

Expérience d'une rééducation globale

Autor(en): **Brogniet, L.**

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): - **(1971)**

Heft 237

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929778>

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.

Expérience d'une rééducation globale

L. Brogniet, Kinésithérapeute — Docteur S. Kulakowski, Neuro-Pédiatre

Institut Médico-chirurgical 'Les petites Abeilles' — Direction Médicale: Docteur M Saussez

Conférence donnée aux Journées latines de Kinésithérapie à Liège.

Parmi les méthodes que nous employons en rééducation chez le jeune enfant spastique, l'une d'entre elles nous a paru particulièrement intéressante. Nous nous sommes appuyés sur l'expérience de Mademoiselle Procus.

Cette forme de rééducation a été élaborée sur la base de considérations neurologiques envisageant la possibilité d'apprentissage du jeune cerveau immature, dont les structures ne sont pas encore définitivement fixées.

Le phénomène de suppléance s'appuie sur la notion de maturation cérébrale et sur l'observation du transfert des zones fonctionnelles à l'occasion d'hémisphérectomie, enfin sur les possibilités considérables du conditionnement et l'influence de l'environnement.

Il convient cependant d'insister sur le fait, que nous utilisons néanmoins, d'une manière occasionnelle, d'autres formes de rééducation couramment appliquées telles que: la facilitation neuro-musculaire de Kabat, l'inhibition de réflexes pathologiques avec sollicitations de réactions de redressement et d'équilibration de Bobath, la stimulation de la motricité du nouveau-né ou du nourrisson selon Porte et Le Métayer.

Si nous n'employons qu'occasionnellement les méthodes conventionnelles, c'est donc que nous les employons peu.

Pourquoi?

1. Quoiqu'exploitées de la manière la plus attrayante possible, elles restent artificielles par rapport aux activités habituelles du très jeune enfant. Il en résulte parfois un manque de collaboration et toujours une insuffisance de motivation, puissant facteur de développement psycho-moteur.

Il faut se méfier de la tentation d'imposer les étapes d'évolution motrice de l'enfant normal au petit I.M.C., lequel possède son

potentiel cérébral propre. Son cerveau n'est pas un cerveau normal; il serait donc illogique d'en attendre une évolution étroitement comparable à celle de l'enfant normal.

2. Considérant la précocité de la rééducation, nous constatons que les manœuvres passives, telles les étirations, postures, mobilisations, ne sont pas nécessaires chez ce petit enfant hypertonique certes, mais non encore fixé dans des attitudes vicieuses.

De plus, si le nourrisson accepte toutes les manipulations avec beaucoup de gentillesse, il n'en est plus de même à partir de l'âge de un an et demi environ; à ce moment, l'enfant semble considérer toute contrainte physique comme une agression et réagit souvent par une attitude négative et défensive.

Enfin, nous savons que ces manœuvres passives sont toujours nuisibles quand elles concernent une zone cérébrale porteuse d'une lésion épileptogène, car la sollicitation répétée des neurones pathologiques risque d'aggraver la lésion primitive.

Les phénomènes comitiaux sont causés par des lésions d'origine corticale.

L'expérience prouve que les lésions des I.M.C. ont tendance à être disséminées, corticales et sous-corticales. La rééducation doit donc tenir compte des impératifs suivants:

1. Mise au point neurologique et électro-encéphalographique.

2. Travail, sous couvert de médicaments anti-épileptiques.

3. Abstention de manœuvres passives et recherche du mouvement actif et volontaire.

4. Connaissance et surveillance de l'enfant: la pratique nous a appris qu'il existe une corrélation formelle entre une altération brutale du comportement psycho-moteur et

la perturbation de l'électro-encéphalogramme.

Les conditions dans lesquelles nous effectuons cette rééducation sont les suivantes:

1. L'affectivité est un facteur primordial du développement psycho-moteur. Médecins et psychologues sont formels sur ce point: la carence affective compromet, parfois irrémédiablement le «devenir» du petit enfant. A fortiori, le petit I.M.C. placé dans un centre et séparé de sa mère, a le droit absolu d'être choyé et cajolé par ceux qui le rééduquent. Son épanouissement mental et physique est à ce prix.

2. Un climat de sécurité est indispensable à l'enfant durant ses exercices, car toute sensation de peur ou de déséquilibre a pour résultat une recrudescence immédiate des réactions hypertoniques. C'est pourquoi, par exemple, nous sollicitons les réactions d'équilibration en prenant l'enfant sur les genoux, plutôt que de l'installer sur la planche d'équilibre ou sur le rouleau.

Quant aux réactions de protection du membre supérieur, qui requièrent un déséquilibre plus intense, nous ne les provoquons jamais systématiquement. Nous les avons vues apparaître spontanément chez tous nos enfants atteints de spasticité lorsque celle-ci fut suffisamment inhibée.

3. La motivation doit être soigneusement adaptée à chaque enfant selon ses possibilités mentales et ses intérêts. Il nous incombe de guetter l'éveil d'une motilité spontanée, de la diriger, de l'amplifier et de l'exploiter au maximum de ses possibilités. Il importe avant tout que l'enfant développe sa motricité au départ de ce qu'il peut et surtout de ce qu'il veut faire. La motivation affective prend ici toute son importance: nous savons bien que le bébé qui effectue ses premiers pas, ne le fait pas pour «marcher» mais pour atteindre les bras de sa mère.

4. La tendance spontanée à l'imitation chez le jeune enfant, nous a incité à effectuer une rééducation de groupe, quelles que soient les différences de niveau d'évolution motrice. Il est intéressant de constater qu'une émulation agit toujours dans le sens d'une progression, jamais d'une régression.

5. L'ambiance de la salle dans laquelle

nous traitons les enfants doit avant tout susciter la joie. La disposition, l'abondance et la variété des jouets, sont une des bases de cette motivation tant recherchée.

Tout peut éveiller la curiosité d'un enfant: du morceau de papier au jouet mécanique, des bruits qui l'environnent à la musique diffusée par un unregistreur. A condition que celle-ci soit suffisamment attrayante et rythmée, l'enfant témoigne souvent d'une faculté d'improvisation que nous serions bien incapables de lui imposer. Il faut à ce moment profiter de l'ébauche d'un geste favorable à son évolution pour le guider et le conditionner.

Les enfants disposent également du matériel de rééducation courant: crawlers, trotteurs, rollators, cheval à bascule, etc. . . .

6. Le temps d'intérêt et de concentration particulièrement réduit chez le petit enfant exige un travail bref, mais souvent répété. Il est donc indispensable que cette rééducation par groupe d'environ huit enfants, ait une durée minimum de deux heures. Chacun d'eux bénéficie ainsi de périodes de rééducation individuelle spécifique à son évolution, de moments d'activité libre dans des conditions de sécurité et de facilitation nécessaires, et de temps de repos. L'application de cette méthode de rééducation en groupe, requiert dès lors la collaboration de deux kinésistes et d'une ou de plusieurs éducatrices responsables de ces enfants. (4 adultes pour huit enfants.)

7. La motricité obtenue sera la plus globale et la plus libre possible.

L'influence des réflexes toniques sur les réactions de redressement et d'équilibration chez l'enfant spastique est bien connue.

L'hypertonie est un obstacle majeur à leur apparition et un des facteurs susceptibles d'aggraver un retard psycho-moteur qui accompagne souvent l'infirmité motrice cérébrale. Il est certain que l'hypertonie freine l'amplitude du mouvement et que la diminution de celle-ci aggrave encore ce tonus pathologique. C'est le cercle vicieux: spasticité, perte de la motilité, recrudescence de la spasticité, qui dès lors se renforce.

Il semble donc logique d'espérer une régression de l'hypertonie par la sollicitation d'une mobilisation globale, active, et maximale.

Pratiquement:

A) Nous veillons à ce que cette mobilisation s'effectue avec un minimum de charge ou de contrainte.

C'est pourquoi, par exemple, nous stimulons une ébauche de ramping, en soulevant l'enfant du plan d'appui; de même, nous utilisons dès que possible, le crawler et le trotteur en variant la hauteur de suspension: plus l'enfant est hypertonique, plus il lui est nécessaire de pouvoir se mobiliser sans contrainte d'appui. Nous avons en effet constaté, que si le mouvement est favorisé par une liberté aussi grande que possible, l'appui trop précoce ou trop intense renforce les manifestations hypertoniques.

B) L'ébauche d'un mouvement peut être sollicitée par la stimulation de réflexes et

de réactions dites «archaïques» dans la mesure où ceux-ci provoquent le mouvement souhaité.

En associant les deux points précités à une motivation valable, nous atteignons notre but principal: l'enfant se mobilise au maximum.

Le tonus pathologique de l'enfant spastique peut se réorganiser et tendre vers une normalisation d'autant plus accusée, que la rééducation a été entreprise précocement. Les résultats les plus encourageants ont été observés chez les nourrissons rééduqués dès l'âge de huit, neuf mois.

Nous avons la conviction qu'une éducation thérapeutique respectant soigneusement l'évolution psycho-motrice propre à chaque enfant, peut aboutir à une modification favorable de ce tonus pathologique.

2, Rte de Renens
Tél. 021 . 24 98 25



- bâti métallique chromé ou plastifié, matelassure souple, garniture skai toutes teintes
- plateaux réglables en hauteur par tiges freinées
- plan de travail composé de 4 plateaux
- plusieurs modèles, depuis fr. 816.—

