

# Place de l'ergothérapie dans la rééducation de l'hémiplégie chez l'adulte

Autor(en): **Felix, Jean**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1974)**

Heft 258

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930630>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Place de l'ergothérapie dans la rééducation de l'hémiplégie chez l'adulte

JEAN FELIX, *directeur de l'Ecole de physiothérapie de Genève*

*Conférence donnée le 20 octobre 1972 à l'hôpital de la SALPETRIERE à PARIS*

Il est opportun de rappeler tout au début de cet exposé, les principaux termes du texte de la Fédération mondiale des Ergothérapeutes établi en 1958, révisé en 1960, qui définit de façon précise le rôle de l'ergothérapeute dans une équipe de réhabilitation. Vous serez à même de constater que les méthodes de traitement ergothérapique s'appliquent particulièrement à la rééducation physique et mentale du malade hémiplégique.

## DEFINITION

L'ergothérapeute est une personne qualifiée pour traiter les malades, sous prescription médicale, afin d'obtenir les améliorations physiques et mentales souhaitées. Les activités manuelles, récréatives, sociales, éducatives, industrielles et l'auto-assistance sont pratiquées selon les besoins de chaque cas.

Il peut être prescrit par le médecin une ou plusieurs des thérapeutiques suivantes:

A: traitement spécifique pour les malades psychiatriques, par exemple: organisation du travail en groupe pour favoriser les rapports humains.

B: traitement spécifique pour la récupération d'une fonction physique, par exemple: amélioration d'une amplitude articulaire, d'une force musculaire ou de la coordination.

C: rééducation du malade aux activités de la vie quotidienne: habillage et déshabillage, hygiène personnelle et emploi de moyens auxiliaires, prothèses et orthèses.

D: réadaptation de l'handicapé au milieu et à sa vie quotidienne, par exemple: la ménagère devant s'adapter aux aménagements de son domicile rendus indispensables par son handicap.

E: renforcement de l'endurance à l'effort et entretien de la dextérité acquise antérieurement pour l'exercice d'une profession.

F: évaluation pré-professionnelle visant à déterminer les capacités physiques et mentales du patient, sa réinsertion au sein de la communauté, son intérêt au travail, afin de juger s'il lui est possible de reprendre son activité professionnelle ou s'il doit être reclassé.

G: convaincre le malade d'accepter son handicap et lui apprendre à utiliser le temps de manière constructive lors d'une hospitalisation ou d'une période de convalescence.

H: réorientation du malade vers des activités extra-professionnelles, pratique d'un sport ou d'un hobby.

L'ergothérapeute doit travailler en étroite collaboration avec le médecin, l'infirmière, le physiothérapeute, la logopédiste, l'assistante sociale, le psychologue, l'orienteur professionnel et d'autres spécialistes, pour donner au malade le maximum d'indépendance physique, mentale, sociale et économique.

Comme l'ont observé McCOY et RUSK en 1953, je cite «le résultat d'une réhabilitation n'est pas apprécié selon les prouesses d'un individu en milieu hospitalier, mais selon la qualité d'une indépendance continue et la réintégration totale au sein de la société».

C'est en effet le réhaussement de cette qualité qui devrait être le but, à longue échéance, de la réhabilitation.

Pour sa part, PATTISON en 1921 avait défini l'ergothérapie comme étant «une activité mentale et physique prescrite et guidée dans le but de hâter et de contribuer à la récupération en cas de séquelles de maladies ou de traumatismes».

Stafford CLARK définit l'ergothérapie comme «une méthode active de traitement dans un but psychologique très profond».

Pour résumer, nous pouvons dire que l'ergothérapie peut être considérée sous deux aspects:

*le premier:* une contribution positive vers la récupération physique et mentale d'un handicapé,

*le deuxième:* une augmentation du pouvoir d'adaptation à une vie quasi normale, compte tenu du handicap du malade.

Personnellement, c'est ce deuxième aspect qui est de loin, le rôle le plus important de l'ergothérapeute.

Stella MOUNTFORD, ergothérapeute britannique, dans un ouvrage intitulé «Towards rehabilitation» a démontré que, statistiquement, parmi tous les handicapés physiques, les malades hémiplegiques nécessitent le plus grand nombre de moyens auxiliaires pour leur permettre de vaquer aux occupations de la vie quotidienne.

Ceci nous donne à réfléchir sur la disproportion des sommes engagées aux soins des paraplégiques par rapport aux hémiplegiques dont le nombre de moyens auxiliaires nécessaires à leur réadaptation est nettement supérieur.

Le malade hémiplegique, comme celui qui est atteint d'une sclérose en plaques est le «parent pauvre» de la réhabilitation. Il serait souhaitable d'instituer des «centres pour hémiplegiques» et alors seulement ces malades bénéficieraient du traitement adapté à leurs problèmes physiques et psychiques.

Le traitement de l'hémiplegique se décompose en trois phases distinctes variant en durée selon la gravité de la lésion.

*Première phase:* repos généralement en milieu hospitalier

*Deuxième phase:* traitement intensif en milieu hospitalier

*Troisième phase:* réadaptation à la vie quotidienne

L'ergothérapeute intervient au cours de chacune de ces phases.

Au cours de la première, la tâche primordiale de l'ergothérapeute est de donner au malade une certaine indépendance.

A Genève, c'est à l'ergothérapeute d'enseigner au malade les transferts au lit qui facilitent les soins infirmiers. Elle prendra soin d'éviter tout mouvement favorisant la spasticité. Elle replacera le malade en position d'inhibition à la fin de son traitement. Ces manœuvres sont familières à la plupart d'entre vous cependant je voudrais attirer votre attention sur les différentes positions d'inhibition des membres du patient qui, à mon avis sont très importantes pour faciliter les déplacements.

La deuxième phase débute par le lever du malade. A Genève, nous le faisons très précocement, en tenant compte des complications cliniques qui peuvent en résulter.

Au cours de cette phase, l'ergothérapeute complète le travail déjà entrepris par le physiothérapeute, c'est-à-dire que les transferts effectués se font dans un but plus fonctionnel que kinésithérapique.

Aussi bien du point de vue pratique que psychologique, nous avons constaté que la rééducation aux activités de la vie quotidienne se fait mieux en fauteuil roulant qu'au lit. L'ergothérapeute apprend très tôt au malade le transfert lit-fauteuil et vice-versa.

Le malade hémiplegique commence à se sentir très indépendant en fauteuil roulant et cela lui donne un «moyen de locomotion» pour se rendre à la salle de bains, aux toilettes et surtout dans les salles de traitement de l'ergothérapie et de la physiothérapie.

L'usage du fauteuil roulant doit être graduellement diminué dès que le malade a atteint le stade de la marche fonctionnelle.

Avant d'entreprendre de façon précise la rééducation des activités de la vie quotidienne, l'ergothérapeute doit s'informer du bilan neuro-musculaire établi soit par le médecin soit par le physiothérapeute ceci lui permet de connaître d'éventuels troubles associés tels que l'héminégligence, l'hémi-anopsie, les troubles praxiques, gnosiques, cérébelleux et extrapyramidaux.

L'astérogénosie peut être améliorée par des exercices aidant le malade à reconnaître le poids, la forme et la consistance des objets usuels. A ce sujet, je vous rappelle le travail de Wynn Parry sur la réhabilitation de la main.

Il ne faut cependant pas oublier que la récupération est plutôt l'exception que la règle. L'ergothérapeute joue un rôle important pour faire accepter au malade hémiparétique son handicap.

Je voudrais maintenant vous entretenir du rôle important de l'ergothérapeute dans les activités principales usuelles de la vie quotidienne à savoir: hygiène personnelle, habillage et déshabillage, façon de se nourrir. J'attire votre attention sur les différentes positions d'inhibition précises des membres au cours de ces opérations.

Au cours de cette deuxième phase, le traitement physiothérapeutique est intensif. L'ergothérapeute doit travailler en étroite collaboration avec le physiothérapeute par exemple: elle doit être informée des progrès physiques réalisés par le malade afin d'y adapter son traitement. Dans le service de Médecine physique à Genève, une réunion hebdomadaire physio-ergo-médecins est prévue pour coordonner la poursuite du traitement.

Pendant la troisième phase, l'ergothérapeute complète le travail déjà entrepris dans les phases précédentes avec pour but principal la sortie du malade et sa réintégration au sein de sa famille, dans son milieu professionnel et de la société.

L'ergothérapeute améliore l'indépendance et le moral du malade en apprenant par exemple à la ménagère les activités culinaires et aux hommes de petits travaux sur bois. Je ne m'attarderai pas ici sur la démonstration de ces techniques qui ont été très bien répertoriées par la C.N.L.F.R.H.\* Je préciserai toutefois qu'il est important d'éviter la spasticité en plaçant le membre hémiparétique en position d'inhibition, cela est psychologiquement important, le malade peut ainsi faire participer son côté hémiparétique à toutes les activités.

Une visite au domicile du malade est obligatoire avant que celui-ci ne quitte le service. Elle permet d'apporter les changements nécessaires aux activités de la vie quotidienne d'un handicapé.

Je voudrais toutefois préciser que ces améliorations doivent être faites avec beaucoup de discernement car nombreux sont les

\* Comité national français de liaison pour la réadaptation des handicapés.

handicapés qui sont «prisonniers» de leur domicile et ne peuvent s'adapter dans d'autres locaux non étudiés à leur handicap.

A l'Institut universitaire de Médecine physique et de Rééducation de Genève, le rôle de l'ergothérapeute consiste aussi à s'occuper des problèmes d'orthèses.

Le durée de cet exposé ne me permet hélas pas d'aborder le problème du véhicule adapté à l'hémiparétique. Seuls les malades ayant pu bénéficier d'une rééducation fonctionnelle satisfaisante sont habilités à conduire un véhicule automobile avec ou sans moyens auxiliaires appropriés.

Je ne voudrais pas terminer sur une note pessimiste mais je voudrais dire qu'à mon point de vue, le traitement physique d'un malade hémiparétique est loin d'être résolu.

Je pense notamment au problème fondamental de la spasticité qui est le centre de préoccupation de nos physiothérapeutes et ergothérapeutes. En effet, pour résoudre ce problème, nous entendons évoquer au cours de ces conférences les termes de spasticité, facilitation proprioceptive-neuromusculaire, inhibition, syncinésies, réflexes posturaux.

En fait, nous pensons qu'il n'existe aucune méthode pouvant s'appliquer à la rééducation de tous les hémiparétiques. Notre devoir et notre art — pour ne pas le dire — consistera à savoir adapter à chaque malade les traitements ergothérapeutiques et physiothérapeutiques les mieux appropriés à leur état.

---

## BIBLIOGRAPHIE

1. DUMOULIN J., Précis d'ergothérapie. Librairie Maloine S. A., Paris 1967.
2. McCOY G. F. and RUSK H. A., An evaluation of rehabilitation, p. 2. New York: The Institut of Physical Medicine and Rehabilitation.
3. MAURY M., Le fauteuil roulant — Réadaptation no 162, Juillet 1969, numéro spécial.
4. MOUNTFORD S., Towards rehabilitation — A study of widening horizons in occupational therapy, p. 3. E. and S. Livingstone L. T. D., Edinburgh and London 1965.
5. ROSSIER A., LOMBARD C., Les principaux critères de sélection d'un fauteuil roulant pour adultes — Réadaptation no 162, Juillet 1969, numéro spécial.

Bewegung, Konzentration, Therapie  
– auf der richtigen Unterlage

– auf den **AIREX®** –  
Gymnastikmatten

CORONA und

Grösse 100×185 cm

CORONELLA

Grösse 60×185 cm

hergestellt aus geschlossenzelligem PVC-Schaumstoff



® = Eingetragene Marke

**COUPON**

Bitte senden Sie uns Unterlagen  
über die Gymnastikmatten AIREX®,  
Typen CORONA und CORONELLA.

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Bitte einsenden an Eugen Schmid AG, 5610 Wohlen

271

# Gegen diesen Bon senden wir Ihnen eine Mastiplast 70 Übungsbroschüre

Mastiplast 70  
unsere therapeutische  
Silikonnetzmasse für  
die Rückgewinnung der  
Beweglichkeit der Hand-  
und Fingergelenke.

## Fango Co

Fango GmbH  
8640 Rapperswil Tel. 055 27 24 57

**BON**

Bitte senden Sie uns  
die kostenlos offerierte  
Mastiplast 70 Broschüre

Wir bestellen..... Dosen  
Mastiplast 70

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

AZ

8800 THALWIL



Eine neue gastronomische Formel Vegi (hoch 2) nämlich:

**VEGITINI** im Parterre — ein junger, frischer Wind. Für Leute von heute

**VEGITABLE** im 1. Stock — gute alte Vegi-Tradition im neuen, schönen Kleid, mit Zürich's erstem «Indian Tea + Ravaya Corner»

**8001 ZÜRICH** — Stadtzentrum — Sihlstrasse 28 — zwischen Jelmoli-Parkgarage und St. Annahof, Telefon (01) 25 79 70 / 71

## Medizinische Bädereinrichtungen

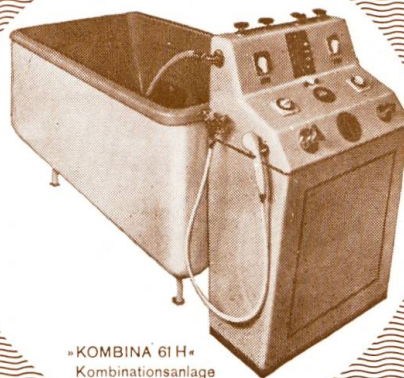


Apparatebau

**KARL SCHREINER**

Freiburg i. Br.  
Schreiberstr. 8

Unverbindliche Planung  
und Beratung



»KOMBINA 61H«  
Kombinationsanlage

**Redaktion:**

Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistr. 53, 8800 Thalwil, Tel. 01 / 720 09 18

Administration und Expedition: Schweiz. Physiotherapeuten-Verband, Thalwil  
Inseratenteil: Plüss Druck AG, Postfach 1301, 8036 Zürich, Tel. 01 / 23 64 34

Rédaction pour la partie française:

Jean-Paul Rard, physiothérapeute, 13 A, ch. des Semailles, 1212 Grand-Lancy.

Expédition pour la Suisse Romande: Société Romande de Physiothérapie

Secrétariat: rue St-Pierre 2, 1003 Lausanne, Tél. 021 / 23 77 15

Erscheint 2monatlich / Paraît tous les 2 mois — Druck: Plüss Druck AG, 8004 Zürich