**Atelier sur la thérapie miroir – AQIPA 2012**

*par Catherine Mercier, erg. Ph.D.*

**Qu’est-ce que la thérapie miroir et comment peut-elle réduire la douleur?**

* Premières observations de Ramachandran chez les amputés
* Neurones miroirs vs. illusion de mouvements
* Hypothèse de l’incongruence comme source de la douleur
* États des connaissances – efficacité clinique et mécanismes

**Comment l’introduire au client?**

* Le miroir n’est pas une approche analgésique traditionnelle : son utilisation parait étrange à première vue et il importe de bien l’introduire au client.
* Prise de conscience de la différence entre le membre « réel » et « perçu ». Description du membre fantôme, yeux fermés. Évaluation des capacités « motrices » du membre fantôme. Qu’est-ce qu’il peut faire et ce qui est bien perçu ou non.
* Le miroir comme outil pour « tromper » le cerveau et lui faire croire que tout fonctionne normalement.
* Important d’expliquer au patient que le rôle du cerveau dans la douleur est important, et que l’utilisation d’une thérapie ciblant le cerveau n’est pas synonyme d’une douleur « dans sa tête ».
* Une analogie intéressante pour comprendre le rôle de l’incongruence dans la douleur est le mal des transports.
* Les « retrouvailles » avec le membre manquant sont parfois un moment émotif et certains clients peuvent nécessiter une préparation supplémentaire (délai depuis l’amputation, aspect particulièrement traumatique de l’amputation, état psychologique, etc.). Pour les personnes non-amputées avec douleur fantôme (ex. avulsion), il est d’autant plus important d’expliquer que l’objectif visé est la douleur.

**Matériel à utiliser?**

* Pas besoin de matériel spécial, n’importe quel miroir peut très bien faire l’affaire.
* On vise quelque chose qui pourra facilement être utilisé SOUVENT.
* Lunettes prismatiques + cher mais l’aspect très portable les rend faciles à utiliser partout (environ 80$ + transport).
* Aspect important = champ visuel/d’action – selon le niveau de l’amputation

**La thérapie**

* Prévoir un environnement calme, sans source de distraction, car la thérapie miroir requiert une concentration importante.
* Demander au client de retirer bijou, montre, etc. La présence de signe distinctif sur une main peut parfois nuire l’illusion, mais pas toujours.
* Laisser d’abord un temps « d’acclimatation » à la vision de la main, où la personne essaie de s’imaginer que la main qu’elle voit est bien sa propre main.
* Demander ensuite au client de faire des mouvements simples et lents, simultanément avec sa main intacte et avec sa main fantôme. Faire verbaliser le client sur ce qu’il sent. Refaire les mouvements qui ont été faits sans le miroir lors de l’introduction, et comparer la facilité à exécuter les mouvements.
* Différence entre mouvements fantômes et mouvements imaginés.
* Évaluer avec le client la qualité de l’illusion, et s’il y a des facteurs perçus comme entravant l’illusion.
* Établir avec le client un programme d’exercices qu’il pourra effectuer sur une base régulière. Chaque mouvement choisi doit être répété plusieurs fois car l’aspect cyclique/répétitif aide souvent à l’immersion. Quelques mouvements différents. Idéalement garder une séance courte (5-15 min) répétée plusieurs fois dans la journée.
* Lors des rencontres, réévaluer avec le client la facilité à effectuer les différents mouvements, et évoluer vers des mouvements plus difficiles selon la progression.

**Et si la douleur augmente?**

* C’est un aspect sur lequel il n’y a pas consensus, certains ne tolèrent pas d’augmentation de douleur, d’autres oui.
* Nos résultats suggèrent qu’il peut y avoir une diminution de douleur à long terme, malgré la présence d’une certaine augmentation PENDANT les séances. Vérifier si la douleur revient rapidement à la normale après l’exercice. La qualité de la douleur est aussi parfois différente (sensation d’effort).
* Trucs à essayer : alterner des mouvements + difficiles et + faciles, massage du moignon, massage de la main intacte devant le miroir.

**Pour quels clients?**

* Nécessite collaboration et capacité à se concentrer. Et le client doit « acheter » l’idée de cette approche, qui n’est pas intuitive (mais les sceptiques sont parfois confondus!).
* Atteinte unilatérale, sinon nécessite l’emploi de systèmes + élaborés.
* Certains résultats suggèrent que moins efficace en présence de télescopage, mais pas vrai à 100% (essayer pour voir ce qui se passe avec la perception du membre).
* Qualité de l’illusion – sensation de toucher peut être un indicateur.
* On ne peut statuer avec une seule séance, il faut souvent 2-3 semaines avant de voir des résultats.

**Ressources à consulter (thérapie miroir et/ou imagerie motrice) :**

* Beaumont G, Mercier C, Michon PE, Malouin F, Jackson PL. Decreasing phantom limb pain through observation of action and imagery: a case series. Pain Med. 2011;12:289-99
* Chan BL, Witt R, Charrow AP, Magee A, Howard R, Pasquina PF, Heilman KM, Tsao JW. Mirror therapy for phantom limb pain. N Engl J Med. 2007;357:2206-7.
* MacIver K, Lloyd DM, Kelly S, Roberts N, Nurmikko T. Phantom limb pain, cortical reorganization and the therapeutic effect of mental imagery. Brain. 2008 ;131:2181-91.
* McCabe C. Mirror visual feedback therapy. A practical approach. J Hand Ther. 2011;24:170-8.
* Mercier C, Sirigu A. Training with virtual visual feedback to alleviate phantom limb pain. Neurorehabil Neural Repair. 2009;23:587-94.
* Ramachandran VS, Altschuler EL. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. Brain. 2009;132:1693-710.
* Rothgangel AS, Braun SM, Beurskens AJ, Seitz RJ, Wade DT. The clinical aspects of mirror therapy in rehabilitation: a systematic review of the literature. Int J Rehabil Res. 2011;34:1-13.
* Weeks SR, Anderson-Barnes VC, Tsao JW. Phantom limb pain: theories and therapies. Neurologist. 2010;16:277-86.