Ergothérapie – méthode „Bobath“

:-)

intentions pédagogiques de la formation

- se familiariser avec des techniques de positionnement / mobilisation / transfert des patients hémiplégiques en utilisant la méthode „Bobath“
- savoir éviter de faire ce qui est contre-indiqué pour le patient hémiplégique

l'hémiplégie

- paralysie totale ou partielle de la moitié du corps (motrice et sensorielle)
- gauche / droite
- troubles associés possibles:
  - tonus musculaire anormal (hypo / hypertonie musculaire)
  - héminégligence
  - diminution du champ visuel
  - troubles cognitifs
  - diminution de la sensibilité (superficielle et

méthode „Bobath“

- Du nom de leur concepteurs: **Madame Berta Bobath** (1907 – 1991) - physiothérapeute et **Monsieur Karel Bobath** (1906 – 1991) - neurologue et psychiatre – l'approche a été développée dans les années 1940 et est en constant développement.
- L'approche est neurodéveloppementale, s'appuie sur le mouvement normal et la normalisation du tonus musculaire.
- Elle s'applique tant à des enfants IMC par ex. que des adultes ayant une/des lésion(s) neurologique(s) centrale(s).

buts de la méthode Bobath

Favoriser le mouvement et la perception du côté hémiplégique:

- normalisation du tonus musculaire
- intégration du côté hémiplégique
- facilitation des mouvements normaux
- amélioration de la percetion corporelle

favoriser la perception du côté hémiplégique

Aménagement de la chambre du patient:

- placer tout ce qui est stimulant du côté hémiplégique: (porte, visiteur, soi-même, etc...), sauf si cela empêche le patient d'agir
- le téléphone, la sonnette du côté sain (sécurité)
- le lit contre le mur, si possible

à éviter

- potence
- objet dans la main hémiplégique
- des supports mous (matelas, placet de chaise, etc...)
- des perfusions, injections, glycémies, etc... du côté hémiplégique

positionnement au lit: buts

- la mise en charge de l'hémicorps plégique pour diminuer le tonus musculaire et donner un maximum d'informations
- le maintien des longueurs musculaires et tendineuses (en latéral, la position ressemble à un corps en marche et c'est bien ce que l'on vise)
- la lutte contre l'oedème (m. Sup.)

décubitus latéral – côté plégique – hémiplégie gauche

C'est **LA** position la + „thérapeutique en raison de la mise en charge du côté plégique

- bien dégager l'épaule plégique en venant chercher l'omoplate
- coude en extension, paume vers le haut
- hanche plégique bien en extension
- avant-pied soutenu, malléoles protégées

décubitus latéral – côté sain – hémiplégie gauche

- bras et jambe hémiplégiques entièrement soutenus
- hanche hémiplégique légèrement en avant (pos° de la marche)

décubitus dorsal

- lit à plat
- nuque en légère flexion
- soutien complet du membre supérieur plégique (proximal à distal), en légère déclive (lutte contre l'oedème de la main), les doigts bien ouverts
- m. Inf. en légère abduction, contrôle des rotations et soutien de l'avant-pied (lutte contre le pied équin)

principes à respecter lors des positionnements, transferts, mobilisations

- respecter pour soi les principes d'ergonomie généraux
- (rappel)
- n'accorder au patient **que** le niveau d'aide nécessaire
- guidance verbale + gestuelle
- s'adapter au rythme du patient (temps de latence)
- consignes verbales courtes (mots), au fur et à mesure
- utiliser les points-clé de contrôle

principes de mobilisation - suite

- utiliser une prise solide („informante") mais douce
- après chaque déplacement, „ancrer" (principe Affolter) la nouvelle position pour une meilleure perception du corps dans l'espace **et** la mise en charge visant la diminution du tonus musculaire
- en tout temps, protéger l'épaule du patient

translation latérale pour se rapprocher du bord du lit avant le transfert

- le soignant se place du côté hémiplégique
- lit à hauteur de hanches
- un genou sur le matelas pour éviter les efforts en torsion
- les membres inférieurs du patient sont amenés en flexion (en suivant le matelas, de préférence jamais en l'air)
- les genou/tronc du soignant contrôlent la jambe plégique du patient si néc.

translation latérale pour se rapprocher du bord du lit avant le transfert - **suite**

- le bassin du patient est amené en rétroversion
- le soignant tracte dessus pour le déplacement latéral (en plusieurs fois)
- le patient est bien sûr guidé verbalement pour participer activement à sa mesure

transfert couché → assis au bord du lit

- descente du m. Inf. plégique (le m. Inf. sain reste fléchi sur le matelas)
- protection du m. Sup. plégique (patient) - le patient peut aussi participer à la prise en venant placer sa main saine sur l'épaule du soignant
- entourer les épaules du patient et venir chercher sa prise derrière l'épaule saine
- demander au patient de décoller la tête et de venir vers vous (son m. Inf. sain doit suivre, l'aider si néc.)

transfert couché → assis au bord du lit - **suite**

- la position d'arrivée (2 pieds en bas du lit) étant en légère diagonale, avancer la fesse saine afin de recréer la symétrie
- baisser rapidement le lit afin que les 2 pieds reposent sur le sol
- redonner les supports (appuis des mains sur le matelas

- la technique „en passant par le côté“ est aussi possible, voire recommandée dans certains cas

avancer au bord du lit

- Selon le principe de la „marche fessière“:
- prise croisée: une main sous la fesse que l'on souhaite déplacer; l'autre sur l'épaule contro-latérale
- déplacer le poids du corps latéralement de façon à décharger la fesse que l'on souhaite déplacer
- l'avancer
- inverser les prises et ainsi de suite jusqu'à la position souhaitée
- n.b. Il est aussi possible de reculer sur le même principe

préparation au transfert assis → assis

- Préparation du matériel:
- règler la hauteur du lit de sorte que le transfert soit positif (le départ + haut que l'arrivée)
- ôter le repose-pied et l'accoudoir du côté du transfert
- positionner le fauteuil roulant du côté plégique, à +/- 90° , le freiner
- Préparation du patient:
- le chausser si pas fait précédemment
- protéger son épaule

préparation au transfert assis → assis - **suite**

- bien préparer le support au sol (pieds: emplacement – pointe du pied sous le genou pour favoriser la propulsion, surface de contact au sol – talon, latéralement), notamment le pied hémiplégique
- le genou hémiplégique est stabilisé par les genoux du soignant (attention, latéralement s.v.p.)
- accrochage des mentons soignant / patient

prises possibles

- prise croisée: fesse hémiplégique / épaule saine
- sous les 2 fesses

- sont les plus courantes

transfert assis → assis

Le soignant, pour éviter d'utiliser de la force, va utiliser son propre corps comme contrepoids et force de mobilisation pour le patient:

- en reculant (soignant), il va amener le tronc du patient en avant (décollement des fesses)
- en se levant (soignant), le patient va lui aussi se mettre debout

transfert assis → assis - suite

Il existe différentes façons de faire correpondant à différents stades et possibilités de mobilisation du patient:

- translation latérale avec/ sans planche de transfert
- pivot sur les pieds
- en passant par debout

matériel auxiliaire de transfert

- planches de transfert (droite, incurvée, courte, longue etc...)
- tissus glissants (rouleaux), pour les translations au lit
- disques de transfert
- ceintures de transfert
- cigognes

installation au fauteuil roulant

- patient reculé au maximum
- installé au milieu de son fauteuil
- le dos bien aligné et redressé
- les pieds reposent sur les reposent-pieds
- règlages de hauteurs effectués:
- 3x 90° de flexion: chevilles, genoux, hanches
- épaules à la même hauteur, avant-bras hémiplégique (surtout le coude), soutenu

adaptations courantes du fauteuil roulant

Outre les aides au positionnement, on trouve fréquemment:

- accoudoir ou table pour le m.Sup. Plégique
- double cerceau pour la conduite d'une seule main
- poignées de freins rallongées du côté hémiplégique pour en faciliter l'accès avec la main saine

précautions particulières concernant l'épaule hémiplégique hypotone

L'épaule est une articulation „suspendue“ et sa coaptation dépend de l'activité musculaire et ligamentaire normales

Dans le cas de l'épaule hémiplégique, la paralysie des muscles empêche leur fonction coaptative; le bras est lourd en poids et donc, à la longue, l'articulation se subluxe, provoquant, très souvent des douleurs importantes que l'on peut éviter / retarder en:

- soutenant le coude pour TOUTE mobilisation et installation (soignant / patient)
- ne tractant JAMAIS l'épaule (tirer dessus)

aide à la marche - principes

Pour chaque patient, à chaque stade de sa rééducation, une aide différente, néanmoins les principes suivants sont valables pour tous:

- attelles, bandages, protections
- aides de marche (ex. canne quadripode / bâton de marche)
- se positionner du côté hémiplégique
- nos mains contrôlent le bassin du patient

sources

Ce document utilise des images et le contenu d'un document gracieusement prêté par l'équipe de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes de l'HCF que je remercie chaleureusement, ainsi que Marie-Joëlle Andrey – ergothérapeute - qui me l'a remis.

Rita LONE - ergothérapeute

(-: