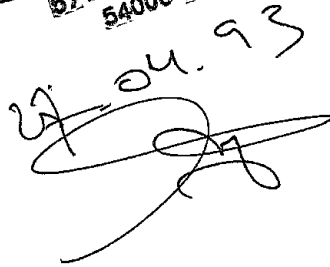


MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
ECOLE DE KINESITHERAPIE DE NANCY

**Rééducation du membre supérieur
d'une personne atteinte d'hémiplégie
en phase de récupération**

ECOLE DE
KINESITHERAPIE ET ERGOTHERAPIE
57 bis, rue de Nabécor.
54000 NANCY.

27-04.93


1992-1993

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Emmanuelle FAGNONI
étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute

S O M M A I R E

1. INTRODUCTION	Page 1
1.1. Présentation	Page 1
1.2. Pose du problème	Page 1
2. BILAN DE DEPART	Page 2
2.1. Conditions du bilan	Page 2
2.2. Résultats du bilan	Page 2
2.2.1. Attitude spontanée en position assise	Page 2
2.2.2. Bilan cutané-trophique	Page 3
2.2.3. Bilan articulaire	Page 3
2.2.4. Bilan de la douleur	Page 4
2.2.5. Bilan de la spasticité	Page 4
2.2.6. Syncinésies	Page 4
2.2.7. Bilan sensitif	Page 5
2.2.8. Bilan sensoriel	Page 5
2.2.9. Bilan fonctionnel	Page 6
2.2.10. Troubles des fonctions supérieures	Page 6
2.2.11. Remarque	Page 6
2.3. Objectifs du traitement kinésithérapique	Page 6
3. PROPOSITIONS KINESITHERAPIQUES	Page 7
3.1. Choix des techniques	Page 7
3.2. Justifications approfondies des techniques	Page 7
3.2.1. Contrôle de la spasticité au niveau du poignet et des doigts	Page 7
3.2.2. Rééducation du sens arthrocinétique	Page 8
3.2.3. Rééducation motrice par guide tactile	Page 8
3.2.4. Rééducation posturale et d'approche	Page 9
3.2.5. Rééducation de la coordination bimanuelle	Page 9

4. DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES	Page 9
4.1. Détente de l'épaule	Page 10
4.2. Elévation et abaissement des épaules	Page 10
4.3. Déplacement d'objet	Page 12
4.4. Exercice de poursuite de l'index	Page 13
4.5. Exercice des courbes	Page 13
4.6. Lancer de ballon	Page 14
5. BILAN DE FIN DE STAGE ET DISCUSSION	Page 15
5.1. Attitude spontanée	Page 15
5.2. Bilan articulaire de l'épaule	Page 16
5.2.1. Actif	Page 16
5.2.2. Passif	Page 16
5.3. Sensibilité profonde	Page 16
5.4. Spasticité	Page 17
5.5. Syncinésies	Page 17
5.6. Bilan fonctionnel	Page 17
5.7. Bilan de la préhension au niveau de la main	Page 17
5.8. Comparaison avec bilan de départ, quantification de l'amélioration fonctionnelle et évaluation de l'efficacité du traitement	Page 18
6. CONCLUSION	Page 19
6.1. Commentaires sur le traitement	Page 19
6.2. Propositions thérapeutiques pour la suite de la rééducation	Page 19

Résumé

Dans ce travail écrit, nous nous intéressons à la rééducation d'une personne adulte hémiplegique en phase de récupération, entrée au Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Sancellemoz pour sept semaines.

1. INTRODUCTION

1.1 Présentation générale du cas

Nous allons nous intéresser à Mr M., né le 6 janvier 1954. Il exerce la profession de rectifieur ; il est marié et a quatre enfants.

Histoire de la maladie :

Mr M. est entré au Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Sancellemoz le 8 Septembre 1992 pour la rééducation d'une hémiplégie gauche à prédominance brachio-faciale, secondaire à une rupture d'anévrisme sylvien le 19 juin 1992. Il y a eu un clippage de l'anévrisme le 19 juin 1992. A la sortie de l'hôpital de Sallanches, le 22 juillet 1992, on note :

- une hémiplégie gauche ;
- une paralysie faciale gauche ;
- un signe de Babinski à gauche
- des réflexes très vifs étendus avec clonus épuisable à gauche.

Il est actuellement en phase de récupération. Il marche et peut se servir de ses deux membres supérieurs de façon fonctionnelle dans certaines situations.

1.2. Pose du problème

Le syndrome pyramidal associe une hypertonie pyramidale ou spasticité, des troubles de la commande volontaire et des syncinésies.

Le syndrome pyramidal est consécutif à la lésion de la voie motrice principale, la voie pyramidale.

On peut avoir des troubles associés à l'hémiplégie qui sont des troubles sensitifs, sensoriels et des fonctions supérieures

2 BILAN DE DEPART

La rééducation de Mr M. comprend le tronc, le membre inférieur et le membre supérieur mais nous ne nous intéresserons ici qu'au membre supérieur. Nous notons que Mr M. est droitier.

2.1. Conditions du bilan

Le bilan est effectué dans une pièce calme afin de favoriser la concentration du patient. La position assise au bord d'un plan Bobath permet une détente globale.

2.2. Résultats du bilan

Mr M. a une marche fonctionnelle et déambule sans aide de marche. Il maintient son membre supérieur seul, sans écharpe.

2.2.1. Attitude spontanée en position assise

- Le poids du corps est mal réparti sur les deux fesses. Il a un défaut d'appui sur son côté hémiplégique. Nous observons un effondrement du tronc du côté sain, associé à une ligne des épaules surélevée du côté sain.

- Mr M. présente une importante cyphose dorsale

- Ses deux avant-bras sont posés sur ses cuisses
- La tête est en rotation importante du côté hémiplégique

2.2.2. Bilan cutané-trophique

Nous notons l'absence de troubles cutanés et trophiques, et notamment pas de syndrome algoneurodystrophique.

2.2.3. Bilan articulaire

- Pour mesurer les amplitudes passives, nous mobilisons le membre supérieur lentement afin d'éviter l'apparition d'une spasticité éventuelle.

- Epaule :
 - Abduction = 90°
 - Antépulsion = 120°
 - Abduction physiologique = 130°
 - Rétropulsion = 50°
 - Rotation externe = 50°
 - Rotation interne = touche D8 avec son pouce

La mobilisation passive de l'épaule est limitée par une douleur au niveau du tendon du long biceps et du tendon distal du biceps.

Nous n'observons pas de subluxation d'épaule ni de décollement d'omoplate.

- Les amplitudes du coude, du poignet et des doigts sont normales ainsi que les amplitudes des articulations du membre supérieur droit.

2.2.4. Bilan de la douleur

Les seuls points douloureux se trouvent au niveau des tendons du biceps et n'apparaissent qu'au mouvement.

2.2.5. Bilan de spasticité

A la mobilisation à vitesse rapide, nous observons simplement un clonus des fléchisseurs du poignet qui augmente quand on associe une supination de l'avant-bras, et un clonus des fléchisseurs des doigts.

Les clonus sont visibles aussi lors des bâillements.

Il n'y a pas de spasticité sur les autres muscles.

2.2.6. Syncinésies

- Nous observons l'apparition d'une syncinésie globale en synergie de flexion du membre supérieur quand Mr M. effectue un mouvement contre résistance à partir du membre supérieur sain, ou quand il bâille.

- Lors de nombreux mouvements, il apparaît une syncinésie de coordination en abduction et rétropulsion d'épaule.

2.2.7. Bilan sensitif

- Sensibilité superficielle : il n'existe pas de troubles

- Sensibilité proprioceptive :

* Sensibilité positionnelle : Mr M. est capable de déterminer la position d'un segment de membre placé auparavant passivement par le kinésithérapeute.

* Sensibilité au mouvement : Mr M. n'est pas capable de reproduire du côté sain les mouvements imprimés passivement du côté hémiplégique.

2.2.8. Bilan sensoriel

Quand on explore les deux champs visuels de Mr M., on en déduit une atteinte de l'hémiespace gauche ; il s'agit d'une hémianopsie latérale homonyme qui se confirme par les tests réalisés en ergothérapie.

Quand il décrit une photo, il ne décrit que le côté droit.

Quand on lui demande d'entourer toutes les lettres "R" dans un texte, il oublie tous les "R" se trouvant dans la partie gauche du texte.

2.2.9. Bilan fonctionnel

Mr M. est autonome dans ses transferts et dans ses déplacements. En revanche, il rencontre quelques difficultés lors des activités de la vie journalière. Lors de l'habillage, il a des problèmes dans les mouvements de finesse : il n'arrive pas à mettre ses boutons. A table, il n'arrive pas à couper sa viande

2.2.10. Troubles des fonctions supérieures

Mr M. a de gros troubles de schéma corporel, ainsi qu'un problème d'espace qu'il ne compense pas en tournant la tête.

Il y aurait un syndrome frontal associé car Mr M. a de gros troubles d'attention et de concentration lors des exercices effectués en kinésithérapie, ainsi que des problèmes de confusion.

Quand on le rencontre dans le centre pendant la journée, il a une attitude apathique.

2.2.11. Remarque

Mr M. n'a pas de traitement médicamenteux.

2.3. Objectifs du traitement kinésithérapique

Les objectifs sont :

- La correction des défauts de son attitude spontanée ;
- L'amélioration de la sensibilité profonde ;

- L'amélioration de la motricité volontaire ;
- L'amélioration de la dissociation des doigts et des pinces ;
- L'amélioration de la coordination et de la vitesse.

Ce travail des deux membres supérieurs lui sera utile non seulement dans ses activités de la vie journalière mais aussi en vue d'une éventuelle reprise du travail.

3. PROPOSITIONS KINESITHERAPIQUES

3.1. Choix des techniques

Compte tenu des bilans, Mr M. semble être le patient tout indiqué pour bénéficier d'une rééducation sensitivo-motrice et d'une rééducation motrice par guide tactile. En effet, d'après Perfetti, "le mouvement est le moyen à la disposition du cerveau pour recueillir des informations. En effet, le cerveau vit pour recueillir des informations qui lui sont indispensables pour son organisation. D'après Perfetti tout mouvement sélectif de la main vient du tact actif (lorsque la main est au contact d'un objet). Le tact est indissociable du mouvement. Quand on explore une sensibilité, il faut l'associer au mouvement. En rééducation on doit donc mettre le malade devant une situation dans laquelle son cerveau a la capacité d'acquérir des informations."(1).

3.2. Justifications approfondies de ces techniques

3.2.1. Contrôle de la spasticité au niveau du poignet et des doigts.

Nous cherchons d'emblée à développer des mécanismes d'auto-inhibition. "Celle-ci repose sur le fait que l'augmentation du réflexe d'étirement ne perturbe pas que la motricité, mais également la perception des informations tactiles et proprioceptives. A partir de la

prise de conscience de cette modification, le patient peut apprendre à contrôler sa spasticité. Il faut un certain temps pour obtenir une auto-inhibition mais son acquisition est définitive." (2).

3.2.2. Rééducation du sens arthrocinétique

"- Premier temps : recherche de la sensation de mouvement. La mobilisation doit s'effectuer dans toute la course articulaire sans qu'il y ait apparition du réflexe d'étirement.

- Deuxième temps : recherche du sens de déplacement. On travaille dans un seul degré de liberté, celui qui est fonctionnellement le plus habituel.

- Troisième temps : recherche de la localisation articulaire."

3.2.3. Rééducation motrice par guide tactile

Les principes sont les suivants :

"- Amplifier les mouvements fins distaux

- Améliorer la motricité sélective en plaçant le membre supérieur d'emblée dans des situations fonctionnelles proches des mouvements habituels.

- A partir de ces mouvements fins distaux, on va rechercher un contrôle des articulations moyennes et proximales." (2).

3.2.4. Rééducation posturale et d'approche

Ces exercices ont pour but :

- "- De développer les réactions propres à l'épaule
- De développer les réactions d'approche." (2)

3.2.5. Rééducation de la coordination bimanuelle

Les techniques de rééducation décrites précédemment s'axent exclusivement sur le membre supérieur hémiplégique. Ce travail exclusif est rendu nécessaire par le décalage important qui existe entre les deux membres supérieurs. Le membre supérieur sain est en effet continuellement sollicité au cours de la journée.

La coordination bimanuelle sera obtenue, entre autres, lors des activités d'ergothérapie.

Tout en gardant l'esprit fonctionnel de la rééducation, nous ferons intervenir les notions de sélectivité et d'endurance, et même de vitesse pour une hémiplégie qui récupère bien.

4 DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES

Mr M. vient en rééducation une heure tous les matins pour son membre supérieur (la rééducation du membre inférieur est effectuée par un autre kinésithérapeute). Il va aussi tous les jours en ergothérapie où il travaille la préhension en contrôlant sa spasticité et la position de son poignet qu'il a tendance à garder en flexion palmaire. Il travaille aussi sa sensibilité profonde et effectue de nombreux exercices à visée fonctionnelle en tenant compte de son problème d'hémianopsie latérale homonyme.

Quelques-uns des exercices effectués en kinésithérapie sont décrits ci-dessous.

4.1. Détente de l'épaule

Toute séance de rééducation commence par une détente de l'épaule afin d'effectuer les exercices suivants dans de bonnes conditions.

Mr M. est assis au bord d'un plan Bobath et fait rouler devant lui d'avant en arrière par terre un gros ballon de Klein Vogelbach, les deux mains posées à plat sur le ballon. Le kinésithérapeute est à gauche de Mr M., les deux mains à plat entourant l'omoplate afin de l'aider dans ses mouvements et de sentir les éventuelles tensions musculaires, en particulier une élévation des épaules. En progression, ce guide manuel disparaîtra et Mr M. fera le mouvement seul en gardant les épaules abaissées.

Cet exercice permet un mouvement de sonnette externe de l'omoplate et un relâchement général de l'épaule.

4.2. Elévation et abaissement des épaules

Mr M. est assis au bord du plan Bobath, les mains posées à plat à côté des cuisses.

- Nous lui demandons d'élever les épaules, comme s'il voulait toucher ses oreilles avec ses épaules.

Le mouvement doit être symétrique, et il doit hausser les deux épaules en même temps et à la même hauteur. En progression, nous ajouterons des résistances sur les épaules.

Nous remarquons que nous obtenons de meilleurs résultats en travaillant face à une glace. En effet, sans glace, Mr M. a tendance à élever plus l'épaule saine, alors que devant la glace, le mouvement est symétrique. Ce défaut vient de son problème de sensibilité profonde, d'où l'intérêt de travailler devant une glace pour qu'il contrôle le mouvement.

- On travaille l'abaissement des épaules coudes au corps, fléchis à 90°. Mr M. enfonce ses coudes dans les mains du kinésithérapeute placées en-dessous.

Nous veillerons à ce qu'il ne parte pas en abduction d'épaule et à ce qu'il exerce la même pression des deux côtés.

Une autre manière de travailler l'abaissement des épaules est de disposer deux basculines de part et d'autre de Mr M.. Mains à plat, il exerce une pression identique sur les basculines, coudes en extension.

- Ces exercices permettent à Mr M. de lui faire prendre conscience de l'abaissement des épaules, car dans de nombreux exercices, il a tendance à élever les épaules.

4.3. Déplacement d'objet

- Nous utilisons un cylindre en bois de 6 cm de diamètre et 30 cm de hauteur.

Mr M. est assis à une table. Il saisit le cylindre posé verticalement à un bout de la table avec sa main droite, le fait passer dans sa main gauche, puis le dépose à l'autre bout de la table.

- Il déplace le cylindre sur un plan horizontal, ce qui supprime les appuis et met en jeu tout le membre supérieur. Il travaille ainsi la stabilisation de l'épaule, l'extension du coude et le lâcher.

Il pose le cylindre par une contraction volontaire des extenseurs des doigts, lors d'un mouvement lent afin que le cylindre tienne en équilibre sur la table. Ce mouvement nécessite aussi une inhibition des fléchisseurs des doigts.

- Nous remarquons que Mr M. part en élévation et abduction d'épaule à gauche. Nous lui demandons de corriger en abaissant et en relâchant son épaule. Nous veillons à ce qu'il ne s'effondre pas du côté sain, qu'il corrige son importante cyphose dorsale et son inclinaison de la tête côté hémiplégique car ce sont des défauts posturaux souvent rencontrés chez lui.

En progression, il va poser le cylindre de plus en plus loin à gauche pour augmenter l'extension du coude tout en contrôlant le relâchement des fléchisseurs des doigts lors du lâcher.

4.4. Exercice de poursuite de l'index

- Mr M. est assis au bord du plan Bobath. Il déplace avec la pulpe de son index gauche en extension un petit cylindre en carton enfilé sur un manche à balai. Le kinésithérapeute tient le manche à balai devant Mr M.

- Cet exercice permet de travailler l'ouverture du membre supérieur et la coordination épaule-coude-main, Mr M. ayant un bon contrôle postural de son épaule.

Il faut veiller à ce que la pression de l'index soit légère afin de ne pas faire apparaître une spasticité des fléchisseurs. Mr M. contrôle lui-même cette pression et l'éventuelle apparition de la spasticité qu'il devra faire disparaître par auto-contrôle.

- En progression, nous faisons varier la position du manche à balai en démarrant l'exercice avec une position horizontale puis en le tenant de plus en plus à la verticale et en l'éloignant de Mr M. pour faire varier les mouvements de pronosupination du poignet et de flexion-extension du coude.

4.5. Exercice des courbes

Mr M. est assis au bord du plan Bobath, face à un tableau à sa hauteur sur lequel sont tracées deux courbes différentes et de forme simple (exemple : courbe en forme de "S").

Nous montrons les deux courbes à Mr M. puis il ferme les yeux, le kinésithérapeute placé à sa gauche soutient son membre supérieur au

niveau du coude et du poignet et lui fait suivre la trajectoire d'une courbe passivement avec l'index, sans contraction volontaire.

Le kinésithérapeute effectue le mouvement à une vitesse et des amplitudes qui n'engendrent pas de réactions associées, telles que l'inclinaison du tronc ou la spasticité.

Mr M. doit reconnaître quelle courbe on lui a fait parcourir. Il inhibe ainsi volontairement la spasticité des fléchisseurs en se concentrant sur le mouvement.

En progression, le mouvement devient activo-passif. L'aide du kinésithérapeute est dosée de telle sorte que Mr M. participe en restant concentré sur la forme parcourue, et que les mouvements effectués par Mr M. n'entraînent pas de réactions associées ; le kinésithérapeute l'aide donc dans les amplitudes difficiles.

Nous augmentons ensuite l'amplitude et la vitesse du mouvement. Cet exercice permet à Mr M. de contrôler et d'inhiber les réactions de diffusion lors du mouvement volontaire.

4.6. Lancer de ballon

Mr M. se tient debout, les deux pieds au même niveau afin de répartir le poids du corps sur les deux membres inférieurs. Le kinésithérapeute est en face de lui et lui lance le ballon. Lorsqu'il le réceptionne, nous veillons à ce que ses deux mains soient à la même hauteur car il a tendance à garder sa main hémiplegique plus basse que l'autre.

Nous remarquons que la position de l'épaule est bonne : elle est relâchée.

Nous lançons le ballon à droite, à gauche, plus ou moins haut pour faire varier les positions, et de plus en plus vite.

Nous notons que lorsque Mr M. ramasse le ballon tombé par terre, il se sert bien de ses deux mains, il n'oublie donc pas son membre supérieur hémiplégique.

Cet exercice de coordination des deux membres supérieurs fait prendre conscience à Mr M. qu'il peut se servir de ses deux membres supérieurs en même temps, car en sortant de sa séance de rééducation où on s'occupe beaucoup du côté hémiplégique, il va négliger ce côté hémiplégique et ne se servir que du côté sain, car c'est beaucoup plus facile et plus rapide pour lui.

Mais on ne peut pas faire cet exercice trop longtemps, car Mr M. se fatigue vite.

5. BILAN DE FIN DE STAGE ET DISCUSSION

5.1. Attitude spontanée

En position assise Mr M. s'effondre toujours du côté sain. Il est capable de bien corriger sa position quand on le lui demande mais ne garde pas cette position corrigée très longtemps.

D'autre part, il a toujours la tête en rotation du côté hémiplégique.

5.2. Bilan articulaire de l'épaule

5.2.1 Actif

Nous demandons à Mr M. de lever les bras en avant ; il arrive à 180° à droite et à 170° à gauche. Dans un plan strictement sagittal, on obtient 170° à droite et 160° à gauche.

L'abduction est normale à droite ; à gauche il arrive à 100° puis redescend aussitôt. L'abduction n'est pas stricte, elle se fait en avant du plan frontal. En rotation interne, il touche D10 à droite et D8 à gauche avec le pouce.

La rotation externe permet d'avoir la main à la nuque.

5.2.1 Passif

Les mouvements en flexion, abduction, rotation interne et rotation externe ne se font pas dans toute leur amplitude, car ils sont limités par des douleurs au niveau du coude et de l'épaule.

5.3. Sensibilité profonde

Quand on agit sur une articulation, Mr M. ne fait plus d'erreurs, mais à condition d'être concentré. En revanche, quand plusieurs articulations entrent en jeu, la sensibilité reste très mauvaise.

5.4. Spasticité

Il existe une légère spasticité sur les fléchisseurs du poignet et des doigts.

5.5. Syncinésies

Lors de nombreux exercices, le tonus musculaire de l'épaule augmente exagérément en abduction et flexion, et celui du coude en flexion. Nous observons aussi une augmentation de la tonicité du membre inférieur en synergie de flexion.

5.6. Bilan fonctionnel

- Pour l'habillage, Mr M. est maintenant capable de mettre ses boutons.

- A table, il coupe sa viande seul. Mais quand on lui demande de boire un verre d'eau, il le fait avec le membre supérieur droit, alors qu'il est capable de la faire avec le membre supérieur gauche, mais avec des compensations au niveau de l'épaule.

- En rentrant chez lui un week-end, Mr M. a bricolé : il a changé des ampoules, posé des chaînes aux portes, ce qui nécessite donc un travail des deux membres supérieurs en finesse et en force.

5.7. Bilan de la préhension au niveau de la main

Nous testons la main interne, ou main de force, et la main externe, ou main de finesse. Mr M. tient une balle de ping-pong entre le pouce et l'index, et un cylindre en bois entre le majeur et l'annulaire,

l'auriculaire et la paume de la main. Il est capable de lâcher, de prendre l'un des deux objets en gardant l'autre dans main. Il peut aussi empêcher le kinésithérapeute de prendre la balle ou le cylindre de sa main en les serrant très fort. La dissociation main interne/main externe est donc bonne chez Mr M.

D'autre part, Mr M. est capable de faire rouler dans sa main une balle de tennis assez rapidement, son avant-bras étant en supination. Il possède donc une main intrinsèque fine.

5.8. Comparaison avec le bilan de départ, quantification de l'amélioration fonctionnelle et évaluation de l'efficacité du traitement

A sa sortie du centre, le 23 octobre 1992, nous notons de nombreuses améliorations chez Mr M., bien qu'il reste certains points à travailler.

En effet, son hémianopsie latérale homonyme est toujours présente et il ne pense pas souvent à la compenser en tournant la tête. Ses troubles de sensibilité profonde ne se sont pas beaucoup améliorés. Les syncinésies sont toujours présentes, mais à un degré moindre, et elles peuvent gêner Mr M. dans certaines de ses activités.

La spasticité des fléchisseurs n'apparaît plus que lors d'exercices difficiles et longs, et il parvient à l'inhiber ; elle n'est donc plus une gêne pour Mr M. dans ses activités de la vie journalière.

Les gains d'amplitude articulaire au niveau de l'épaule sont importants, mais incomplets, et il subsiste toujours une légère douleur à ce niveau.

Nous obtenons de bons résultats en travail analytique, mais replacé dans un contexte global, Mr M. a encore des problèmes de vitesse d'exécution.

D'un point de vue fonctionnel, il a acquis une autonomie totale dans ses activités de la vie journalière, par exemple pour les repas et l'habillage.

Après sept semaines de rééducation, nous pouvons affirmer que le traitement a donc été plutôt efficace car l'hémiplégie de Mr M. a suivi une évolution favorable qui est allée dans le sens d'une nette amélioration.

6. CONCLUSION

6.1. Commentaires sur le traitement

L'évaluation d'une hémiplégie est très différente d'une personne à une autre, il est donc difficile de faire des comparaisons avec les résultats généralement observés. Dans le cas de Mr M., nous pouvons dire qu'il a bien récupéré, malgré son manque de motivation pour la rééducation. Nous aurions utilisé une autre méthode de rééducation, comme la méthode Bobath, nous aurions aussi certainement obtenu de bons résultats.

6.2. Propositions thérapeutiques pour la suite de la rééducation

Compte tenu de son âge, de sa situation familiale et professionnelle, il faudrait récupérer les amplitudes articulaires déficientes au niveau de l'épaule, afin de ne pas être gêné et d'éviter que la douleur n'entraîne l'apparition de synergies primitives.

Il faudrait axer la rééducation sur le rythme et la vitesse d'exécution qui lui seront utiles pour une éventuelle reprise du travail.

En sortant du centre, Mr M. a un mois d'arrêt de travail et continue la rééducation chez un kinésithérapeute en cabinet ; puis le médecin du travail décidera d'une reprise du travail à mi-temps.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOURIGAULT-PRELLE, C. - FOUCHET, C.

Utilisation des concepts de la méthode Perfetti en ergothérapie dans la rééducation des personnes atteintes d'hémiplégie

2. PICART, Y. - RABASSE, Y.

Rééducation du membre supérieur de l'hémiplégique.
Journal d'ergothérapie. 8/3:69-87.1986