

CO48-003-f

**Programme pluridisciplinaire de prévention en phase précoce de l'épaule douloureuse post-AVC (4P-ED)**A. Cook<sup>a,\*</sup>, D. Dathy<sup>a</sup>, E. Sorita<sup>b</sup>, A. Bénard<sup>c</sup>, I. Sibon<sup>a</sup><sup>a</sup>Service UNV secrétariat de neurologie 2A3, CHU Pellegrin, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France<sup>b</sup>Institut de formation en ergothérapie, France<sup>c</sup>Unité de soutien méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique du CHU, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [amandine.cook@chu-bordeaux.fr](mailto:amandine.cook@chu-bordeaux.fr).**Mots clés :** Accident vasculaire cérébral ; Douleur d'épaule ; Unité neurovasculaire ; Pluridisciplinarité

L'épaule douloureuse est une des quatre complications les plus fréquemment rencontrées après AVC. L'importance de la prévention n'est plus à justifier mais il n'y a aucun consensus sur une conduite commune et globale à tenir.

**Objectif principal.**– Proposer un protocole de recherche paramédical pour améliorer le positionnement de l'épaule hémiplégique en unité neurovasculaire (UNV) et prévenir les douleurs d'épaule en post-aigu.**Méthode.**– Une analyse de la littérature a démontré la possibilité d'amélioration de nos pratiques de positionnement et le matériel adapté a été acquis. Un groupe de travail pluridisciplinaire s'est monté pour uniformiser les connaissances des équipes de soins et de rééducation. Une réflexion du groupe à portée sur les modes de transmission du positionnement du patient.

Les actions aux patients s'axent en quatre points :

- le positionnement au lit, au fauteuil et debout avec du matériel spécifique (cales, écharpes en rotation externe et abduction) ;
- une attention particulière de coaptation de l'épaule lors des soins et des activités fonctionnelles (toilette, habillage, transferts... ) ;
- une formation du patient et des aidants sur la pathologie, les risques, l'utilisation du matériel ;
- une mobilisation passive quotidienne du membre supérieur par un rééducateur.

**Résultats.**– Une formation a été apportée à l'équipe de soins. Un système de transmission visuel sous forme de livrets au lit du patient a été installé.**Conclusion.**– Un essai clinique comparatif, de supériorité, monocentrique, en deux groupes parallèles est en phase d'inclusion. Objectif : montrer la supériorité d'une approche de prévention de l'épaule douloureuse des patients post-AVC, en UNV.*Pour en savoir plus*Bender L, McKenna K. Hemiplegic shoulder pain: defining the problem and its management. *Disabil Rehabil* 2001;23(16):698–705.Turner-Stokes L, Jackson D. Shoulder pain after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. *Clin Rehabil* 2002;16(3):276–98.Lindgren I, Jonsson A-C, Norrving B, Lindgren A. Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study. *Stroke* 2007;38:343–8.<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.330>

CO48-004-f

**Étude du couplage bimanuel chez les patients hémiplégiques et ses applications pour la rééducation en ergothérapie**B. Guerin<sup>a,\*</sup>, R. Sleimen Malkoum<sup>b,\*</sup>, L. Thefenne<sup>a</sup><sup>a</sup>HIA Laveran, boulevard Laveran, BP60149, 13384 Marseille, France<sup>b</sup>UMR 7287, institut des sciences du mouvement, E.-J.-Marey,

CNRS et Aix-Marseille université, Marseille, France

\*Auteurs correspondants.

Adresse e-mail : [beneguier@yahoo.fr](mailto:beneguier@yahoo.fr).**Mots clés :** Hémiplégie vasculaire ; Couplage bimanuel ; Rééducation**Contexte.**– Bien que la majorité des tâches fonctionnelles impliquent les deux membres supérieurs (MS), l'évaluation et la rééducation des synergies bimanuelles demeurent largement négligés dans la prise en charge des patients

après un accident vasculaire cérébral (AVC). Ce sujet est d'autant plus important qu'environ la moitié des patients présentent de limitations fonctionnelles chroniques touchant principalement les activités manuelles.

**Objectifs.**– Une des signatures de la bimanualité est l'existence d'un couplage spontanée entre les MS. Ce couplage se traduit par des interactions entre les paramètres spatio-temporels caractérisant la cinématique de chaque membre. Chez les patients, beaucoup de questions demeurent, d'une part, sur les conditions dans lesquelles ce couplage persiste, et d'autre part, sur comment il pourrait être éventuellement rééduqué. À travers notre projet de recherche qui est en cours, nous cherchons à apporter des éléments de réponse à ces questions.**Méthodes.**– Il s'agit d'une étude de type cohorte prospective, monocentrique. Les patients sont à plus de deux mois de l'AVC et sans troubles majeurs des fonctions supérieures. Ils suivent un protocole de rééducation spécifique d'une durée de six semaines après une période de rééducation dite « classique ».

Le protocole de rééducation prévoit des exercices unimanuels d'échauffement, des exercices bimanuels visant à stimuler l'expression du couplage, et des exercices bimanuels inspirés des activités de vie quotidienne.

Des séances d'évaluations sont prévues au début, au milieu et à la fin de la rééducation, ainsi qu'après une période de rétention. L'évaluation se fait sur des critères cinématiques calculés grâce des enregistrements effectués à l'aide de tablettes graphiques, et des critères fonctionnels estimés à partir de tests cliniques.

**Résultats.**– Nos résultats préliminaires montrent une altération des interactions bimanuelles chez les patients hémiplégiques qui s'avère être dépendante de la gravité de l'atteinte. Cependant, cette altération semble être (plus ou moins) réversible à la suite d'une prise en charge adéquate.**Discussion.**– Nous proposons un protocole facile à mettre en place, dont le but étant de rétablir le couplage bimanuel et de réadapter les synergies fonctionnelles impliquant les MS. Les résultats préliminaires sont assez encourageants et ouvrent la porte pour de futures investigations.<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.331>

CO48-005-f

**Intérêt d'un atelier de rééducation du membre supérieur sur la récupération fonctionnelle. Étude préliminaire à partir de 47 patients hémiplégiques**H. Jegat<sup>\*</sup>, É. Azais, É. Lemoigne, B. Nicolas, P. Gallien, J.-F. Aubry, F. Dauvergne

Équipe d'ergothérapie, pôle Saint-Hélier, 54, rue Saint-Hélier, 35000 Rennes, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [helene.jegat@pole-sthelier.com](mailto:helene.jegat@pole-sthelier.com).**Mots clés :** Membre supérieur ; AVC ; Rééducation intensive**Introduction.**– La mise en place de « l'atelier membre supérieur » (AMS) repose sur la volonté de proposer aux patients hémiplégiques des séances supplémentaires de rééducation s'appuyant sur des approches de rééducation dont l'intérêt a été démontré [1] : augmentation du volume horaire, activités bimanuelles et fonctionnelles, répétition de tâches et activités en groupe.**Objectif.**– Analyser le bénéfice de l'AMS selon certains profils de patients hémiplégiques, en complément de la rééducation traditionnelle.**Méthode.**– Les critères d'inclusion sont restés volontairement larges en dehors de la pathologie AVC. L'AMS est prescrit comme activité supplémentaire de rééducation à l'entrée ou au cours du séjour. Tous les niveaux de récupération sont intégrés, de préférence en phase précoce ou au moins de récupération. Les sujets peuvent être inclus, en hôpital de jour ou en hospitalisation complète. Deux évaluations sont réalisées avec le *functional test for the hemiplegic paretic upper extremity*. Le bilan initial (début d'AMS) permet de déterminer le stade de récupération. L'évaluation à trois semaines (fin d'AMS) permet de mesurer les éventuels progrès.**Résultats.**– Quarante-sept patients (âge : 60,7 ± 11 ans ; sexe ratio : 32 H/15 F ; côté hémiplégique : 25 droits/22 gauches ; 13 hémorragiques/34 ischémiques). En moyenne : 10 H 30 d'AMS.

La population globale progresse d'un stade en moyenne avec des variations du gain en fonction du stade initial.