplifiés aux ressources. Il est connecté continuellement avec le thérapeute qui devient, à ce moment là, consultant/entraîneur[12] (Trad. Wolff et al., 2014). L'approche dynamique permet des soins au plus proche des besoins et répond au challenge général de diminuer les frais.

INSTRUMENTS DE MESURE ET ECHELLES D'EVALUATION

Des cadres de références et des modèles de pratique découlent des instruments de mesure et des échelles d'évaluation. Aujourd'hui, ces aides ou plutôt ces *indispensables* à la thérapie de la main sont bien décrits dans la littérature et accessibles à tous. Ils aident à mesurer des données quantitatives et qualitatives avec le client, à calibrer les objectifs de traitement, à évaluer des différences entre un début et une fin et contribuent, de ce fait, à démontrer l'efficacité d'un traitement.

Les bilans biomécaniques du poignet, des doigts longs, du pouce sont précis et ceci grâce aux multiples travaux de recherche des chirurgiens et des rééducateurs depuis des dizaines d'années (Boutan et al., 2013). Un bilan nécessite une panoplie d'instruments adaptés aux différents paramètres à évaluer (trophicité, mobilité, sensibilité, force, etc.). La métrie, la *goniométrie*, le JAMAR, le Pinch Gauge, les filaments de Semmes-Weinstein et bien d'autres encore ne sont aujourd'hui plus à présenter. L'analyse de l'impact de la pathologie sur le quotidien de la personne est plus subtile étant donnée la prise en compte du ressenti subjectif de la personne. De nombreux travaux mettent en évidence l'existence et l'utilisation d'une multitude de questionnaires et d'échelles d'évaluation. Aujourd'hui, les thérapeutes de la main sont d'accord sur l'utilisation du DASH[13], Quick DASH et PRWE[14] qui sont des évaluations fiables et probantes (Berthe & Orset, 2013 ; Valdes et al., 2014) suivies d'échelles plus longues à administrer mais sensibles aussi dans l'analyse des changements telles que le Michigan Hand Questionnaire[15] et la MCRO (Valdes et al., 2014).

---

[12] *Coach*
[13] *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*
[14] *Patient Rate Wrist Evaluation*
[15] Pas de version française, à notre connaissance

HABILETES RELATIONNELLES

Les habiletés relationnelles sont les comportements verbaux et non-verbaux du thérapeute qui influencent directement et indirectement ses relations professionnelles (collègues, partenaires, tiers) et thérapeutiques (patients). Voici quelques exemples tirées des travaux de la HTCC (Trad. Kasch, Greenberg et Muenzen, 2002) :

- Exprimer son avis (ex. donner son opinion, argumenter, interagir, analyser, accepter ses limites, partager)
- Adapter son langage (avec les médecins, patients, collègues, etc.)
- Initier et maintenir les relations avec les médecins et les autres professionnels
- Partager les connaissances entre collègues (ex. demander, donner des conseils)
- Utiliser des moyens de traitement adaptés à la personnalité des patients (voir aussi Moorhead and al., 2011)
- Choisir un mode communicationnel adapté ; etc.

Dans le domaine des soins, les habiletés relationnelles (conscientes ou inconscientes) servent autant au recueil des données pour l'anamnèse que pour la mise en place des objectifs et leur ajustement au fil du temps. Cooper (2014) relève la théorie de Watson sur la relation d'aide (*Transpersonal Caring Healing Relationships*) et les phénomènes qu'elle induit sur les protagonistes : Dans un processus de soins, la notion de partage de soi avec un individu ou un groupe est de mise. *Prendre soin de, se soucier de*[16] sont des actes intentionnels, conscients et basés sur des principes d'engagements moraux (Trad. Cooper, 2014). Le thérapeute de la main en prend conscience et se connecte avec le patient à travers sa présence, les soins qu'il prodigue, ses pensées, ses mots, son intuition, son langage corporel, ses cinq sens, sa logique et bien d'autres façons d'interagir et de se connecter avec lui (Trad. Cooper, 2014).

L*'adhésion thérapeutique*, si l'on reprend les mots d'O'Brien (2012) et de l'OMS (2015), est un élément essentiel dans le succès d'un traitement. Afin de maximiser celle-ci et d'offrir un cadre facilitateur, le thérapeute applique certaines conditions comme résumées ci-dessous (Trad., O'Brien, 2012) :

[16] *To care*

- Identifier les signes et les symptômes qui peuvent prédire une comorbidité et réduire la participation au traitement (ex. dépression, troubles anxieux)
- S'assurer que le suivi de ces comorbidités est en place ou va le devenir
- Donner une idée du pronostic attendu, les progrès espérés pour chaque domaine et une interprétation rationnelle à chaque étape
- S'assurer que les conseils vont au delà de la prescription. « *It is well established that Education alone is a weak intervention* » O'Brien, 2012, p. 249
- Promouvoir l'optimisme et renforcer le pouvoir/maîtrise du patient pour influencer les résultats
- Activer les ressources du patient selon les besoins
- Développer des compétences dans les interventions basées sur le comportementalisme qui peuvent être incorporées dans la pratique quotidienne

Liées au patient, les fausses croyances par rapport à la douleur[17] ont un impact sur la situation de handicap, les objectifs fonctionnels, la participation active et sur l'interprétation des conseils du thérapeute (trad. Bekkers et al., 2014). Le rééducateur, sachant cela, doit pouvoir adapter davantage son langage et accompagner plus particulièrement la personne à comprendre la pathophysiologie de ces troubles. Il identifiera les fausses croyances (par ex. religieuses : « Dieu a voulu que je passe par cette étape de la Douleur ; c'est Lui qui choisira le moment de ma guérison ; je ne fais rien pour le moment »). Il accompagnera la personne à apercevoir d'autres approches de la Santé pour tenter sa participation active et entrer dans des objectifs de traitement plus fonctionnels et adaptés pour le patient.

A titre d'exemple, les TMS, dont l'origine n'est pas directement liée au biomécanique mais en majeure partie aux facteurs psychosociaux et environnementaux, exigent davantage de compétences relationnelles (Vanceanu et al., 2008). Estimée à une prévalence de 15% dans les départements de chirurgie et d'orthopédie, le risque, pour cette population, de devenir une population souffrant de douleurs chroniques (plus de 3-6 mois de douleurs consécutives) est notable. C'est pourquoi, il nous faut continuer cette démarche d'accompagnement aux changements des comportements nocifs et mettre plus d'importance sur les approches relationnelles qui facilitent ceux-ci (Vanceanu et al., 2008).

[17] *Pain misconceptions*

Plus encore, comme le soulignent Moorhead et al. (2011), chaque patient qui entre dans un cabinet arrive avec un problème au membre supérieur et une personnalité qui va influencer la relation. L'aménagement clinique de la thérapie de la main encourage des relations de proximité avec des entretiens « face à face », des mains qui se touchent, des discussions sur les difficultés, etc. Le patient est, au début du traitement, en position vulnérable, choqué par un accident, diminué par une maladie et souvent inapte[18] à regagner seul un niveau de fonctionnement satisfaisant à ses yeux. Les personnalités des deux protagonistes *patient-thérapeute* peuvent aider ou gêner la relation thérapeutique. Le fait subjectif qu'un patient soit parfois « moins aimé[19] » qu'un autre par un thérapeute prouve l'importance de la prise de conscience de celui-ci afin de changer cet état relationnel en un patient « bien aimé[20] » (Moorhead et al., 2011). Pour cela, les caractéristiques de la personnalité du patient (et du thérapeute) sont importantes à identifier. L'empathie, capacité du thérapeute à saisir l'impact de la pathologie et la signification de celle-ci pour le patient, est plus présente si les deux personnalités partagent des traits similaires (Moorhead et al., 2011). Développer une sensibilité d'analyse des personnalités peut aider à communiquer plus facilement avec le patient et donc, est de mise pour atteindre de bons résultats.

La partie théorique pourrait continuer tant les modèles et les cadres de références sont nombreux. Nous pourrions également poursuivre davantage la théorisation des outils et des habiletés relationnelles tant ces domaines sont vastes. Nous avons fait des choix en préférant décrire les plus importants et les plus utilisés pour centrer les données et simplifier les analyses. Penchons-nous maintenant sur la récolte des données du terrain…

[18] *Unable*
[19] *Unlikeable*
[20] *Likeable*

METHODOLOGIE

DISPOSITIF DE RECHERCHE

Afin de répondre aux questions de recherche exposées dans la première partie de ce travail, une étude de type qualitatif a été choisie. Cette approche a été sélectionnée car elle paraissait la plus adéquate étant donné le but de ce travail qui consiste à recueillir des éléments principalement descriptifs, par rapport aux différents savoirs et pratiques professionnelles des thérapeutes. Nous voulions apporter des nuances aux réponses, c'est-à-dire des exemples et des descriptions de leur quotidien professionnel. Pour cela, nous pensons que les données libres sont plus adéquates que les cases à cocher.

Voici les principales caractéristiques de la recherche qualitative (Fortin, 2006) : La recherche explore des phénomènes encore peu connus ; elle se déroule dans le milieu naturel des participants ; elle utilise des méthodes interactives pour la collecte des données ; elle se définit progressivement ; elle donne lieu à des interprétations ; elle implique le chercheur en tant qu'observateur participant et agent de recherche ; elle suppose une vision holistique des phénomènes sociaux ; elle se base sur des principes et des stratégies pour la collecte et l'analyse des données.

POPULATION

Pour déterminer le nombre de participants, les chercheurs ne se basent pas sur des évaluations de statistiques, mais sur les actions qui permettent d'atteindre le but de l'étude. De façon générale, le nombre de participants est déterminé par la saturation des données (il y a saturation quand les thèmes et les catégories deviennent répétitifs). Les chercheurs entrent en contact avec des personnes qui ont vécu ou vivent le phénomène étudié (Fortin, 2006).

La population à l'étude est l'ensemble des thérapeutes de la main en Suisse romande et en France. Pour représenter celle-ci, il a été question d'interroger un échantillon d'une vingtaine de thérapeutes travaillant dans différents lieux et moments de prises en charge (soins aigus, rééducation, réadaptation). Les critères d'inclusion sont le nombre d'années d'expérience. Il correspond ici à plus de 3 ans de pratique.

METHODE DE COLLECTE DE DONNEES

Une description de l'étude (Annexe 2) ainsi que le questionnaire (Annexe 3) ont été envoyés à 62 thérapeutes de la main faisant partie des deux associations spécialisées en rééducation de la main en Suisse et en France, respectivement la Société Suisse de Rééducation de la Main (SSRM) et la Société Française de Rééducation de la Main et du Membre Supérieur (GEMMSOR).

L'outil de recherche (questionnaire) a été construit à partir des sujets (variables) relevés dans les questions de recherche initiales et adapté au travail de recherche de terrain qui consiste à récolter diverses informations sur la pratique professionnelle des thérapeutes de la main dans leur lieu de travail respectif.

VARIABLES

Trois tableaux en arborescence (Annexes 4, 5, 6), ont été confectionnés pour mieux visualiser les variables et les hypothèses de réponses envisagées. Les premières variables décrivent la population à l'étude. Les suivantes traitent des cadres de références et des modalités d'évaluation. Les dernières variables concernent la description des situations complexes et les diverses démarches thérapeutiques pour y remédier. Voici leurs présentations respectives :

Thérapeutes de la main en Suisse romande et en France (Annexe 4)

- Genre : *Thérapeute de sexe féminin ou masculin*
- Années d'expériences : *Nombre d'années d'expérience en rééducation de la main*
- Pourcentage de travail : *Pourcentage de travail en pathologie de la main*
- Population traitée : *Cas maladie, cas accident ; enfants, adultes*
- Formation initiale : *Ergothérapeute, masso-kinésithérapeute, physiothérapeute*
- Lieu de pratique : *Suisse romande, France*

Cadres de référence et modalités d'évaluation (Annexe 5)

- Cadres de références, modèles de pratique : *Quelles bases théoriques sont utilisées ?*

- Outils de traitement : *Quels instruments de mesure, échelles d'évaluation et tests sont-ils mis en place pour évaluer les différentes fonctions de la main et la situation générale de la personne ?*
- Objectifs de traitement : *Sont-ils posés par écrit ?*
- Bilan : *Quelle fréquence ? Sont-ils posés par écrit ?*

Situations complexes et habiletés relationnelles (Annexe 6)

- Difficultés relationnelles les plus souvent rencontrées : *Quels sont les souvenirs et le vécu des thérapeutes ?*
- Cas d'expression d'insatisfaction du client : *Comment le thérapeute gère-t-il ces situations ?*
- Cas de plainte du client de « situation inchangée » depuis le début du traitement : *Comment le thérapeute gère-t-il ces situations ?*
- Cas de « non-compliance » thérapeutique du client – non suivi du protocole : *Comment le thérapeute gère-t-il ces situations ?*
- Conseils aux nouveaux thérapeutes de la main pour gérer les situations complexes : *Récolte des différents avis des thérapeutes*

BIAIS DE LA RECHERCHE

Les données récoltées peuvent toujours être discutées étant donné qu'elles dépendent de plusieurs facteurs qui influencent directement leur apparition comme par exemple : la formulation des questions, la compréhension de celles-ci par l'interlocuteur, l'état de l'interviewé au moment de la rédaction (motivé par cette recherche, stressé, fatigué, préoccupé, etc.) ou encore l'interprétation des réponses par l'investigateur.

ANALYSE DES DONNEES

Toutes les réponses ont été retranscrites dans un fichier informatique et enregistrées dans un format de type *Rich Text Format*. L'instrument, TAMS Analyser, logiciel sur MacIntosch qui aide au traitement des données descriptives, a été utilisé afin de pouvoir classer, comparer et mettre en relation les différentes informations obtenues.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Conformément aux exigences légales, les personnes qui ont participé à cette recherche ont été mises au courant de la démarche entreprise par un document écrit. Chaque consentement était libre et éclairé. Les participants ont eu le droit de se retirer à tout moment. Le respect de la confidentialité des données est garanti (Annexe 2).

RESULTATS

POPULATION

Au total, 10 femmes et 10 hommes ont répondu au questionnaire. Au niveau formation initiale, nous observons 11 ergothérapeutes et 9 masso-kinésithérapeutes-physiothérapeutes. Le nombre d'années de pratique en rééducation de la main est de 16 ans en moyenne. Il varie entre 3 et 34 ans (Tableau 1.1).

Tableau 1.1

Années de pratique en rééducation de la main	Nombre de réponses n = 20	Pourcentage 100%
3 – 5 ans	4	20
6 – 10 ans	3	15
11 – 15 ans	3	15
16 – 20 ans	1	5
21- 25 ans	6	30
25 ans et plus	3	15

Le pourcentage de travail en rééducation de la main varie entre 20 et 100%. En moyenne, il est de 80% (Tableau 1.2). 11 personnes travaillent dans le système socio-sanitaire suisse et 9 dans le système français. Ils sont indépendants et /ou salariés.

Tableau 1.2

Pourcentage de travail en rééducation de la main	Nombre de réponses N = 20	Pourcentage
1- 20%	0	-
21- 40%	1	5
41- 60%	3	15
61- 80%	7	35
81-100%	9	45

Toutes les pathologies de la main sont représentées : il y a des suivis de cas accident et maladie, post-opératoires ou pour des traitements conservateurs. Il ressort un pourcentage supérieur de 25% des prises en charge des cas accident versus cas maladie. Le nombre d'enfants vus en thérapie est nettement inférieur à celui des adultes. Le chiffre varie de 0 à 25% des demandes.

CADRES DE REFERENCE ET MODELES DE PRATIQUE

100% des thérapeutes de la main opèrent dans un cadre général de référence type Biomécanique. Tous sont dans une optique de mélange de cadres et de modèles (Tableau 1.3). Les réponses liées à l'utilisation d'échelles ou modèles de pratique où la performance de la personne dans l'activité et ses ressentis sont évalués, sont retrouvés plus souvent dans les réponses des ergothérapeutes formés spécialement à ce genre d'analyse. Afin de simplifier la lecture des résultats et de rassembler les données semblables, nous avons choisi de garder trois cadres de références principaux dans lesquels tous modèles, cadres, outils et échelles relevés peuvent se retrouver (par ex. les réponses type cognitivo-comportemental sont placées dans le cadre fonctionnel).

Tableau 1.3

Cadres de référence	Nombre de réponses	Pourcentage
Biomécanique	20/20	100%
Centré sur le fonctionnement	16/20	80%
Centré sur le patient/client	16/20	80%

INSTRUMENTS DE MESURE

Les bilans de chaque thérapeute englobent l'utilisation de différents instruments de mesures, échelles d'évaluation et tests que voici (Tableau 1.4) :

Tableau 1.4

Instruments de mesure, échelles et tests d'évaluation	Axe prioritaire	Orientation
Allodynographie	Sensibilité, douleur	Biomécanique, centrée sur le client
Bilan 400 points	Mobilité, force, sensibilité, dextérité, coordination, préhension	Biomécanique, centrée sur le fonctionnement, centrée sur le client
Box and Blocks Test	Dextérité	Biomécanique, centrée sur le fonctionnement
CISS – Cold Intolerance Severity Scale	Sensibilité, douleur	Biomécanique, centrée sur le client

DASH – Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand	Fonctions du membre supérieur	Centrée sur le client, centrée sur le fonctionnement
Disque de discrimination	Sensibilité	Biomécanique
DN4	Douleurs	Biomécanique, centrée sur le client
Esthésiographie	Sensibilité, douleur	Biomécanique
EVA – Echelle Verbale Analogique	Douleur	Centrée sur le client
EVS- Echelle Verbale Simple	Douleur	Centrée sur le client
Goniomètre de Balthazard, de Cochin	Mobilité (degrés)	Biomécanique
Grooved Pegboard Test	Dextérité	Biomécanique
Inclinomètre	Mobilité TAM ; TPM (degrés)	Biomécanique
JAMAR	Force (kg/F)	Biomécanique
Manomètre	Pression (kPa)	Biomécanique
MCRO - Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	Dimensions affectives, physiques, cognitives, spirituelles et environnementales. Productivité	Biomécanique, centrée sur le client, centrée sur le fonctionnement
Métrie (ruban, règle, oedémomètre,…)	Distance, périmétrie (mm, cm, m)	Biomécanique
Minnesota Dexterity Test	Dextérité	Biomécanique, centrée sur le fonctionnement
Monofilaments Semmes-Weinstein	Sensibilité, douleur	Biomécanique
Moving Two Points (Dellon)	Sensibilité	Biomécanique
Nine Hole Peg Test	Dextérité	Biomécanique
O'Connor Finger Dexterity Test	Dextérité	Biomécanique
Opposition selon Kapandji	Mobilité du pouce	Biomécanique
Perdue Pegboard	Dextérité	Biomécanique
Pique-Touche	Sensibilité	Biomécanique
Pliabilité	Etat trophique	Biomécanique
Pick up test	Dextérité	Biomécanique
Pinch Gauge	Force (kg/F)	Biomécanique

PRW(H)E – Patient Rate Wrist (Hand) Evaluation	Mobilité, douleur, préhension	Biomécanique, centrée sur le client, centrée sur le fonctionnement
QDSA - Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine	Douleur, sensibilité	Biomécanique, centrée sur le client
Quick DASH	Fonctions du MS	Biomécanique, centrée sur le client, centrée sur le fonctionnement
Réflexes ostéo-tendineux	Arc réflexe	Biomécanique
Score fonctionnel de l'épaule de Constant	Evaluation fonctionnelle de l'épaule	Biomécanique, centrée sur le fonctionnement
STI – test : Shape Texture Identification test	Gnosie ; sensibilité	Biomécanique
Trousse à outil contre la douleur	Douleur	Biomécanique, centrée sur le client
Test chaud-froid	Sensibilité	Biomécanique
Testing musculaire 1 à 5	Activité motrice / déficit moteur	Biomécanique
Test de ramassage de Moberg	Sensibilité	Biomécanique, centrée sur le fonctionnement
Test de seuil de perception à la pression (SPP)	Sensibilité	Biomécanique
Test de seuil de perception de la vibration	Sensibilité	Biomécanique
Test de Vancouver	Etat trophique (bilan cicatriciel)	Biomécanique, centrée sur le client
Test de Weber	Sensibilité (2pts statiques)	Biomécanique
Vitropression	Etat trophique	Biomécanique

Parallèlement à ceux-ci, les thérapeutes mettent en évidence les nouveaux outils multimédias tels que la photo ou la vidéo.

Pour nuancer les chiffres et parfaire l'analyse d'un sujet, les thérapeutes mettent aussi en évidence l'utilisation de questions ouvertes/fermées, questions directes/indirectes, observations visuelles (ex., patient fuyant, confiant, peureux), etc.

Plusieurs thérapeutes remarquent l'utilisation fréquente de protocoles « maison » pour le bilan global/fonctionnel d'une main. N'ayant pas été expliqués ou annexés dans les réponses récoltées, ils ne sont pas retransmis dans ce travail.

Quatre ergothérapeutes mettent l'accent sur le système de prise de notes et d'analyse selon la méthode SOAP qui les aide à réfléchir et concevoir leur plan de traitement. Voici en quelques lignes la présentation de cet outil : Découlant de la méthode *Problem-Oriented Medical Record (POMR)* du Dr Lawrence Weed en 1970, le SOAP met l'accent sur les problèmes du client et non pas sur son diagnostic. Le SOAP est, aujourd'hui, l'un des formats de documentation de l'état du patient les plus utilisés par les équipes soignantes (Smith, 2013). Il offre d'intéressantes actions et réflexions dans l'interaction avec le client grâce à sa demande constante d'adaptation des objectifs et moyens de traitement. Chaque lettre de l'acronyme SOAP est une partie de la note (Trad. Smith, 2013) :

- **S → *Subjective*** (subjectif) : Information donnée par le client (ex. performance fonctionnelle, limitations, état général de sa santé, habitudes, etc.)
- **O→ *Objective*** (objectif) : Résultats des mesures objectives faites par le soignant (ex. TAM, TPM, force, esthésiographie, Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine, Quick DASH, etc.)
- **A→ *Assessment*** (analyse) : Raisonnement clinique, interprétation, évaluation des résultats : Le soignant synthétise les différents éléments ci-dessus et propose des solutions / moyens de traitement pour résoudre les problèmes.
- **P→ *Plan*** (planification) : Programme de l'intervention et suggestions pour la suite du traitement.

OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Les modalités de mise en place des objectifs varient selon les thérapeutes (Tableau 1.5). La grande majorité (90%) discute activement des objectifs avec le patient. 60% des thérapeutes les notent systématiquement par écrit dans le dossier client, les autres les gardent pour eux.

Tableau 1.5

	N=20	**Pourcentage**
Objectifs discutés avec le client	18	90%
Objectifs écrits dans le dossier client	12	60%

Voici quelques réponses pour illustrer et nuancer ces observations : « Les progrès et les choses à améliorer sont mises en évidence » ; « Les objectifs sont discutés mais pas forcément mis par écrit à chaque fois. Ils seront plus facilement discutés et mis par écrit dans les situations complexes. » ; « Oui, les objectifs sont discutés dès la premières séance avec le patient selon les AVQ, le métier, les loisirs et la latéralité. Les objectifs sont notés sur les bilans adressés au médecin à la fin de chaque ordonnance médicale. » ; « Je leur explique la récupération selon mon expérience, ce qu'ils peuvent espérer mais ils ne sont pas mis par écrit. » ; « Le pronostic thérapeutique (nombre de séances nécessaires, durée du traitement en nombre de semaines ou en mois, potentiel de récupération fonctionnelle) est annoncé au début de la prise en charge. Il est communiqué uniquement par oral et ajusté selon l'évolution de la pathologie. » Les réponses courtes de plusieurs thérapeutes notent un certain accent sur l'importance, l'évidence de le faire par écrit et de les discuter avec le patient : « Oui et oui » ; « Discutés oui, par écrit oui, sauf quand je l'oublie ! ».

BILANS

Les données récoltées montrent que les bilans écrits ont une place prépondérante dans les traitements de la main. Ils sont faits régulièrement en début de traitement, au milieu et, de manière générale, avant chaque consultation médicale pour tenir informé les médecins prescripteurs. Le bilan est mis par écrit sur papier et/ou sur logiciel informatique. Il diffère de l'évaluation systématique faite par le thérapeute à chaque séance pour adapter les objectifs spécifiques de celle-ci. Voici quelques citations retenues pour illustrer leurs modalités : « Un premier bilan est systématique puis d'autres se font en fonction des périodes de cicatrisation ou des rendez-vous avec le chirurgien » ; « Cela dépend du diagnostic mais, en principe, une fois par mois et, dans tous les cas, quand la prescription médicale arrive à terme (après 6-9 séances), j'effectue un bilan et un rapport pour le médecin. Le patient en reçoit une copie. » ; « Séance 1, séance 5, séance 9 » ; « Cela dépend de l'évolution. Je ne réévalue pas tout systématiquement mais seulement les priorités. La douleur et les gênes à chaque séance, les amplitudes articulaires environ une fois sur deux. Un bilan complet est fait environ toutes les 9 séances. » « Cela dépend du patient : il y a des personnes qui aiment bien les mesures alors que d'autres n'y portent pas de valeur. » ; « Tout dépend la pathologie mais au minimum 1x par mois » ; « … Si l'évolution est lente, les évaluations sont plus rares pour maximiser la chance de voir un changement.". « Toutes les semaines pour les bilans analytiques et tous les

mois pour les bilans plus fonctionnels par questionnement ». « Tout le temps une petite évaluation, avec ou sans mesure, et pour chaque visite médicale ainsi qu'à la fin du traitement, si le patient le souhaite».

SITUATIONS COMPLEXES

18 thérapeutes ont relevé des situations complexes où ils ont pu vivre des difficultés relationnelles dans leurs prises en charge (Tableau 1.6). Deux thérapeutes n'en soulèvent aucune en particulier. Les données récoltées et présentées dans le tableau sont reliées au patient directement mais certaines d'entre elles pourraient être également classées en fonction de facteurs environnementaux (par ex. langue, culture différente).

Tableau 1.6

Situations complexes avec données relatives au patient	
Absentéisme	Intellect faible
Colère	Intérêt conflictuel
Comorbidité	Irrespect
Culture différente	Manipulation
Découragement	Manque de confiance en soi
Dépendance	Manque de raisonnement
Dépression	Manque de réflexion
Déprime	Non-acceptation
Deuil	Nonchalance
Distraction	Non-compliance
Douleur	Orgueil démesuré
Expression (langue différente)	Paresse
Fatalité	Passivité
Fausses croyances	Peine à l'abstraction
Hyperactivité	Peur
Hypochondrie	Préjugés
Illettrisme	Profit systémique
Illogisme	Syndrome post-traumatique
Incompréhension	Timidité
Influence néfaste (proches, médias)	Tristesse
Insatisfaction	Troubles psychiatriques

HABILETES RELATIONNELLES, COMPETENCES, ACTIONS THERAPEUTIQUES

Après recensement des données, nous avons remarqué des réponses similaires dans les trois groupes de réponses aux questions 7, 8, 10 et 11. Nous les présentons ensemble dans un souci de non redondance. Les résultats sont triés par ordre alphabétique (Tableau 1.7). Il n'y a aucune autre logique de chronologie. Pour illustrer les actes, nous avons choisi de les accompagner, dans la mesure du possible, d'une ou plusieurs citations. Voici donc, en termes d'actions, ce que proposent les thérapeutes de la main en cas de situations complexes (expression de sentiments d'insatisfaction du patient, de situation inchangée, non suivi du protocole, etc.) :

Tableau 1.7

Actions	**Citations**
Accompagner	« … il faut l'accompagner dans l'acceptation de la situation. » ; « Nous accompagnons la personne dans un processus de deuil. » ; « Si le pronostic est mauvais, j'accompagne la personne à accepter au mieux la situation dans mon cadre de compétences... »
Adapter, (s')	« Je tâche de lui expliquer d'une autre manière, de trouver une porte d'entrée différente et de comprendre ce qui le pousse à agir de la sorte. » ; « Trouver des autres voies d'apprentissage (ex. écriture, dessin, mime) ; « J'espace les dernières séances (adaptation du cadre) pour leur laisser le temps de s'approprier leur main tout en ayant encore un suivi. » ; « J'espace les séances jusqu'à que le patient prenne la décision de stopper le traitement. »
Aider	-[21]
Analyser	« Au cours de chaque séance, il faut que le thérapeute analyse son travail et l'adapte selon l'évolution et les résultats qu'il obtient ou pas. »
Anticiper	« Il est primordial d'anticiper leurs frustrations. » ; « Un bon spécialiste doit savoir anticiper les questions et les frustrations des patients (par ex. grande probabilité qu'il y ait des douleurs au froid l'hiver prochain. »
Appeler	« Appeler un traducteur / interprète »
Argumenter	-
Arrêter	« J'arrête le traitement s'il ne suit pas le protocole,… »
Assurer (s')	« S'assurer du fait qu'il a bien compris les enjeux afin de le responsabiliser pleinement de ses faits et gestes »

[21] Les « - » signifient que les actions n'étaient pas accompagnées de phrase spécifique.

Autonomiser	« Je rends le patient le plus autonome possible dans son traitement. »
Avoir de l'empathie	-
Balancer	« Je pèse avec lui le pour et le contre et essaie de trouver des arrangements. »
Cadrer	-
Captiver	-
Changer	« Changer de moyens de traitement ou de thérapeute (ergo, physio, kiné). »
Chercher	« Je cherche la cause de ce mal-être. »
Cibler	« Il faut cibler les problèmes. »
Classifier	-
Collaborer	-
Communiquer	« Communiquer avec tact »
Comparer	« Je reprends les mesures de départ, les compare avec celles d'aujourd'hui. » ; « Je reprends les bilans initiaux et je fais constater au patient les progrès qu'il a fait, même s'ils sont minimes. » ; « Je recours aux évaluations et discussions antérieures pour lui montrer l'évolution qu'il y a malgré tout, même si subjectivement il ne voit pas de progrès par rapport à ses capacités dans la vie quotidienne, car il a oublié comment il vivait peu de temps en arrière. »
Conseiller	« Je lui conseille vivement de suivre le protocole, … »
Contacter	« Je contacte assez facilement le médecin pour discuter des possibilités d'évolution. »
Conscientiser	« … j'essaie de lui faire prendre conscience que cela ne peut plus évoluer positivement si l'on a pas de consensus dans le trio rééducateur-patient-chirurgien. »
Convaincre	« … essayer de convaincre celui-ci de commencer par suivre le traitement recommandé, de façon claire, factuelle et objective… »
Dialoguer	« Dialoguer en permanence pour ajuster les objectifs. »
Diriger, rediriger	-
Discuter	« Par la discussion, passer en revue les différentes étapes de la prise en charge : du traumatisme jusqu'à la situation actuelle… » ;
Donner du pouvoir	« Le résultat est toujours meilleur que celui annoncé quand on obtient la proactivité du patient »[22] ; « J'essaie de le rendre "maître" de son traitement, de ses résultats pour qu'il accepte au mieux ce qu'il se passe. » ;

[22] Ce thérapeute fait le lien avec l'étude d'Anema and co. (2002). *Ineffectivness disability managment by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted dor 3-4 months (2002)* qui montre l'influence et l'importance d'une communication adaptée médecin-patient pour minimiser le temps d'arrêt de travail.

	« *Empowerment* » ; « … afin que le patient puisse être le premier acteur dans son processus de guérison. »
Eclairer	« Mettre en lumière les progrès. » ;
Ecouter	« Ecouter leur détresse, leurs croyances par rapport à la possibilité de vivre ou non avec leur handicap. »
Eduquer (enseigner)	« Il faut prendre le temps d'expliquer la pathologie ou la lésion à travers des schémas ou des dessins… → importance de l'éducation thérapeutique »
Encourager	« Il faut les encourager à persévérer, à ne pas baisser les bras, même si l'évolution n'est pas assez rapide à leurs yeux. »
Essayer	« Essayer d'autres moyens et techniques de traitement. »
Etre honnête	« Etre honnête et ne pas avoir peur de parler du potentiel de récupération, même si cela est difficile à entendre. »
Etre modeste	« Je reste modeste dans le pronostic de récupération fonctionnelles dès le départ. »
Evaluer, réévaluer	« Poser de nouvelles hypothèses et des diagnostics différentiels » ; « Si une complication de type SDRC apparaît, je refais un bilan,…» ; « Reposer les objectifs de traitement en fonction des besoins/capacités actuelles et futures. »
Expliquer	« J'explique les mécanismes qui limitent ou entravent la récupération. » ; « Expliquer que c'est de sa main dont il s'agit, lui rappeler les fonctions de celle-ci et les risques qu'il encourt…» ; « … lui expliquer les conséquences potentielles si celui-ci n'est pas suivi... »
Exposer	« … je lui expose les risques qu'il prend s'il ne respecte pas le protocole et les conseils. »
Freiner	-
Garder le pouvoir	-
Guider	« J'essaie de rester celui qui guide, propose des solutions et accompagne la personne dans son rétablissement et de ne pas avoir le rôle d'un Dieu qui guérit ou qui porte les gens vers le bonheur. »
Imager	-
Informer	« Les personnes doivent être informées des objectifs en début de rééducation » ; « J'informe l'équipe pluridisciplinaire. »
Motiver (se)	« Certes, c'est parfois décourageant mais il faut continuer à le motiver et à nous motiver. »
Méta-analyser	-
Mettre en évidence	« …mise en évidence de l'évolution des troubles, des objectifs qui ont été atteints… » ;

Motiver	-
Négocier	-
Noter	« Noter dans le dossier les absences, les *erreurs*, *variantes* du patient… »
Objectiver	« Le principal est d'être clair et objectif pour ne pas décevoir…»
Orienter, réorienter	« Si pas de progrès, car la pathologie semble stabilisée, orientation vers un autre traitement… »
Parler	« Parler des possibilités/limites des champs d'application de la thérapie. »
Partager	« Discuter en tripartite, médecin-thérapeute-patient pour améliorer la prise en charge… »
Passer la main	« Si besoin, comme on travaille en équipe, on passe la main à un autre thérapeute pour changer de discours… »
Passer un contrat thérapeutique	-
Patienter, faire patienter	« Dès le premier jour, il faut lui dire d'être *patient* et lui expliquer le processus de guérison. » ; « Dans le cadre de pathologies évoluant lentement telles que les SDRC, je leur demande d'être *patient*, »
Positiver	« L'attitude positive du thérapeute rassure et a beaucoup d'influence sur le patient. » ; « Travailler dans la bonne humeur. » ; « J'essaie de trouver une voie de sortie et une perspective de progression... »
Préciser (re-)	« Repréciser les objectifs de traitement pour travailler les points importants pour le patient. »
Préparer	« J'essaie de ne pas donner de faux espoirs et de parler dès la première séance des possibilités/impossibilités de récupération pour préparer au mieux la personne. » ;
Prescrire	« Prescription de granules de sulfate de patience ou consultation avec le chirurgien pour confirmer notre discours. »
Prévenir	« Après mises en garde, explications et d'entente avec le médecin, je le laisse faire comme il l'entend. Il s'agit de sa vie et de sa propre responsabilité. »
Prendre le temps	« Il faut prendre du temps pour en discuter. »
Promouvoir l'interdisciplinarité	« Proposer d'autres approches thérapeutiques. »
Proposer	« Je mets l'accent sur tous les outils qui lui sont nécessaires pour s'en sortir, trouver des solutions » ; « Je propose des outils et des méthodes différentes pour essayer de trouver ce qu'il convient au mieux à la personne. De là, elle choisit et sait ce qu'il lui convient pour son traitement. A mon avis, nous avançons plus vite et plus loin dans cette optique. » ; « Je propose une fenêtre thérapeutique. »

Prouver	-
Questionner	-
Rassurer	« Mise en perspective des gênes suggestives actuelles avec le potentiel d'évolution, l'espoir de guérison encore à poursuivre. » ; « Montrer les progrès. » ; « Instaurer un climat de confiance. »
Recadrer	« Ne pas se faire commander par les gens qui ne savent pas. » ;
Recentrer	« Le mettre au centre de la rééducation. » ;
Rechercher	« Rechercher des solutions. »
Relativiser	« Relativiser et se relaxer pour ne pas perdre patience et pertinence dans les cas difficiles. »
Relayer	« Renvoyer la personne chez le chirurgien, médecin prescripteur. » ; « Si j'observe que ces plaintes sont légitimes et qu'un approfondissement du diagnostic doit être fait, j'appelle le médecin. » ; « La plupart du temps, les personnes récupèrent selon les exigences de leurs activités de bases, professionnelles et de leurs loisirs. Cependant, si les ordonnances se renouvellent trop et que les objectifs de traitement ne sont jamais atteints, je redirige la personne vers son médecin » ; « Je vois avec le médecin s'il est du même avis au niveau pronostic sur la récupération fonctionnelle. Si les avis divergent, je conseille un deuxième avis médical. » ; « Je propose au patient de prendre un deuxième avis médical pour affirmer un diagnostic, pronostic. » ; Si l'évolution n'est pas positive, je demande l'avis médical ou chirurgical. »; « …, je le dirige vers un suivi psychothérapeutique pour faire un travail plus approfondi sur ses émotions et ses sentiments et s'il est dans le déni, idem. »
Relever	« Relever les changements positifs. »
Réorienter	« Si pas de progrès, car la pathologie semble stabilisée, orientation vers un traitement de type compensatoire, ajustements et adaptations. » ; Orienter vers d'autres professionnels de la santé (psychothérapeute, hypnothérapeute, sophrologue, etc.) »
Répéter	« Répéter les objectifs et les exercices à domicile de séance en séance. »
Respecter	« Respecter les personnalités. »
Responsabiliser	« Je lui fais prendre conscience que les séances sont plus un coaching et que l'application des exercices à domicile sont le plus gros travail à fournir. » ; « Je la renvoie aux objectifs de traitement, à son statut de *maître de la situation et de sa santé.* »
S'engager	-
Se protéger	« Noter dans le dossier … de façon à pouvoir se protéger en cas de plainte » ;

	« Remarquer, noter un danger car c'est un risque pour le professionnel, en parler au médecin si non suivi du protocole et comportement à risque. »
Se questionner	« Se repositionner, se poser des questions avec le patient et le médecin sur le pourquoi de cet état insatisfaisant, problème organique, opératoire ? »
Se remettre en question	-
S'expliquer	« Faire comprendre que nos propos ne sont pas déplacés-inadaptés. »
Soutenir	« Soutenir dans la phase de deuil et l'acceptation de la nouvelle situation. »
Stimuler	-
Stopper	« Si je n'observe aucun changement au bout des 9 neufs séances renégociées, je stoppe le traitement. » ; « Je clos le contrat. »
Valider	« Il faut valider leurs ressentis. » ; « Valider la détresse du patient. »
Valoriser	-

AUTONOMISATION DU PATIENT

Voici plus spécifiquement les stratégies d'autonomisation relevées par les thérapeutes. Nous les avons classées par groupe dans un souci de lecture simplifiée :

Expliquer, évaluer, contrôler : « Il est essentiel que le patient comprenne l'utilité de s'exercer à la maison ou d'intégrer le plus possible sa main/MS dans ses différentes activités sans prendre de risque. Il faut que le thérapeute lui explique qu'il est là pour le soutenir dans son processus de récupération mais que le principal responsable de la guérison en rééducation, c'est lui-même ». « Je lui explique la physiologie, le processus de cicatrisation (ex. lors de suture de tendons) et lui donne des exercices pour le domicile quand il a bien saisi les enjeux » ; « Je lui donne des exercices à faire à domicile avec des consignes claires : il reçoit une feuille où les exercices sont décrits avec photos et le nombre de fois par jour. Ils sont réalisés en séance, puis contrôlés lors des séances suivantes » ; « Je suis comme un *coach* » ; « Je donne des brochures, des explications orales et, par-dessus tout, j'explique les risques et focalise le tout sur les objectifs communs dans la mesure du possible. » ; « J'évalue la situation chaque semaine et leur demande de me montrer comment ils ont travaillé leurs exercices. »

Simplifier : « Je propose toujours des exercices avec peu ou pas de matériel afin que les exercices demandés soient praticables n'importe où et à n'importe quel moment. » ; « Donner des fiches pratiques et exercices simples et précis à réaliser quotidiennement »

Utiliser des moyens captivants pour le client : « Mettre en place un programme d'exercices utilisant papier, informatique, photo, film pour garder son attention et sa motivation » ; « éducation thérapeutique via papier, encyclopédie numérique, animations 3D que le patient peut filmer, lien vidéo sur YouTube, etc. »

Faire participer d'autres intervenants : « Il nous est arrivé en voyant que le patient avait beaucoup de crainte à utiliser sa main/Membre Supérieur (MS) à la maison, de proposer, d'un commun accord avec le médecin et l'employeur, que le patient reprenne le travail avec une rentabilité 0% afin qu'il utilise, intègre sa main/MS dans différentes tâches professionnelles et oublie ses peurs. Les résultats obtenus vont ensuite encourager le patient à continuer la démarche dans ce sens »

Se focaliser sur ses activités, conseiller : « Je lui suggère plusieurs situations où il peut intégrer son MS dans des séquences automatisées où il peut utiliser sa main sans douleur et sans crainte. Je fais le lien entre le quotidien et le traitement pour qu'il puisse faire sa rééducation lui-même dans les activités sans risque. » ; « demander ce qu'il fait à la maison pour se focaliser sur ses capacités/incapacités » ; « Je lui donne des exemples concrets de la vie quotidienne où il ne risque rien » ; « Je l'accompagne dans la réinsertion de sa main dans les différentes prises (préhension) de ses activités, en commençant par donner des exemples simples en séance et en lui demandant de faire pareil à la maison et de me faire un feedback lors de la prochaine séance » ; « Je lui fait un programme sur mesure pour la maison » ; « Je les questionne sur leurs activités quotidiennes, comment ils les font, avec ou sans douleur. Je les guide, les soutiens dans la reprise de celles-ci et leur dosage. » ; Je les questionne sur ce qui se passe à domicile, où sont les difficultés et les dépendances. J'analyse la situation et propose l'exercice des gestes manquants pendant la séance. Je leur explique le lien entre les prises exercées en thérapie et avec ses différentes activités ».

Confectionner des orthèses de rééducation, donner du matériel thérapeutique pour le domicile : « Je leur confectionne des orthèses sur mesure pour continuer le travail à la maison » ; « Je leur donne une pâte d'exercices, un ballon ou autre s'ils n'en ont pas » ; « Je lui donne des conseils d'aménagement et de ménagement de son membre lésé (infra douleur). » ; « Je lui indique des aides, des aménagements de plan de travail, outils facilitateurs (moyens auxiliaires) pour les différentes prises (clefs, robinets, manches, etc.) pour éviter au maximum l'exclusion du MS. »

Se protéger des risques : Deux thérapeutes mettent un bémol sur l'autonomisation du client à tout prix : « L'autonomisation, oui mais elle n'est pas tout le temps adaptée à la situation ». Ils nuancent leurs idées sur le fait que toute personne ne peut suivre sagement des consignes et qu'ils préfèrent ne rien leur demander de faire à domicile, en début de traitement, pour éviter toute péjoration de la situation. « Je mets l'accent sur les séances. Je préfère qu'elles soient plus longues car tout ce qui est acquis est acquis. » ; « Je donne les feuilles écrites plus tard dans la rééducation pour éviter une fausse interprétation de celles-ci, ce qui pourrait engendrer des complications et mettre à mal mes conseils » ; « Je leur explique les risques de la surutilisation de leur main, des exercices trop hâtifs, pour minimiser les risques (ex. allodynie, SDRC). »

CONSEILS AUX FUTURS EXPERTS EN THERAPIE DE LA MAIN

Pour clore cette récolte de données, voici les conseils des spécialistes pour maximiser les chances de réadaptation (Tableau 1.8). Aucun ordre d'importance n'est de mise.

Tableau 1.8

Conseils aux futurs spécialistes en thérapie de la main
• Adapter le nombre de séances par semaine en fonction des besoins de la personne
• Autonomiser le patient : *« Expliquer au patient dès le début du traitement que nous sommes là pour l'aider à redevenir autonome et que nous ne pouvons pas soigner ou enlever dans tous les cas les séquelles liées à sa pathologie… »*
• Changer parfois de thérapeute (physio, ergo, kiné)
• Contacter sans hésiter le médecin prescripteur si besoins/questions
• *« Cultiver la positive attitude »*
• Dater, noter les éléments importants à relever
• Etablir un contrat de confiance entre le soignant et le patient
• Etre attentif à tous les soucis relevés pendant la thérapie
• Etre clair et concis dans les messages à faire passer
• Etre cultivé pour contrebalancer les messages médiatiques
• Etre ingénieux et curieux
• Etre patient
• Etre pédagogue
• Evaluer continuellement une situation

- Evaluer le contexte socio-affectif de la personne
- Expliquer les protocoles
- Faire de la co-thérapie s'il y a plusieurs rééducateurs dans le lieu de travail
- Faire fréquemment des observations avec des mesures objectivables et quantifiables
- Fixer des objectifs réalistes
- Garder une vue d'ensemble : *« Il y a tellement de facteurs auxquels il faut faire attention dans la rééducation de la main/MS ! »*
- Garder toujours en tête les objectifs spécifiques et généraux pour adapter au mieux les moyens de traitement
- Lâcher-prise
- Mettre en évidence les facteurs de risque
- Mettre en relation de confiance la personne
- Ne pas hésiter à aller à domicile ou sur le lieu de travail, si nécessaire, pour avoir une meilleure évaluation de la situation
- Ne pas s'attacher aux patients : *« Ils finissent par apprécier le changement de thérapeute en y voyant une grande complémentarité dans leur intérêt »*
- Parler, discuter : *« Discuter et toujours discuter… »*
- Penser à faire plus souvent des fenêtres thérapeutiques
- Poser des hypothèses et les vérifier
- Prendre contact avec d'autres répondants, si nécessaire (proche, curateur, RH, traducteur)
- Prendre des photos
- Prendre du temps pour le bilan initial
- Prévenir les gens, aider les personnes à se projeter dans un futur proche
- Promouvoir le mouvement et la Santé : *« Améliorer les fonctions de la main pour freiner l'évolution et/ou aider la guérison »*
- Proposer des ateliers pratiques si nécessaires (par ex. atelier cuisine)
- Proposer des moyens auxiliaires
- Responsabiliser le patient, le mettre toujours au centre, le considérer comme partenaire du traitement
- Rester humble : *« Il faut aider le patient avec tous les moyens possibles mais aussi reconnaître lorsqu'il y a impossibilité de résultat ». « Parfois on n'y arrive pas et c'est ainsi. »*
- Rester le plus objectif possible
- Rester toujours critique envers soi-même

- Savoir parfois relativiser les séquelles
- Savoir se mettre à la place de la personne, tolérer, être compatissant et user d'empathie : *« Il y a toujours une bonne raison pour que la personne agisse de la sorte » ; « Accepter cet état de fait car chacun a son histoire et ses angoisses. « Valider toujours les ressentis d'une personne et ne pas la mettre en doute » ; « Accepter le patient tel qu'il est. »*
- Se faire confiance : *« Il faut y aller au feeling pour que le patient nous suive finalement. Ressentir le patient : il faut parfois être cadrant et parfois pas trop insistant ».*
- Se former continuellement
- Se relaxer
- Se tenir informés des nouveautés et avancées de la recherche
- Tenir un dossier régulier : *« La méthode SOAP est pour cela une très bonne aide »*
- Travailler en équipe, partager les expériences avec d'autres professionnels : *« Les traitements interdisciplinaires nous permettent de mieux avancer dans des situations complexes »*
- Utiliser des outils d'évaluation fiables et validés
- Utiliser des moyens simples et pratiques

INTERPRETATION DES RESULTATS

Ce chapitre est dédié à la synthèse des données récoltées à la suite des questionnaires et de la littérature présentée au début de ce travail. Pour ce faire, les questions principales de cette recherche sont reprises et commentées selon les différentes données recueillies. De là, découlent des idées, des problèmes, des hypothèses et des solutions envisagées.

- **Quels sont les cadres de références et les modèles de pratique utilisés en thérapie de la main ?**

Tous les thérapeutes de la main sont dans une optique de mélange de cadres et de modèles pour offrir la meilleure analyse et le traitement le plus adapté possible. Il n'y a pas une seule façon d'appréhender une situation. Les professionnels utilisent divers outils, instruments de mesure et échelles d'évaluation venant de cadres biomécaniques, centrés sur le patient et centrés sur le fonctionnement. Y-a-t-il des liens entre l'utilisation de ceux-ci et les formations de base des thérapeutes ? Peut-on relier des méthodes à des formations, des affiliations à des groupes de travail, des associations ou encore aux sensibilités de chacun ? Peut-être. Des analyses de croisement pourraient être faites pour faire des liens entre ces différentes variables, comme la fait Bohnen (2011) dans son travail. Ici, les résultats montrent une légère tendance des ergothérapeutes à être plus enclins à l'utilisation d'échelles d'évaluation centrées sur le fonctionnement. Et, dans le même ordre d'idée, les réponses des kinési/physiothérapeutes seraient plus penchées sur le biomécanique dans les grandes lignes. Mais globalement, comme nous l'avons vu précédemment, les deux professions tendent à se confondre, avec le temps et les formations.

- **Quels outils de mesure et échelles d'évaluation sont les plus utilisés en France et en Suisse romande ?**

Il existe des centaines d'outils, échelles d'évaluation, tests et bilans pour évaluer les affections d'une main/membre supérieur et le fonctionnement d'une personne. Des standardisés aux *faits maison*, chaque thérapeute a sa propre trousse-à-outils. Pourtant, au quotidien, nous observons sur le terrain, encore quelques rééducateurs qui n'en utilisent pas ou peu dans leur traitement. A quoi cela est-il dû ? A cause du manque de temps ou de la méconnaissance de ces outils (Valdes, 2014) ? Nous pensons que cela est dommage car ils aident certainement, comme nous l'avons observé, à l'efficience d'un traitement et à placer notre métier dans une démarche plus scientifique. Le manque de temps et la méconnaissance sont, à notre avis, des

facteurs personnels auxquels chacun est responsable d'y remédier, tant il faut remettre en question, de temps à autre, notre routine professionnelle. Nous pensons que toute carrière doit s'adapter aux changements, aux nouvelles avancées technologiques et répondre aux besoins de plus en plus présents d'efficience et de clarté.

Comme l'ont souligné certains auteurs et thérapeutes dans l'étude, les outils mobiles tels que les portables et les tablettes tactiles sont des aides intéressantes. Ils peuvent simplifier certains paramètres du quotidien tels que la planification des séances, la tenue des dossiers, l'offre des exercices pratiques, la facturation, etc. Faciles d'utilisation, accessibles à tous et *à la mode,* ils donnent de nombreuses ouvertures tant au niveau de l'analyse du suivi que pour les moyens de traitement. A nous d'être curieux et d'innover.

- **Comment les objectifs de traitement se mettent-ils en place ?**

Les objectifs de traitement sont en lien avec la prescription médicale. Ils font suite à l'évaluation initiale de la main et de la situation fonctionnelle de la personne. Ils font partie intégrante du plan thérapeutique. Centrés sur le biomécanique, la personne et le fonctionnement, les objectifs subjectifs et objectifs sont ajustés en permanence. Les résultats montrent l'importante de les discuter activement avec le patient (90%). L'importance de les écrire dans le dossier est mitigée (60%). Cependant, comme la tendance actuelle est à noter tout renseignement pertinent, nous pensons qu'il est important de les retranscrire même s'ils paraissent logiques ou évidents sur le moment. A notre avis, tout thérapeute devrait tenir à jour ses dossiers afin de laisser les informations utiles à une éventuelle reprise dudit document. En effet, cette écriture facilite le transfert de la situation à un collègue, un remplaçant ou encore permet de reprendre des données anciennes pour entreprendre des études de cas.

- **Quelle place a le bilan dans le suivi ?**

Le bilan de la main et de la situation fonctionnelle de la personne se fait régulièrement. Il précède la mise en place des objectifs de traitement. Un bilan entier de la main est fait au début de chaque nouvelle situation et, généralement, à la fin de chaque traitement. En cours de soins, les thérapeutes choisissent des outils spécifiques en fonction de leurs observations pour guider les moyens de traitement. Les thérapeutes soulignent l'importance d'être flexible, de s'adapter aux besoins et aux sensibilités de chacun : *« Cela dépend du patient, il y a des gens qui aiment bien les mesures, alors que d'autres n'y portent aucune valeur » ; « Mettre*

des chiffres partout, tout le temps laisse peu de place au subjectif versus l'objectif. A quel point chiffrer pour noter un pourcentage de réussite, de non- récupération si, de toute façon, la récupération totale ne revient pas tout le temps ?» Effectivement, une attention est de mise pour ne pas tomber dans l'excès des bilans et des chiffres.

Finalement, afin de communiquer avec le prescripteur et marquer la relation tridimensionnelle, plus de la moitié des thérapeutes insistent sur l'importance de transmettre un document écrit pour chaque consultation médicale, dans la mesure du possible.

- **Qu'est-ce qu'un patient *complexe* ?**

Bien que la non-adhésion soit un comportement imputable au patient, il est important de reconnaître que les causes de cet agissement ne sont pas reliées qu'au patient (O'Brien, 2012). Effectivement, les résultats montrent que le cas du patient *complexe* relève de l'analyse des facteurs venant du patient lui-même, du thérapeute et de l'environnement dans lequel les deux protagonistes se rencontrent. Au premier abord, les facteurs bio-psycho-sociaux chez le patient sont plus faciles à identifier (fausse-croyances, pensées dysfonctionnelles, état émotionnel, etc.). A côté, nous observons les facteurs environnementaux tels que les différences culturelles, de langage, etc. Et, pour finir, les facteurs liés au thérapeute tels que la motivation intrinsèque, l'éducation et la personnalité ne sont pas à négliger. Au niveau des résultats, deux thérapeutes ont décrit n'avoir aucune difficultés relationnelles ce qui nous a particulièrement touchés. Sont-ils des thérapeutes exemplaires exempts de sauts d'humeur, toujours à l'écoute, jamais dans la routine, munie d'une personnalité caméléon qui s'adapte facilement à toute situation ? Sans doute, les perles rares existent. En tous les cas, nous devons rester humbles comme l'ont souligné certains, bien se connaître pour éviter les mal-être relationnels, se remettre en question, analyser son caractère et l'influence que l'on peut avoir sur les patients.

- **Comment gérer la prise en charge d'un patient jugé *complexe* ?**

Les résultats montrent qu'il est important de bien évaluer la situation dans son contexte global, avec une approche holistique, pour éviter de manquer un élément clef. Dans une situation complexe, plus qu'une autre, les éléments facilitateurs et les freins doivent être relevés et discutés avec le patient, le médecin ou les autres intervenants si nécessaire.

Les thérapeutes, en tant que praticiens centrés sur le patient, devraient remplacer le terme « compliance » par « adhésion » ou « participation » et essayer d'arrêter de blâmer les gens

sur le fait qu' « ils ne suivent pas les protocoles » (Trad. O'Brien, 2012). Le rééducateur a un rôle prépondérant dans le bon fonctionnement ou non d'une situation. Comme nous l'avons observé en amont de cette recherche, dans notre équipe, le thérapeute a un grand impact sur les gens. En effet, comme nous avons pu l'observer en pratique, cette influence est, généralement, positive et constructive ce qui donne, à notre avis, un caractère souvent magique à leurs prestations tant les gens repartent souvent *charmés* par leurs prestations : « Les clients sont plus facilement motivés par un thérapeute motivé et énergique » ; « Une attitude positive, véhiculée par le thérapeute de la main, peut faire une différence significative dans le contexte proche du patient » (trad. Cooper, 2014, p.131).

- **Quelles sont les habiletés relationnelles requises pour un thérapeute de la main ?**

Globalement, les résultats montrent que notre métier de thérapeute de la main est très technique en soins aigus avec des objectifs, en premier lieu, basés sur le biomécanique (ex. confection d'orthèse, mobilisation précoce, diminution de l'œdème et des douleurs, etc.) et plus relationnels en phase de rééducation/réadaptation. Nous pensons qu'un lien direct entre les habiletés relationnelles des thérapeutes et les aspects socio-éducatifs de ceux-ci existe. Nous ne connaissons pas personnellement nos correspondants mais nous émettons l'hypothèse que des liens entre des données plus personnelles telles que l'éducation reçue, le caractère, la personnalité, la parentalité ou encore les préjugés de la personne influence la relation thérapeutique. Acquises, les habiletés sont le résultat d'expériences personnelles et professionnelles. Nous pensons que certains penchants pour des méthodes peuvent être mis en évidence en fonction de ces différentes variables.

L'éducation thérapeutique est l'un des éléments les plus importants dans les habiletés relationnelles. Comme le soulignent Kaskutas et Powell (2013), les patients apprécient beaucoup recevoir des conseils sur leur fonctionnement à la maison, les adaptations pratiques à faire domicile etc. En effet, la confection d'une orthèse, l'apprentissage des exercices et la mise en garde ne suffisent pas toujours à éviter les situations à risque. Pour cela, le rôle des thérapeutes est également d'accompagner la personne dans l'adaptation de ses activités momentanément ou sur un long terme (ex. adapter le manche de la brosse à dents ; mettre en place un système d'aide au ménage).

Il est clair qu'une approche centrée sur le client et le fait d'enseigner demande une attention particulière et du temps en particulier. Cela requiert passablement d'analyses et d'attention si l'on veut se focaliser sur les préférences et les chemins d'apprentissage du client. Mais pour

optimiser l'échange et penser *efficience* notamment dans les cas *complexes*, les thérapeutes se doivent d'agir ainsi. Comme le décrit Cooper (2014), chaque rééducateur doit se demander si le patient est capable de comprendre ce qu'il vit ; quelle est sa définition de la santé ; comment il peut partager avec lui ses connaissances et son expertise ; qu'est-ce qui est relevant et a du sens pour lui afin de faciliter le *self-healing* (Trad. Cooper, 2014).

Critiques de la méthodologie

Concernant la critique générale de ce travail, quelques points peuvent être relevés. Comme discutés plus haut, certains thèmes ont été plus investis que d'autres dans la littérature ; cela a fait partie des choix des auteurs.

En ce qui concerne la méthodologie de recherche, le choix de la population et le nombre de personnes interrogées peuvent être discutés. Même si, au départ, le nombre de 20 thérapeutes paraît faible pour représenter les centaines de thérapeutes suisse-romands et français[23], les résultats sont bons étant donnée la redondance des données récoltées.

Les questions étant ouvertes, les réponses variaient en nombre de mots et de contenu. Les liens directs avec certains cadres de référence étaient faciles, d'autres complexes et d'autres invisibles, ce qui n'exclut pas l'utilisation de certains paradigmes ou concepts dans la prise en charge effectivement donnée. Les questions ouvertes offraient une large palette de réponses, d'où notre choix de départ pour ouvrir un maximum les possibilités de nuances, même si nous risquions de ne pas convenir à tous les interlocuteurs. Enfin, les données étant qualitatives et descriptives, peu de chiffres ont pu être exposés, n'en déplaise aux accros de la statistique...

[23] Il y a 308 membres à la SSRM dont 73 thérapeutes de la main certifiés et 200 membres au GEMMSOR dont environ 130 thérapeutes certifiés. Les rééducateurs ne faisant pas tous partie des deux associations, les chiffres sont biaisés.

CONCLUSION

Aujourd'hui, les trois cadres de référence biomécanique, centré sur le client et centré sur le fonctionnement sont les approches de base pour évaluer et accompagner quelqu'un en rééducation de la main. Afin d'appréhender au mieux la situation des personnes, différentes approches et techniques de traitements sont nécessaires pour s'occuper des domaines pathophysiologiques et psychologiques. Comme le souligne Cooper (2014, p.130), « bien que l'activité primaire implique en premier lieu le corps, une partie importante implique également l'esprit du client ». Le mode interdisciplinaire favorise également inéluctablement le rétablissement.

Une situation est jugée *complexe* quand il n'y a pas d'adhésion thérapeutique. Cette absence de participation active du patient peut être analysée et travaillée dans la relation thérapeutique. Les facteurs qui influencent celle-ci sont liés au patient et au rééducateur. Il y a autant de façon d'appréhender un patient en situation *complexe* que de thérapeutes tant le mode relationnel impalpable et difficile à décrire. Il y a beaucoup de moyens pour influencer l'adhésion du patient. Les approches motivationnelles, à bases cognitives et comportementales, centrées sur le client en sont quelques exemples (O'Brien, 2012).

Les résultats de cette recherche montrent une place importante aux habiletés relationnelles des thérapeutes de la main tant au niveau professionnel (collègues, partenaires, tiers) qu'au niveau thérapeutique (patients). Dans la pratique, souvent mises de côté aux bénéfices des moyens plus techniques, les compétences relationnelles ont une place essentielle dans toute relation de soins après les états d'urgences. Aujourd'hui, relevées distinctement dans le cahier des charges d'un expert en thérapie de la main (Kasch, Greenberg et Muenzen, 2002 ; Moorhead and al., 2011), il est important d'octroyer plus de réflexions sur l'impact de nos paroles et de nos gestes.

Pour aller plus loin dans l'analyse de la relation, observer les ressources des thérapeutes, leurs outils et leurs techniques utilisés dans des situations précises pour rebondir dans des situations délicates, une étude plus poussée au niveau de leurs ressentis serait nécessaire. Pour aller au cœur de la relation, des analyses de cas plus précis des thérapeutes, avec un suivi tel qu'un journal de bord, pourrait être intéressantes.

Pour développer la thérapie de la main, il est nécessaire de continuer la recherche et promouvoir la transmission des connaissances parmi toutes les professions. Il est important de

communiquer les résultats par le biais d'écrits pour laisser des traces et permettre ainsi à d'autres thérapeutes d'utiliser et d'appliquer certains outils de prise en charge qui ont prouvé leur efficacité. Enfin, l'importance de la prise en charge précoce et spécialisée des pathologies de la main n'est aujourd'hui plus à discuter. Les résultats de cette recherche vont dans le sens des hypothèses posées au début de ce travail. Si les patients consultaient directement des intervenants spécialisés, le pronostic serait meilleur tant ses dimensions physiques (biomécaniques), psychologiques (centré sur la personne) et fonctionnelles (centré sur le fonctionnement) seraient évaluées et prises en compte dans son processus de soins. Pour cela, il est important de poursuivre les démarches de spécialisation/reconnaissance des médecins-chirurgiens et des rééducateurs de la main pour maximiser les chances de récupération et réduire ainsi l'impact de ces affections sur la vie quotidienne des personnes et sur l'économie en général. A la relève de faire l'apologie de ces observations.

Pour conclure, grâce à ce travail, nous avons développé et affiné nos connaissances théoriques et pratiques. Cette expérience nous a permis d'agrandir notre réseau professionnel grâce aux nombreuses discussions engendrées par ces questionnements.

Now, « the challenge is to know when and how to use the information » Aaron, 2013.

Fiona Gigon.

REFERENCES

Bibliographie

Aaron Haenosh, D. (2013). Welcome to our world of Hand Therapy… Dare to make waves, dare to adapt! *Journal of Hand Therapy* (26), 172-174

Bekkers, S. et al. (2014). Relationship between pain misconceptions, disability, patients' goals and interpretation of information from hand therapists. *Journal of Hand Therapy* (27), 287-295

Berthe, A., Orset, G. (2013). Les bilans de la main et du poignet. *Rééducation de la main et du poignet : anatomie fonctionnelle et techniques*. Elsevier Masson

Bohnen, Cortney L. (2011). *Outcome Measure Use in Occupational Therapy for Upper Extremity Rehabilitation: Results of a Survey of Therapist Clinical Practices*. *Master of Arts in Occupational Therapy Theses.* Paper 1

Boutan, M., Thomas, D. et al. (2013). *Rééducation de la main et du poignet : Anatomie fonctionnelle et techniques*. Elsevier Masson

Chick, G., Papaloïzos, M. (2014). *Urgences de la main et du poignet chez l'adulte et l'enfant*. Elsevier Masson

Cottraux, J. (1995). *Les thérapies cognitives et comportementales*. Paris : Masson

Cooper, C. (2014). Fundamentals of Hand Therapy. Clinical Reasoning and Treatment Guidelines for Common Diagnoses of the Upper Extremity. Elsevier

Flinn, S., Jones, C. (2011). The Use of Motivational Interviewing to Manage Behavioral Changes in Hand Injured Clients. *Journal of Hand Therapy* (24), 140-146

Fortin, M.- F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education.

Jack, J., Estes, R. (2011). Documenting Progress: Hand therapy treatment shift from biomechanical to occupational adaptation

Kaskutas, V., Powell, R. (2013). The impact of flexor tendon rehabilitation restrictions on individuals' independence with daily activities: Implications for hand therapists. *Journal of Hand Therapy* (26), 22-29

Law, M. (2000). *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel*. Toronto : CAOT ; ACE

Kasch, M., Greenberg, S., Muenzen, P. (2003). Competencies in Hand Therapy. *Journal of Hand Therapy* (16), 49-58

Manidi, M.-J. (2005). *Ergothérapie en santé mentale et psychiatrie*. Lausanne : EESP

Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : EESP

Miller R., W., Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne au changement*. Paris : InterEditions-Dunod

Moorhead, J., Cooper, C., Moorhead, P., (2011). Personality Type and Patient Education in Hand Therapy. *Journal of Hand Therapy* (24), 147-154

Muenzen, P. and al. (2002). A new Practice Analysis of Hand Therapy. *Journal of Hand Therapy* (15), 215-225

O'Brien, L. (2012). The Evidence on Ways to Improve Patient's Adherence in Hand Therapy. *Journal of Hand Therapy* (July-August), 247-250

Smith, J. (2013). Documentation of Occupational Therapy Services. *Pedretti's Occupational Therapy : Practice Skills for Physical Dysfunction*. Elsevier

Valdes, K., and al. (2014). Hand Therapist use of patient report outcome (PRO) in practice : a survey study. *Journal of Hand Therapy* (27), 299-308

Vranceanu, A.-M., Ring, D., Kulich, R. and co. (2008). *Idiopathic Hand and Arm Pain : Delivering Cognitive Behavioral Therapy as Part of a Multidisciplinary Team in a Surgical Practice*. Elsevier

Vranceanu, A.-M., Safren, S. (2011). Cognitive Behavioral Therapy for Hand and Arm Pain. *Journal of Hand Therapy* (24), 124-131

Winthrop Rose, B. et al. (2011). Does Hand Therapy Literature Incorporate the Holistic View of Health and Function Promoted by The World Health Organization ? *Journal of Hand Therapy* (24), 84-88

Wolff, A., Weinstock-Zlotnick, G., Gordon, J. (2014). SSc Management – In person appointments and remote therapy (SMART) : A Framework for management of chronic hand conditions. Journal of Hand Therapy (27), 143-151

Ressources électroniques

Association de Prévention des Accidents de la Vie Courante (APAVC). Page web. (2015). Accès : http://www.apavc-cfia.fr/index.php?code_cat=97 (page consultée le 25 février 2015)

American Occupational Therapist Association, (AOTA). Page web. (2015). Accès : http://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Patients-Clients.aspx (page consultée le 4.03.15)

Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE). [Page web]. (20). Accès : http://www.ergotherapie.ch/ (Page consultée le 5 septembre 2009)

Dubert, T., http://www.fesum.fr/spip.php?article121 (Page consultée le 26 février 2015)

European Federation of Societies for Hand Therapy (EFSHT). Accès: http://www.eurohandtherapy.org (Page consultée le 25 février 2015).

Fédération européenne des services d'urgences de la main (FESUM). Accès : http://www.fesum.fr (Page consultée le 16 février 2015)

Fédération Française des Masseurs-kinésithérapeutes-Rééducateurs (FFMKR). Accès : http://www.ffmkr.org/la-federation/qui-sommes-nous-ref46/la-ffmkr (Page consultée le 26 février)

Gache, P. & al. (2006). L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Revue médicale suisse* [Page web], 80. Accès : http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=31657 (Page consultée le 2 octobre 2009)

Hand Therapy Certificate Commission (HTCC). Accès : http://www.htcc.org/consumer-information/the-cht-credential/definition-of-hand-therapy (Page consultée le 9 avril 2015)

Physioswiss. Accès : http://www.physioswiss.ch/vaud/physiotherapie.htm (page consultée le 25 février 2015)

Réseau main. (2014). Accès : http://www.reseaumain.fr (Page consultée le 25 février 2015)

World Health Organization (WHO). *Classification*. Accès : http://www.who.int/classifications/icf/en/ (23 mars 2015) ;

World Health Organization (WHO). *Adherence to long term therapy*. Accès : http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (Avril, 2015)

Autres sites Internet intéressants :

Association Française de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. [Page web]. (2015). Accès : http://www.entretienmotivationnel.org

Biomechanical frame of reference animation : https://prezi.com/9glwf2l7fkx7/biomechanical-frame-of-reference/

DASH, Quick DASH : http://dash.iwh.on.ca

Groupe d'Etude de la Main en Orthèse et rééducation : http://www.reeducation-main.com

Perdue Pegboard, O'Connor finger dexterity Test, Grooved Pegboard : https://www.youtube.com/watch?v=C7Ciu2b0ApQ

Société Suisse de Rééducation de la main : http://ssrm.ch

Trousse à outil de la douleur : http://www.change-pain.com/grt-change-pain-portal/GRT-CP__ch__Home/Schmerz-Werkzeugkoffer/Bestellung/235300030.jsp

Image Titre :

1. Gigon, F. (2013). *Balanced Harmony. www.chrisquarroz.com*

ANNEXE 1

La Physiothérapie et Masso-Kinésithérapie

En Suisse, la physiothérapie est une discipline paramédicale qui traite les maladies, handicaps, paralysies, dysfonctionnement du corps humain. Elle est utilisée en phase aiguë, en rééducation, dans la prévention et la promotion de la santé ainsi que dans les soins palliatifs. Elle vise l'amélioration de la qualité de vie, le rétablissement des fonctions corporelles atteintes et traite les douleurs. La physiothérapie a pour objectif de restituer la qualité et l'intégrité des mouvements du corps (Physioswiss, 2015). Grâce à ses connaissances du corps humain et de la biomécanique, le physiothérapeute aide à agir également sur la prévention des maladies et des accidents. « Par son action sur la douleur et sur les troubles fonctionnels, le physiothérapeute permet une réintégration plus rapide des malades, blessés ou handicapés dans le circuit fonctionnel » (Physioswiss, 2015). Parallèlement, en France, la Masso-kinésithérapie, qui est la Physiothérapie communément appelée en Suisse, « consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer » (FFMKR, 2015). Les moyens de traitement utilisés sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus. On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection » (FFMKR, 2015). Sur prescription médicale, la physiothérapie/Masso-kinésithérapie est remboursée par les assurances de base. Elle intéresse les personnes qui souffrent notamment de : (liste non exhaustive)

- Maladies rhumatismales
- Traumatismes du système loco-moteur
- Troubles de la statique
- Paralysie
- Troubles des fonctions uro-gynécologiques et proctologiques
- Maladies cardio-respiratoires

- Affections circulatoires

La physiothérapie bénéficie des acquisitions scientifiques les plus récentes et ne cesse de se développer. Ses moyens de traitement sont notamment (Physioswiss, 2015) :

- Le massage et les mobilisations des tissus mous (peau, muscles, fascias)
- Les mouvements et les exercices actifs
- Les mobilisations articulaires passives ou semi-actives
- La thermo et la cryothérapie
- La balnéothérapie
- L'électrothérapie (TENS ; ENMS ; US ; ondes courtes ; etc.)

L'ERGOTHERAPIE

« L'ergothérapie est un traitement spécifique, basé sur des principes médico-psycho-pédagogiques ; l'étymologie de ce terme vient du grec « ergein » qui veut dire faire, travailler, agir. L'ergothérapie part du principe qu'agir est un besoin fondamental de l'Homme et que l'action possède des effets thérapeutiques. La planification et l'exécution des activités finalisées ne sont réalisables que grâce à une compréhension globale de l'individu. Une évaluation continue du déroulement du traitement permet à l'ergothérapeute d'adapter les activités finalisées aux exigences et aux progrès du patient » (Association Suisse des Ergothérapeutes, 2009). « Les ergothérapeutes ont pour tâche principale de soutenir des personnes, des groupes ou des populations dans la réalisation des occupations courantes qu'elles veulent ou doivent mener lorsque celles-ci sont altérées par les conséquences d'une maladie, d'un accident, de troubles du développement ou du vieillissement » (Meyer, 2007, p.14). Les buts de l'ergothérapeute, spécialiste dans le domaine de l'activité, sont d'accompagner la personne dans l'engagement d'activités et d'occupations qui ont un sens pour elle et de maximiser ses fonctions dans le domaine social, psychologique et physique. Ainsi, les objectifs de traitement touchent aux fonctions suivantes (ASE, 2009) :

- Motrices (équilibre, tonus, dextérité, force, amplitude articulaire, endurance,..)
- Sensorielles et perceptives (conscience du corps, schéma corporel, proprioception,…)

ANNEXE 1

- Cognitives (concentration, mémoire, compréhension, orientation spatio-temporelle, raisonnement,…)
- Affectives (estime de soi, confiance en soi, expression des émotions, tolérance à la frustration, investissement,…)
- Sociales (quantité et qualité des interactions, gestion des conflits, négociation, respect des règles sociales, coopération,…)

Ainsi, nous retrouvons l'ergothérapie dans de multiples domaines (American Occupational Therapy Association, 2015) :

- Handicap et réadaptation *(Disability and Rehabilitation)*
- Les enfants et la jeunesse (*Children and Youth)*
- Guide pour une vie saine (*Healthy Living)*
- Santé mentale *(Mental Health)*
- Vieillissement de la population *(Aging)*
- Pathologies liées au travail (*Work Related)*

Le processus de l'ergothérapie est l'outil stratégique et réflexif qui permet à l'ergothérapeute d'organiser l'intervention auprès du client. C'est un processus circulaire, dynamique et interactif défini par quatre phases (évaluation formative, planification, exécution de traitement et évaluation sommative) dans le processus proposé par Meyer en 1990 (Meyer, 2007). La performance de l'usager dans ses activités est incessamment modifiée et soumise aux facteurs environnementaux. Ce processus permet de déterminer les actions et les domaines spécifiques d'intervention ergothérapeutique mais aussi de les organiser, en tenant compte des avancées scientifiques, ce qui incite les thérapeutes à mettre en place une pratique fondée sur des données probantes. Dans le système suisse, l'ergothérapie est un traitement médico-thérapeutique pris en charge par les assurances sociales et les caisses maladies, sur prescription médicale. Dans le système français, actuellement, le remboursement de leurs prestations est différent selon leurs statuts de salarié ou libéral.

Les outils du thérapeute de la main dans le cas du client non satisfait

PROBLEMATIQUE

Les pathologies de la main et du membre supérieur, venant de maladie ou d'accident, affectent promptement ou longuement la vie quotidienne d'une personne.

Les issues thérapeutiques et chirurgicales sont nombreuses et visent toutes à maximiser les chances d'autonomie maximale de la personne lésée dans ses diverses activités (professionnelles, de loisirs et de soins).

Dans l'apparition du handicap jusqu'au stade de guérison/réadaptation, différentes étapes sont à franchir pour le client[24] et le thérapeute. Dans les cas chroniques notamment, certaines phases sont longues et difficiles à accepter pour le patient (par ex. phase de deuil de la perte d'un doigt, douleur, obligation de reconversion professionnelle).

Sans aller dans les profondeurs de la psychologie, les spécialistes en rééducation de la main - ergothérapeutes/physiothérapeutes/kinésithérapeutes utilisent divers outils et approches pour accompagner au mieux les personnes en difficultés. Quels sont-ils ? Quand et comment sont-ils utilisés ?

BUT

Cette étude cherche à mettre en évidence, à décrire et à analyser les différentes approches et outils utilisés dans la relation thérapeutique par les rééducateurs de la main pour accompagner la personne en difficultés à trouver des solutions efficaces à sa situation de handicap à court et à long terme.

Des approches théoriques telles que l'Entretien Motivationnel, la Thérapie centrée sur la personne ainsi que divers outils de mesures existants dans le réseau de la santé (par ex. Quick DASH, MCRO) seront exposés puis enrichis par des données cliniques récoltées sur le terrain.

---

[24] Pour ce travail, le nom de *client* est utilisé au même sens que *patient* ou *usager*

ANNEXE 2

Recherche pour l'obtention du Diplôme Inter-universitaire en rééducation et appareillage de la main

METHODOLOGIE de la recherche terrain

Dans une approche de type descriptive, un questionnaire d'une dizaine de questions ouvertes est posé à une vingtaine de thérapeutes de la main (ergo-, physio-, kinésithérapeutes) ayant une pratique d'au moins 3 ans dans le domaine.

ETUDE ANONYME – consentement

Les données récoltées, verbalement ou/et par écrit, seront tout d'abord triées par domaines, puis décrites et analysées dans le rendu final de la recherche. L'interviewé[25] ne verra en aucun cas son nom apparaître dans l'ouvrage et les données seront traitées de façon anonyme.

En répondant, l'interviewé affirme avoir pris connaissance des données relatives à cette recherche. Il accepte librement de participer à cette recherche et il peut, à tout moment, s'en retirer s'il le désire.

Fiona GIGON,
Novembre 2014

[25] L'interviewé comprend tous les genres

ANNEXE 3

Les outils du thérapeute de la main dans le cas du client non satisfait

Merci de répondre aux questions suivantes en suivant les flèches prédéfinies.

---

1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de la rééducation de la main ?

   ➔

2. Avec quelles populations travaillez-vous? (Par ex. cas maladie, accident, enfants, adultes)

   ➔

3. A combien de pourcentage travaillez-vous en pathologies de la main ?

   ➔

4. Quels outils de mesure et méthodes de questionnements utilisez-vous pour faire le bilan d'un client[26] ?

   ➔

5. A quelle fréquence faites-vous un bilan ?

   ➔

6. Les objectifs sont-ils discutés clairement avec le patient ? Si oui, sont-ils mis par écrits ?

   ➔

7. La finalité du traitement étant de maximiser l'autonomie de la personne dans ses activités en normalisant les structures lésées, comment gérez-vous les personnes qui ne récupèrent pas leur main / MS comme elles l'espéraient ?

---

[26] Client = patient = usager

ANNEXE 3

➔

8. Que faites-vous lorsqu'un client se plaint de sa situation « inchangée » depuis le début de la prise en charge ?

➔

9. Quelles stratégies utilisez-vous pour autonomiser le patient dans son traitement en dehors du cabinet/service ?

➔

10. Quelles difficultés relationnelles rencontrez-vous le plus souvent en séances de rééducation de la main ? Comment les gérez-vous ?

➔

11. Comment réagissez-vous face à une personne qui ne suit pas le protocole idéal ?

➔

12. Quels conseils donnez-vous aux thérapeutes de la main pour les aider à rester le plus objectifs et pertinents possible dans une situation relationnelle complexe (par ex. cas chronique, non compliance, insatisfaction) ?

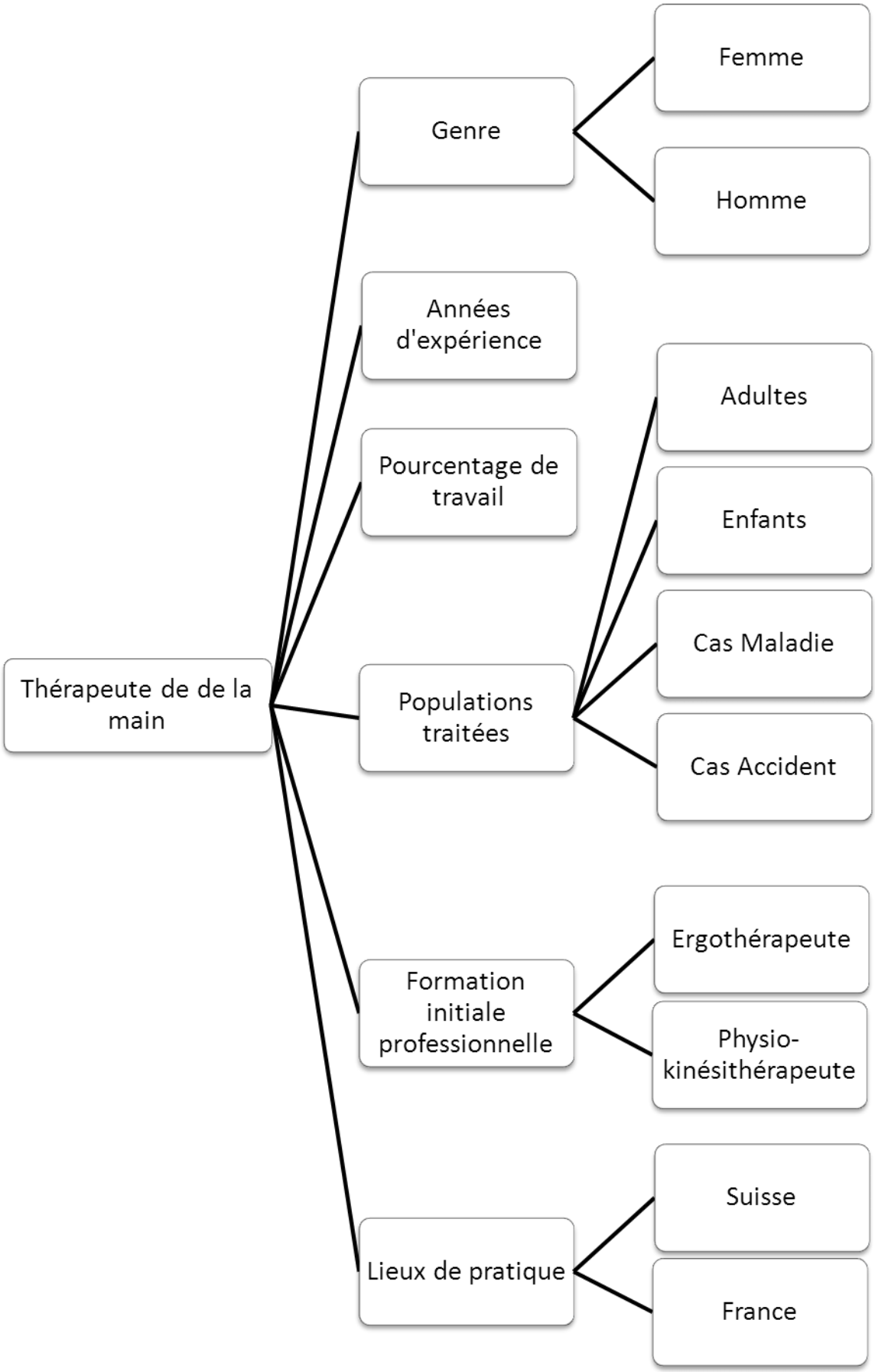
➔

Au final de vos réponses écrites, merci de bien vouloir me renvoyer ce document rempli sur ma boîte électronique.

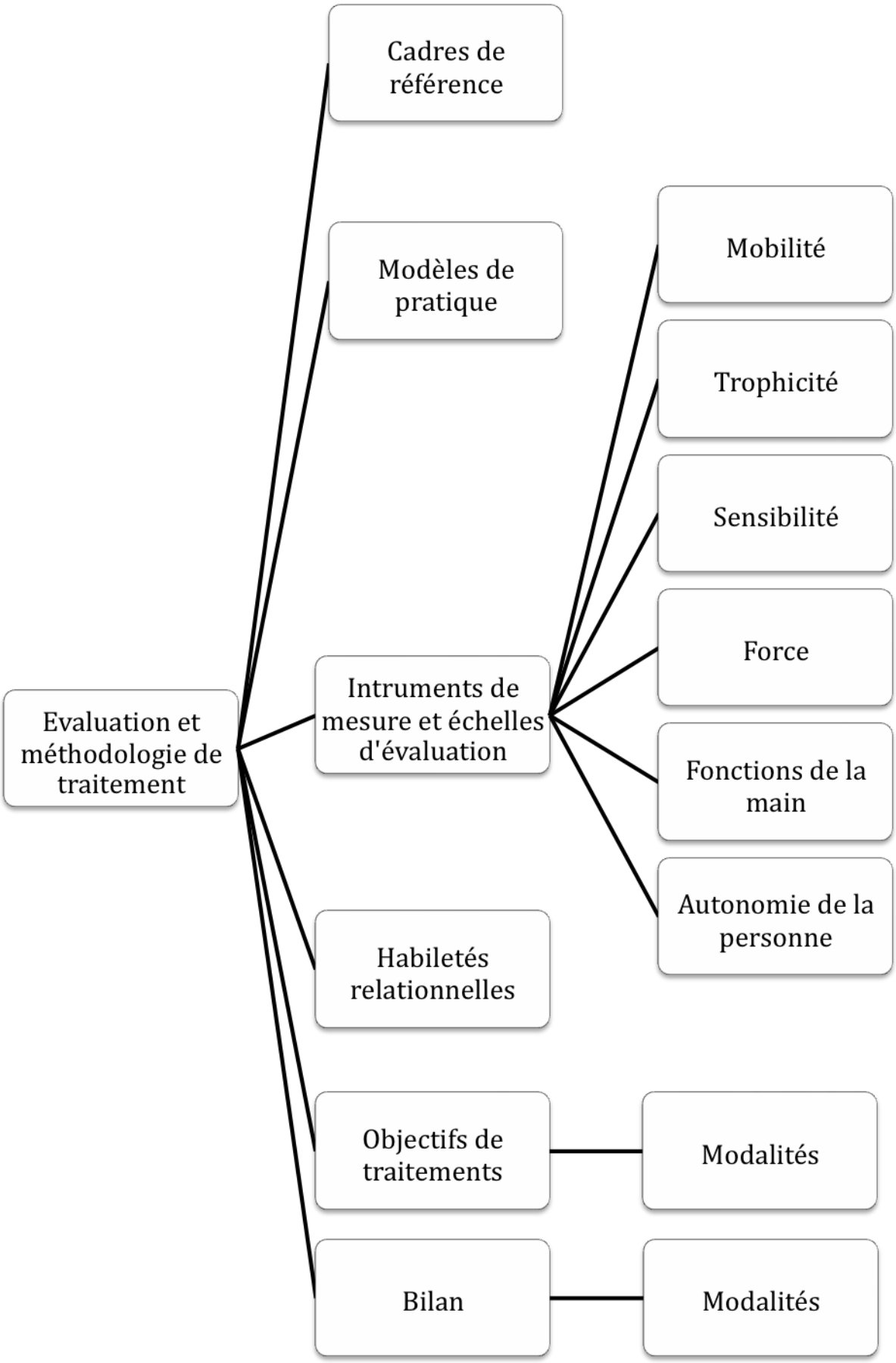
Un grand Merci pour votre attention et votre disponibilité. Recevez chers collègues et amis, mes meilleures salutations.

Fiona GIGON

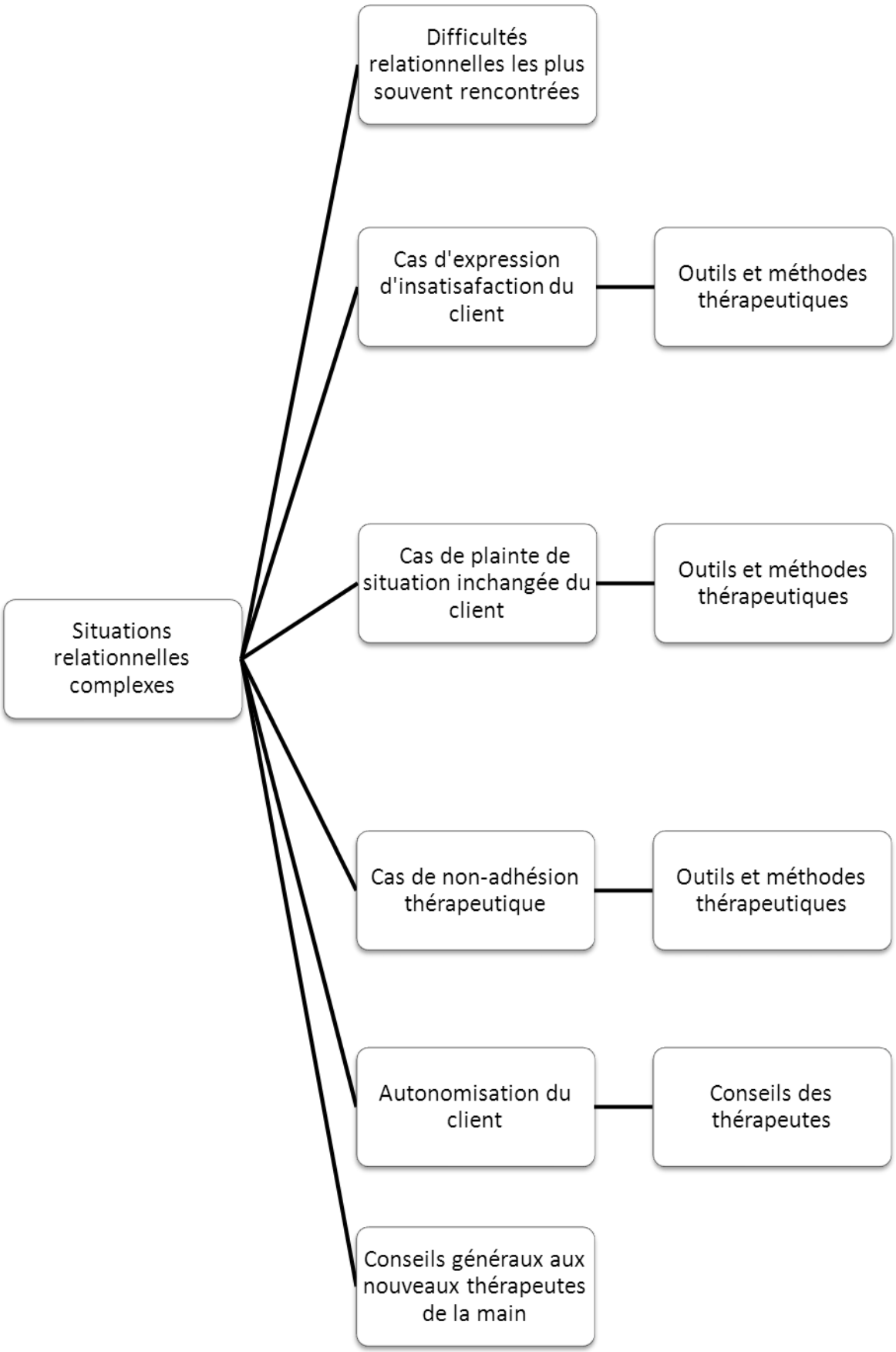
ANNEXE 4


Thérapeute de de la main
Genre
Femme
Homme
Années d'expérience
Pourcentage de travail
Populations traitées
Adultes
Enfants
Cas Maladie
Cas Accident
Formation initiale professionnelle
Ergothérapeute
Physio-kinésithérapeute
Lieux de pratique
Suisse
France

ANNEXE 5


Evaluation et méthodologie de traitement
Cadres de référence
Modèles de pratique
Intruments de mesure et échelles d'évaluation
Mobilité
Trophicité
Sensibilité
Force
Fonctions de la main
Autonomie de la personne
Habiletés relationnelles
Objectifs de traitements
Modalités
Bilan
Modalités

ANNEXE 6


Situations relationnelles complexes
Difficultés relationnelles les plus souvent rencontrées
Cas d'expression d'insatisafaction du client
Outils et méthodes thérapeutiques
Cas de plainte de situation inchangée du client
Outils et méthodes thérapeutiques
Cas de non-adhésion thérapeutique
Outils et méthodes thérapeutiques
Autonomisation du client
Conseils des thérapeutes
Conseils généraux aux nouveaux thérapeutes de la main