

Organisé par la FNIB Bruxelles-Brabant



Journée du 18 octobre 2010

« *Si la douleur m'était contée...* »

Dans le cadre de la semaine européenne consacrée à la lutte contre la douleur

Exposé de **SIGNORINO Paolo**
Ergothérapeute



CUB ULB HOPITAL ERASME



Ergothérapie et Prise en charge de la douleur

SIGNORINO P

Chef de service Ergothérapie

Octobre 2010

CUB ULB HOPITAL ERASME

Ergothérapie et Prise en charge de la douleur

L'ergothérapie

- **L'image**
- **Définition**
- **Les concepts**
- **Les principes de P.e.c**
- **Le type d'intervention**



Ergothérapie et Prise en charge de la douleur

L'ergothérapie:

- **Les bilans et évaluations** (*les outils*)
- **La prise en charge**
 - **Rééducation sensorielle** (*concept perfetti*)
 - **L'imagerie motrice** (*protocole de Moseley*)
 - **La sensibilité** (*reeducation sensitive*)



Quelle image à l'ergothérapie ?

L'ergothérapeute s'occupe des adaptations, des aides techniques et prend en considération l'ergonomie



Il s'occupe des patients en utilisant des activités diverses



L'ergothérapie

Elle s'exerce au sein d'une équipe interdisciplinaire,

Elle **intervient** tout au long du processus de rééducation, de réadaptation et ou d'adaptation à une **situation de difficulté** ou de handicap



Définitions de l'ergothérapie

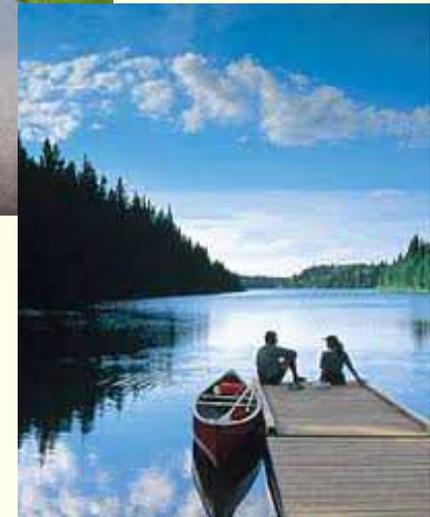
L'ergothérapeute est le paramédical qui accompagne les personnes présentant un dysfonctionnement .

Ceci en vue de leur permettre **d'acquérir, de recouvrer ou de conserver un fonctionnement optimal** dans leur vie.

En tenant compte de leurs capacités et des contraintes de leur **environnement**



Les occupations d'une personne sont étroitement liées à la qualité de vie



Comment votre bien-être général est-il affecté par votre état de santé?



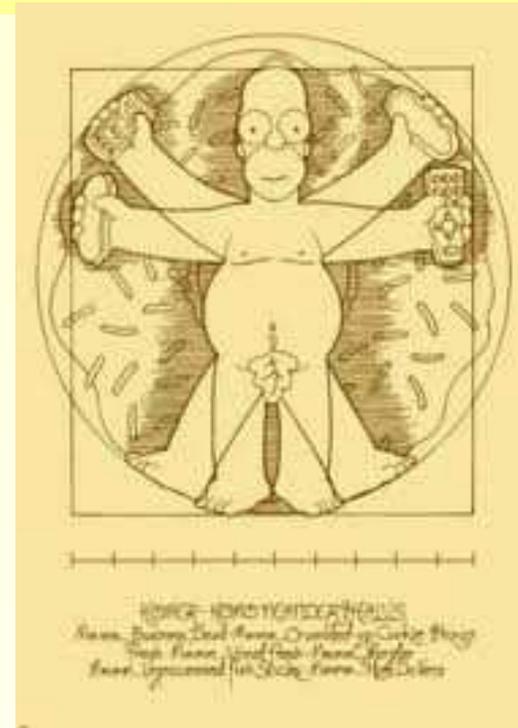
Etes-vous capable d'accomplir les choses que vous souhaitez ou que vous devez réaliser?

Quels sont les croyances par rapport à la pathologie ?

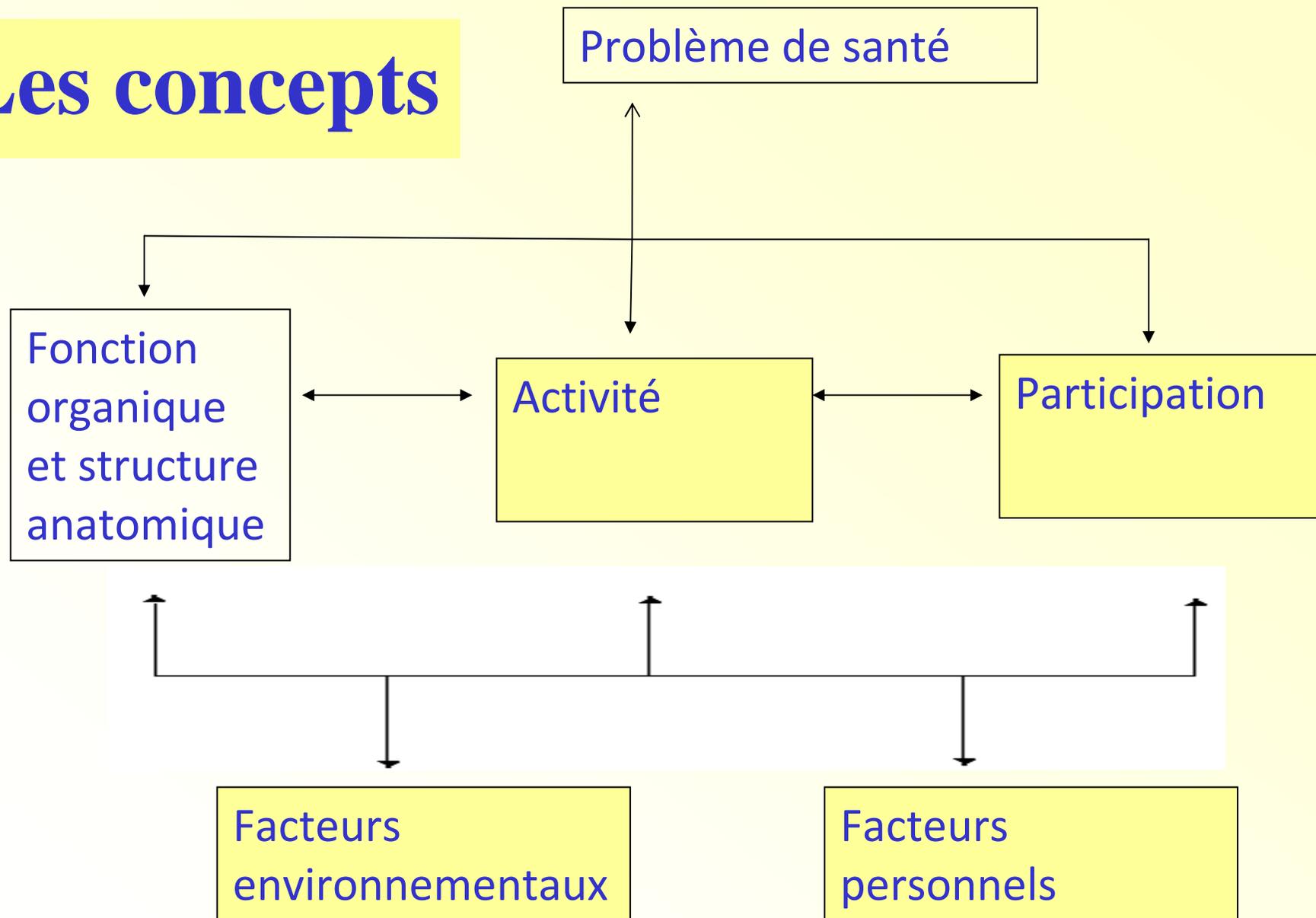


L'ergothérapie

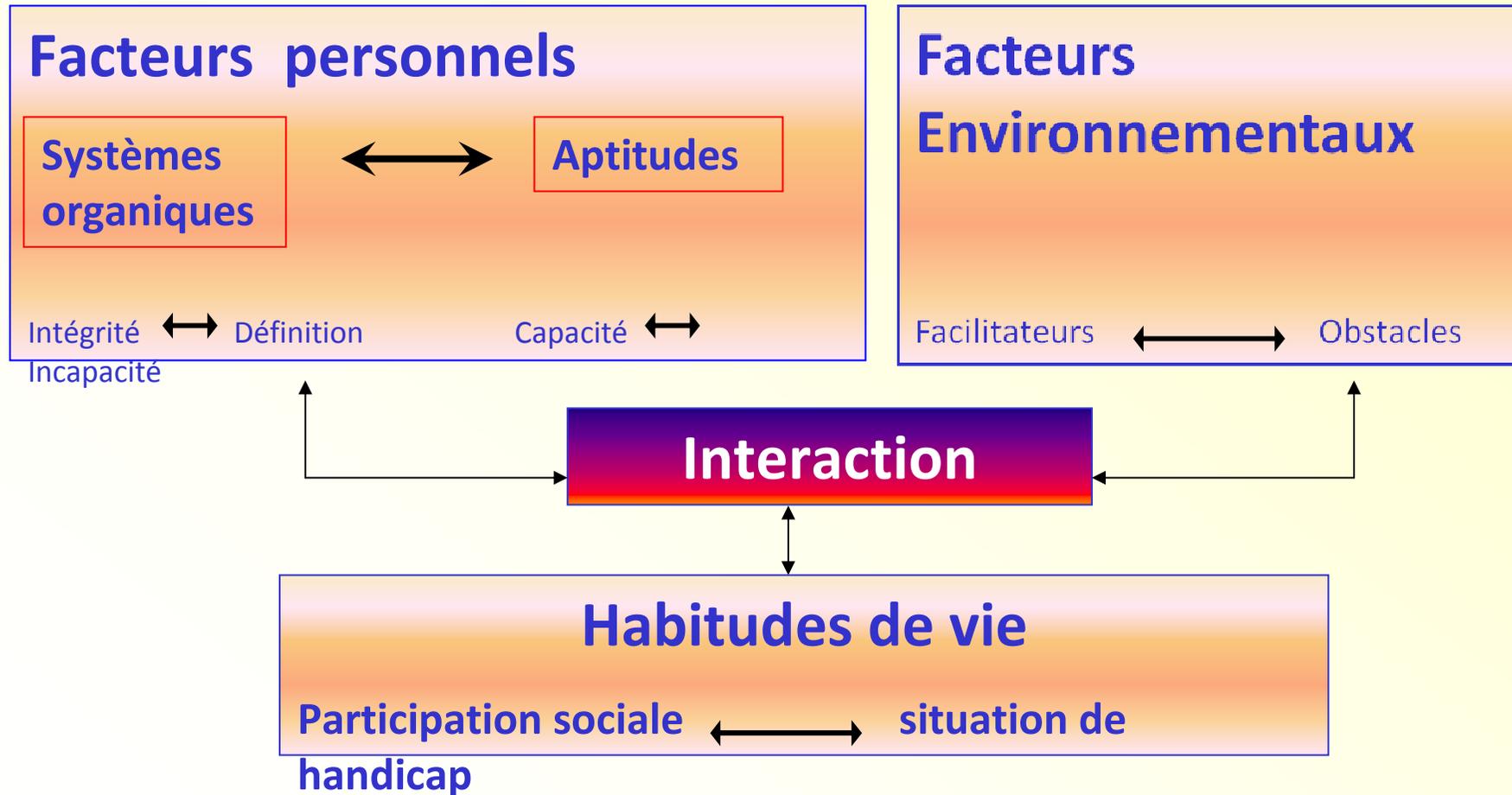
Se tourne vers la
personne dans sa
globalité plus que vers
l'organe affecté



Les concepts



Les concepts



Principe de la Prise En Charge

Savoir

Savoir Faire

Savoir Utiliser

Principe de la Prise En Charge

Savoir: *Education*

**Faire comprendre le problème,
Le fonctionnement du problème**

(comprendre = plus motivation

= meilleurs collaboration dans la prise en charge

= meilleurs résultats)



Principe de la Prise En Charge

Savoir Faire : *Activité (par des mises en situation)*

La personne est active dans la prise en charge.

(comment faire pour connaître ses limites et pour s'adapter à la situation ?)



Principe de la Prise En Charge

Savoir Utiliser: *Mise en situation*

Permettre de rapidement reprendre ses activités quotidiennes,

Retrouver une autonomie et ou une indépendance pour

les différentes situations



Principe de la Prise En Charge

Savoir Utiliser: *Mise en situation*

Un des principes de base des Ergothérapeutes est de travailler sous le seuil de la douleur, sachant que celle-ci est un obstacle à une prise en charge de qualité



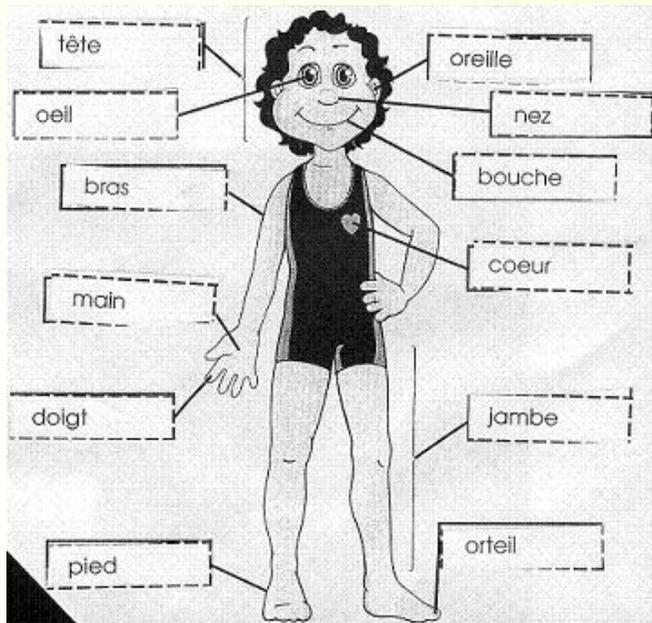
Nos interventions

- Une analyse des comportements dans les activités de la vie journalière
- Une prise en charge éducationnelle et rééducationnelle basées sur des principes d'économie d'effort et de diminution des douleurs.

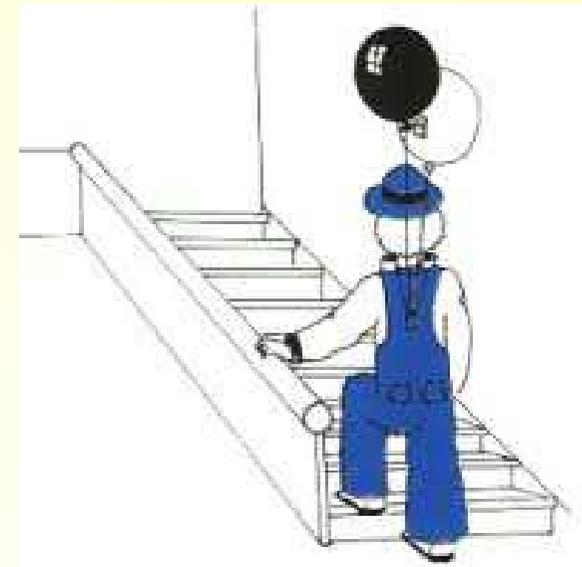


Nos interventions

Sur l'individu



- Situation antérieur
- Capacités et incapacités
- Performances
- Valeurs
- Intérêts

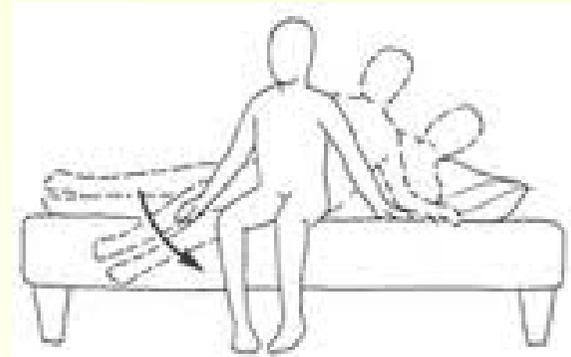


Nos interventions

Sur la participation sociale



- Habitudes de vies A.V.J



- Occupations et loisirs
- Rôles

Nos interventions

Sur l'environnement



- Facilitateurs
- Obstacles

- Social
- Physique



CUB ULB HOPITAL ERASME

Elaboration de la prise en charge

- Le bilan initial
- Mise en place des objectifs
- La prise en charge
- Evaluation



Le bilan initial

1 . Entretien avec la personne :

- Récolte d'informations sur les habitudes de vie
- Intérêt, motivation et satisfaction
- Demandes et besoins

2. Evaluation du comportement gestuel, des habitudes de vie (peur, compensation, ...)

3. Evaluation des capacités

CUB ULB HOPITAL ERASME



Les bilans et la PEC

Procédure indispensable afin de comprendre le fonctionnement physique, psychique et social et les interactions avec l'environnement

- Permet de mettre en place des objectifs précis et individuels
- Permet de programmer des stratégies d'interventions



la PEC

- Rééducation



- Education



- Adaptations et conseils



Evaluation

- Importance du feed-back : motivation
- Constater l'évolution



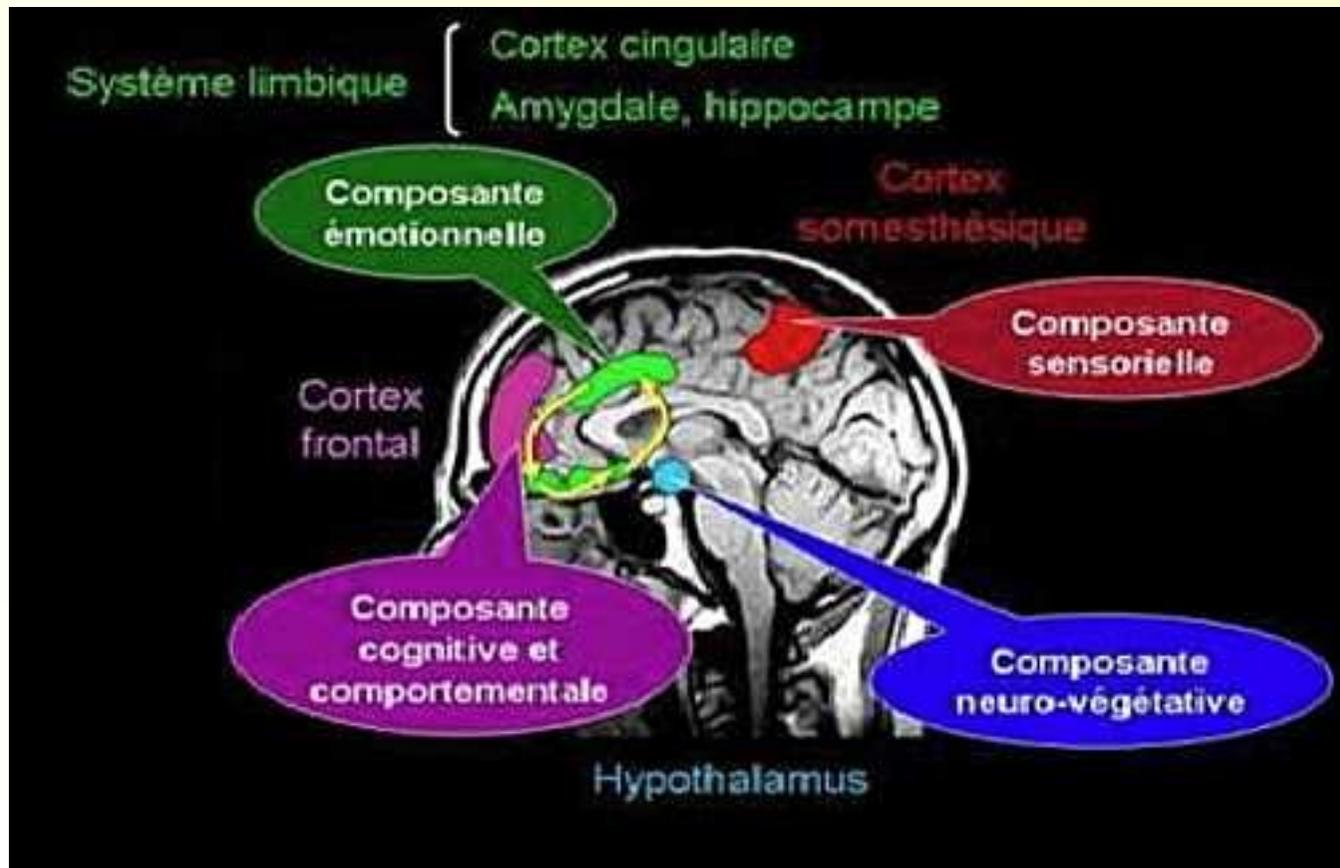
Evaluer pour évoluer

- Fixer ensemble de nouveaux objectifs

L'ergothérapie: les outils.....

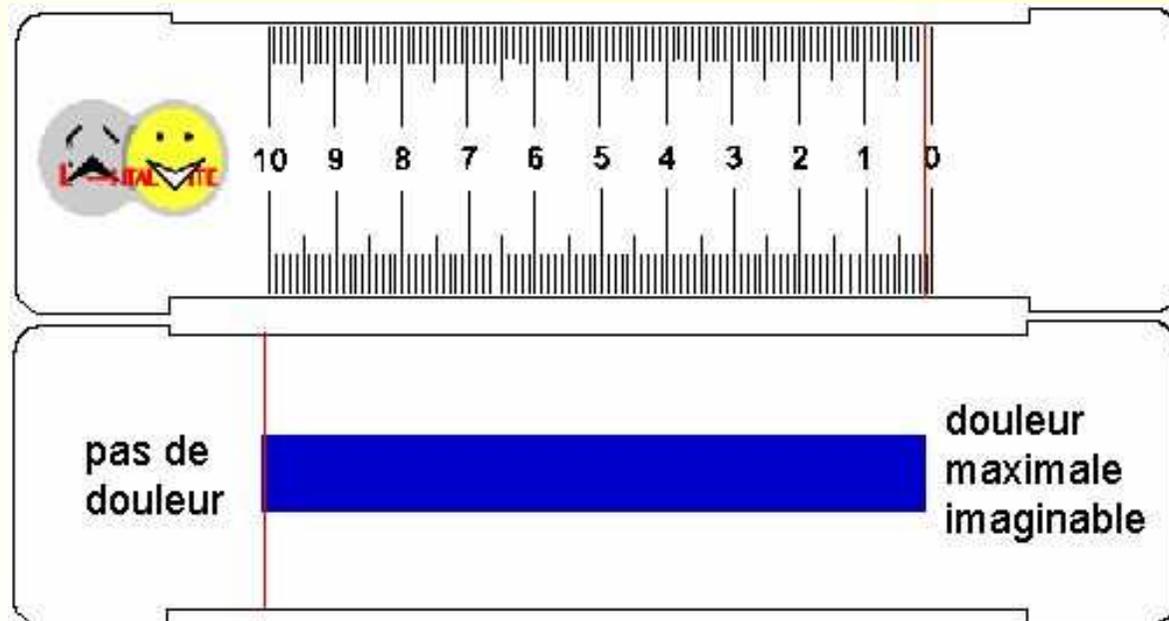


Evaluation de la douleur



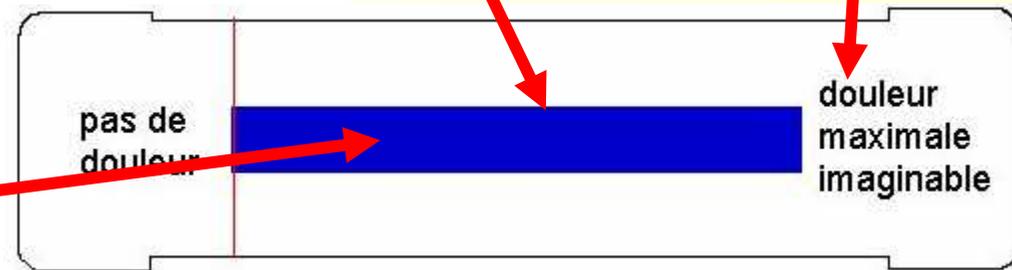
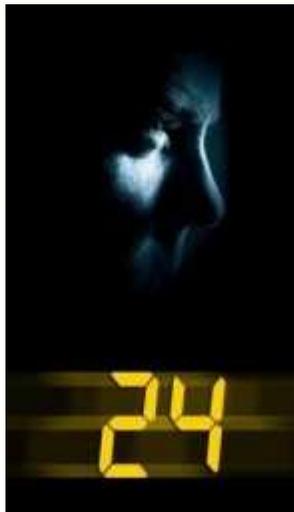
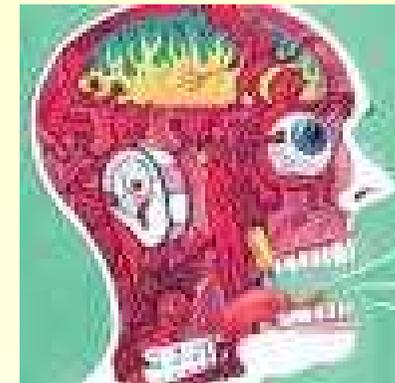
Evaluation de la douleur

EVA.....



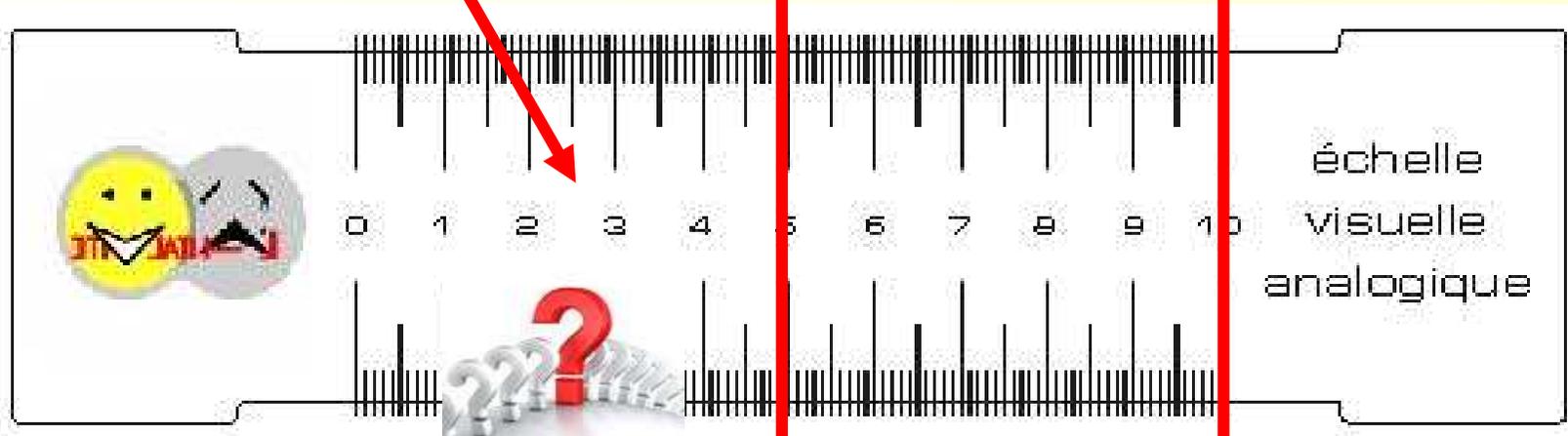
Evaluation de la douleur

EVA.



Evaluation de la douleur

EVA.....



Evaluation de la douleur

(QDST^())*

C'est un questionnaire de qualificatifs répartis en sous-classes dont des sensorielles et des affectives. C'est l'adaptation française du MC Gill Pain

Cette échelle d'évaluation permet de préciser les participations du sensoriel et de l'affectif dans l'intensité douloureuse

(*) Bourreau F., Luu M., Doubrere J.F., Gay C. – Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 1984,39, 119-139.

Evaluation de la douleur

(QDST^())*

0 *absent / pas du tout*
1 *faible / un peu*
2 *modéré / moyennement*
3 *fort / beaucoup*
4 *extrêmement fort / extrêmement*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Battements | <input type="checkbox"/> Picotements |
| <input type="checkbox"/> Pulsations | <input type="checkbox"/> Fourmillements |
| <input type="checkbox"/> Élançements | <input type="checkbox"/> Démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> En éclairs | <input type="checkbox"/> Engourdissement |
| <input type="checkbox"/> Décharges électriques | <input type="checkbox"/> Lourdeur |
| <input type="checkbox"/> Coups de marteau | <input type="checkbox"/> Sourde |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Rayonnante | <input type="checkbox"/> Fatigante |
| <input type="checkbox"/> Irradiation | <input type="checkbox"/> Épuisante |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Piqûre | <input type="checkbox"/> Éreintante |
| <input type="checkbox"/> Coupure |
 |
| <input type="checkbox"/> Pénétrante | <input type="checkbox"/> Nauséuse |
| <input type="checkbox"/> Transperçante | <input type="checkbox"/> Suffocante |
| <input type="checkbox"/> Coup de poignard | <input type="checkbox"/> Syncopale |

(*) Bourreau F., Luu M., Doubrere J.F., Gay C. – Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 1984,39, 119-139.

Mesure des habitudes de vie (*)

Établir de façon quantitative le degré de réalisation des habitudes de vie des personnes et de la satisfaction

Évaluer l'impact d'interventions de réadaptation fonctionnelle

(*) **FOUGEYROLLAS P. "Proposition d'une nomenclature des capacités"**
Société canadienne de la CIDIH (volume 4, numéros 1-2, juin 1991)

CUB ULB HOPITAL ERASME

Mesure des habitudes de vie

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

1 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1					Question 2									
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)					Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)				
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
Utiliser les équipements sanitaires autres que ceux de votre domicile (toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.2.2 <input type="checkbox"/>
Vous habiller et vous déshabiller le haut du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3.3.1 <input type="checkbox"/>

Mesure des habitudes de vie

TABLEAU II
Échelle de réalisation des habitudes de vie

Pointage	Réalisation
9	Réalisé sans difficulté
8	Réalisé sans difficulté avec aide technique (ou aménagement)
7	Réalisé avec difficulté sans aide
6	Réalisé avec difficulté et aide technique (ou aménagement)
5	Réalisé sans difficulté avec aide humaine
4	Réalisé sans difficulté avec aide technique (ou aménagement) et aide humaine
3	Réalisé avec difficulté et aide humaine
2	Réalisé avec difficulté et aide technique (ou aménagement) et aide humaine
1	Réalisé avec substitution*
0	Non réalisé
N/A	Ne s'applique pas

Mesure des habitudes de vie

nutrition

condition corporelle

soins personnels

communication

habitation

déplacement

responsabilités

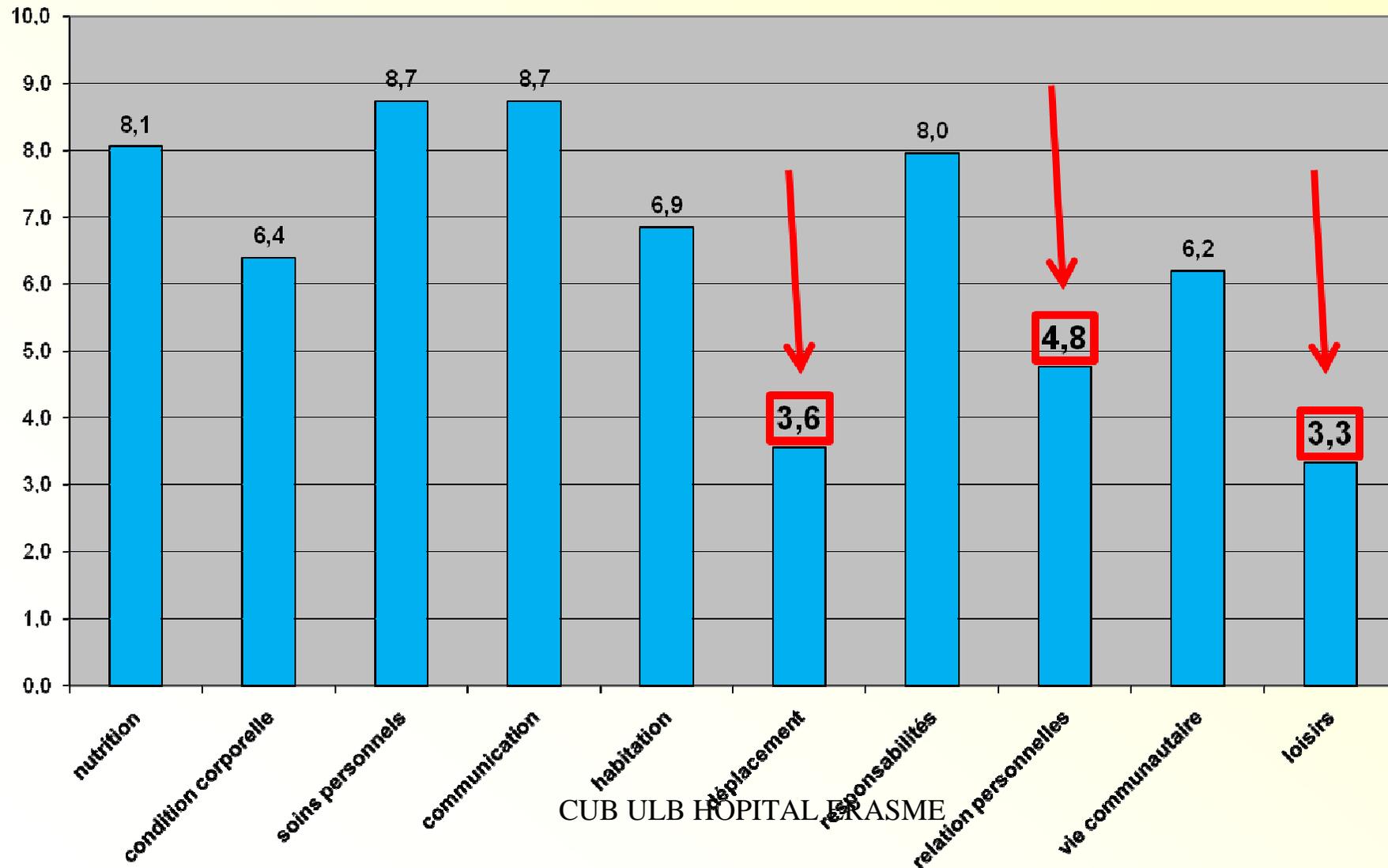
relations personnelles

vie communautaire

loisirs

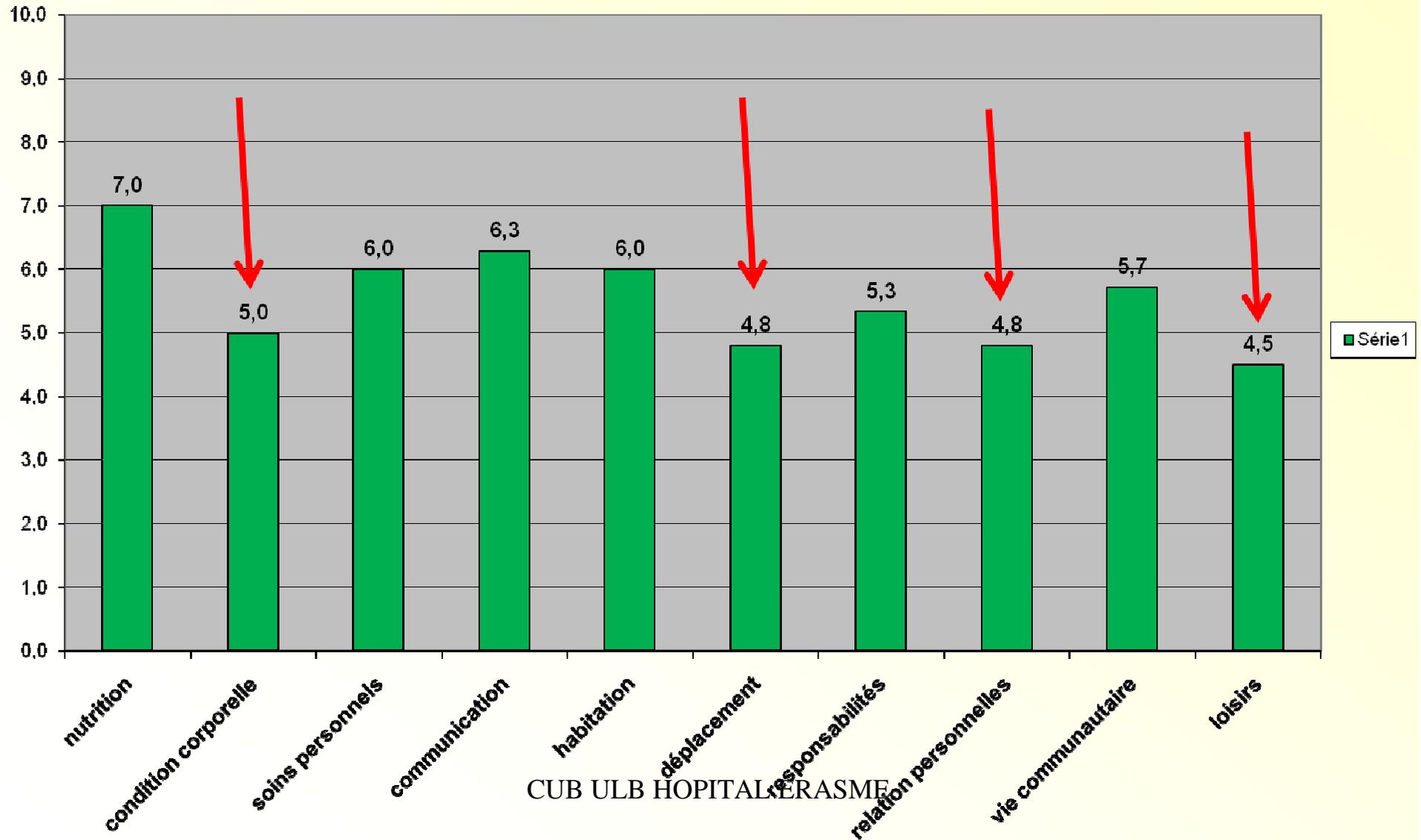
Mesure des habitudes de vie

Réalisation des habitudes de vie



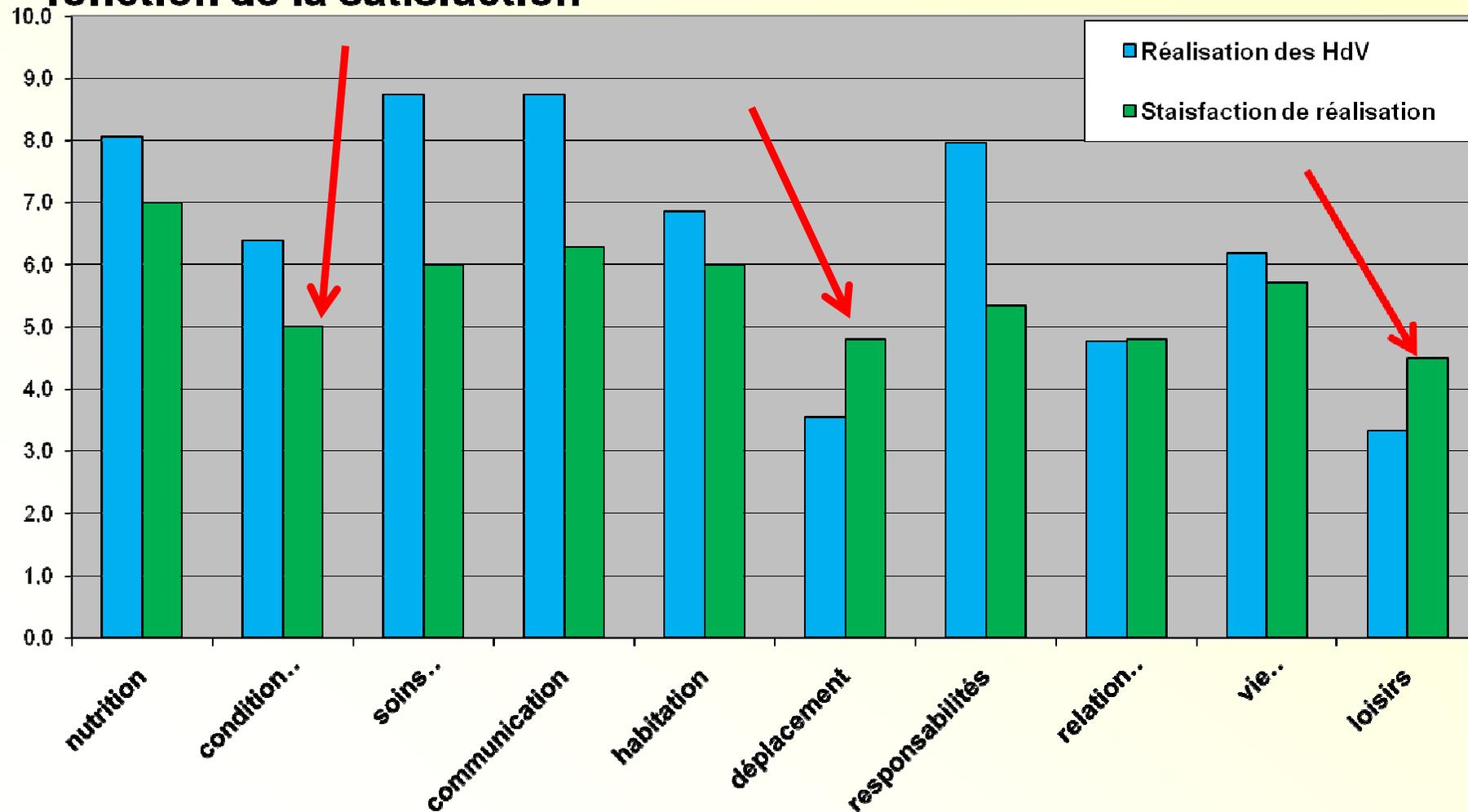
Mesure des habitudes de vie

Niveau de satisfaction



Mesure des habitudes de vie

Comparaison de la réalisation des Habitudes de vie en fonction de la satisfaction



Evaluation fonctionnelle de la main

(Bilan 400 points)

Mesure la **performance** en terme de

- Force de préhension
- De vitesse d'exécution
- De dextérité
- De coordination bi manuelle
- D'harmonie du geste



Globalement, habilité à utiliser ses mains

Evaluation fonctionnelle de la main

(Bilan 400 points)

BILAN 400 POINTS

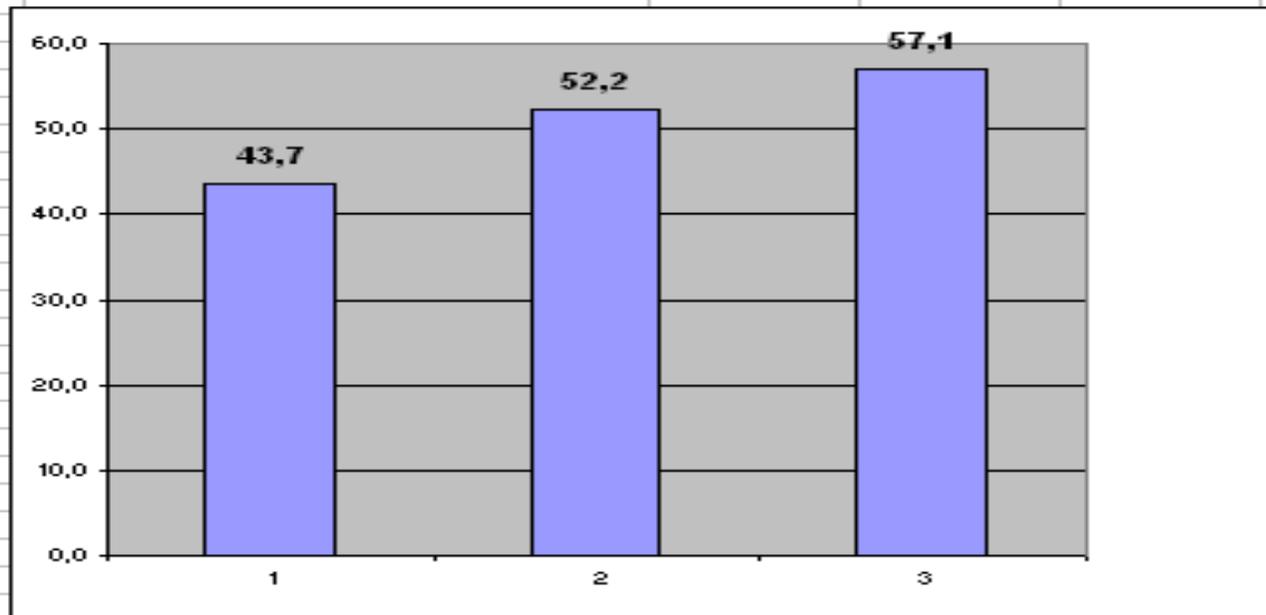
PATIENT :

NOM : X
PRENOM : XX

Main lésée : DROITE

RESULTATS

	Date: 15/06/2010	Date: 10/09/2010	Date: 10/10/2010
MOBILITE DE LA MAIN	48,9	52,2	58,9
FONCTION MONOMANUELLE	45,0	53,3	56,7
FONCTION BIMANUELLE	48,3	58,3	63,3
FORCE - Jamar -	32,4	45	49,7
	174,6	208,9	228,5
	43,7	52,2	57,1



ERASME

Evaluation du comportement gestuel

Ce qui se voit



Ce qui s'entend



Ce qui se touche



Prise en charge Ergothérapeutique de la main douloureuse

La rééducation a pour but d'éviter les enraidissements articulaires.

Le principe de base est d'entretenir la mobilité des articulations sans entraîner de douleurs ni augmenter celle qui existe.



Prise en charge Ergothérapeutique de la main douloureuse

La rééducation est essentiellement basée sur la règle de la « mobilisation dans la non-douleur », et ce le plus précocement possible.

Mobilisations articulaires douces

Orthèses de repos et orthèses dynamiques

Mise en charge active progressive du membre supérieur

Remise en condition physique



Une rééducation sensorielle

Donner du "sens" au mouvement
la perception du geste pour
évaluer et améliorer les troubles
de la fonctionnalité du geste.



Une rééducation sensorielle

Le patient est amené à prendre conscience de ses mouvements pour rééduquer le schéma corporel et la conscience du corps.



Une rééducation sensorielle

Les exercices sont faits dans la lenteur, la globalité et le relâchement.



Une rééducation sensorielle

(Concept Perfetti)

Perfetti et douleur

La douleur est le frein principal de la rééducation en traumatologie.

Comment limiter l'apparition des phénomènes douloureux ?



Une rééducation sensorielle

(Concept Perfetti)

Perfetti et douleur

Trois composantes de la douleur sont dans le champ d'action du concept de Perfetti :

- l'aspect sensitivo-discriminatif,
- l'aspect affectivo-motivationnel
- l'aspect cognitif.

Une rééducation sensorielle

(Concept Perfetti)

Principe de base du concept

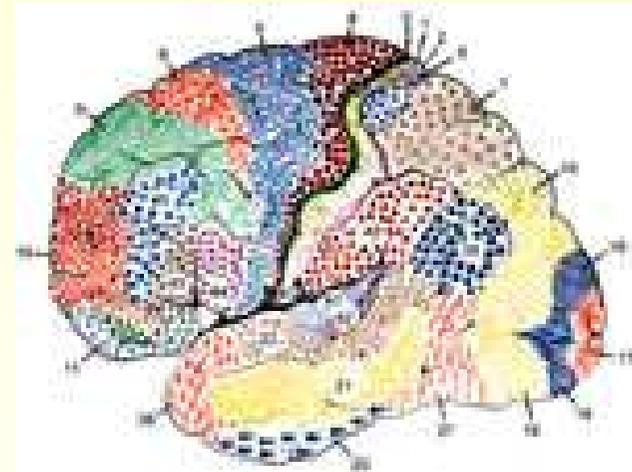
Ce concept est fondé sur le
fonctionnement cognitif
(Carlos Perfetti 1979)



Une rééducation sensorielle

(Concept Perfetti)

Ces exercices cognitifs ont été conçus pour répondre aux problèmes du domaine de la neurologie centrale (notamment l'hémiplégie).



Une rééducation sensorielle

(Concept Perfetti)

En traumatologie, le rééducateur est confronté au quotidien à des problèmes liants :

- sensations d'appréhensions,
- apparitions de phénomènes douloureux,
- pertes de motivation

Une rééducation sensorielle

(Concept Perfetti)

Les processus donnent la capacité d'interagir en lui assignant un sens au mouvement:

- **attention,**
- **mémoire,**
- **langage,**
- **perception,**
- **la résolution de problème**



Le Concept Perfetti

le patient s'interroge, émet des hypothèses sur la perception des objets en les observant

(c'est l'élaboration d'hypothèses perceptives).



Le Concept Perfetti

Il effectue ensuite un contrôle des hypothèses perceptives de départ en touchant les objets, et ainsi donne une réponse au problème posé.



Le concept Perfetti

Motivation

Privilégier l'actif, l'aspect ludique

La mise en place de challenges perceptifs
(intégrés aux exercices cognitifs)

Ce qui donne du sens au traitement proposé et est dans la plupart des cas vécu comme un jeu.

Le Concept Perfetti

TROIS NIVEAU D'EXERCICES

1. PREMIER NIVEAU

Le patient doit effectuer un travail de reconnaissance, les yeux fermés.

C'est le thérapeute qui déplace l'extrémité du membre inférieur ou supérieur sur les éléments de formes proches, mais néanmoins différentes.



Le Concept Perfetti

2. DEUXIEME NIVEAU

A ce stade, il est demandé une contribution motrice élémentaire.

Le patient est aidé par le thérapeute dans le déplacement de son membre.

Les phénomènes d'irradiation et de compensation sont contrôlés.



Le Concept Perfetti



3. TROISIEME NIVEAU

L'intervention du thérapeute se réduit, la coopération du patient augmente.

- Interactions de type tactile
- Interactions de type kinesthésique
- Interactions de type frottement
- Interactions de type pression



Les exercices doivent être parfaitement adaptés à la problématique spécifique du patient.

Concept Perfetti

Exercices sollicitant les modalités tactiles la perception et l'orientation du membre



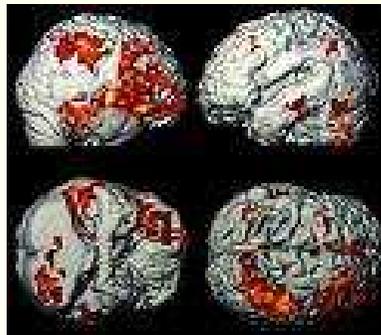
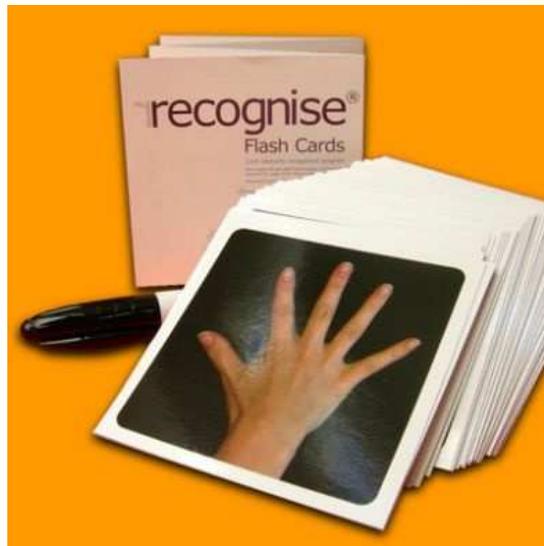
Des études ont mis en évidence des modifications de la représentation du schéma corporel et des représentations corticales d'un membre affecté

De nouvelles stratégies thérapeutiques ont vu le jour



L'imagerie motrice

- Pour donner une bonne « réponse motrice », un mouvement adapté, le cerveau a besoin des informations du corps et de l'environnement.



CUB ULB HOPITAL ERASME

L'imagerie motrice

Pour qui ?

pour les patients avec des douleurs fantômes,
des douleurs de nerfs ou de lésions des
racines nerveuses, CRPS...

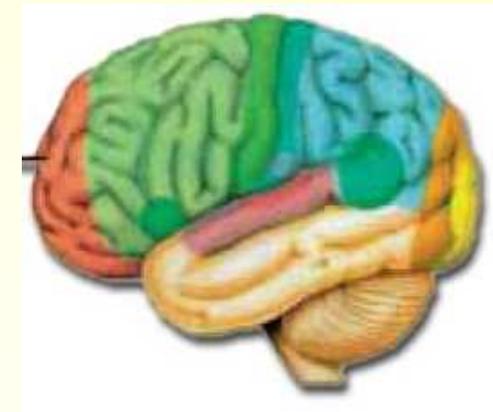


L'imagerie motrice

L'activation des aires corticales de la zone affectée permet une amélioration tant fonctionnelle que symptomatique (1) (2)

(1) Flor H, Denke C, Schaefer M, Grusser S. Effect of sensory discrimination training on cortical reorganisation and phantom limb pain. *Lancet* 2001; 357:1763-4

(2) Liepert J, Bauder H, Wolfgang HR, Miltner WH, Taub E, Weiller C. Treatment-induced cortical reorganisation after stroke in humans. *Stroke* 2000;31:1210-6



L'imagerie motrice

Les travaux scientifiques⁽³⁾^(3') ont observé une diminution des douleurs dans le CRPS lors de la rééducation avec miroir.



(3) McCabe CS, Haigh RC, Ring EF, Halligan PW, Wall PD, Blake DR. A controlled pilot study of the utility of mirror visual feedback in the treatment of complex regional pain syndrome (type1). Rheum 2003;42:97-101

(3') G.L. Moseley, Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial 2004, Pain 108 192–198,

L'imagerie motrice

Une équipe australienne (4) a établi et proposé un protocole comprenant :

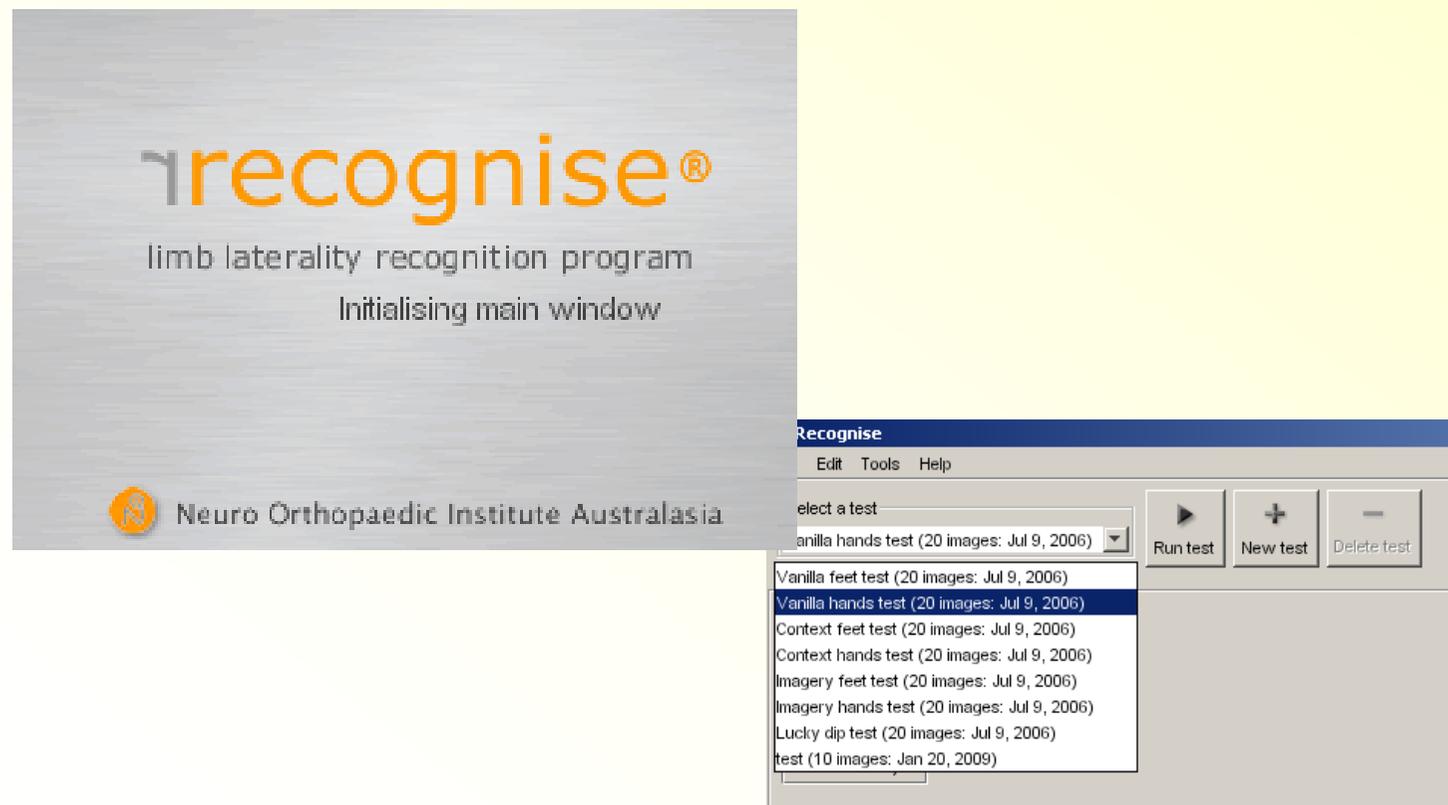
- La reconnaissance de la latéralité de la main
- Imaginer le mouvement de la main atteinte
- La rééducation avec miroir
(avec et sans mobilisation des 2 mains)

(4) Moseley GL. Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome : a randomised controlled trial. Pain 2004;108:192-198



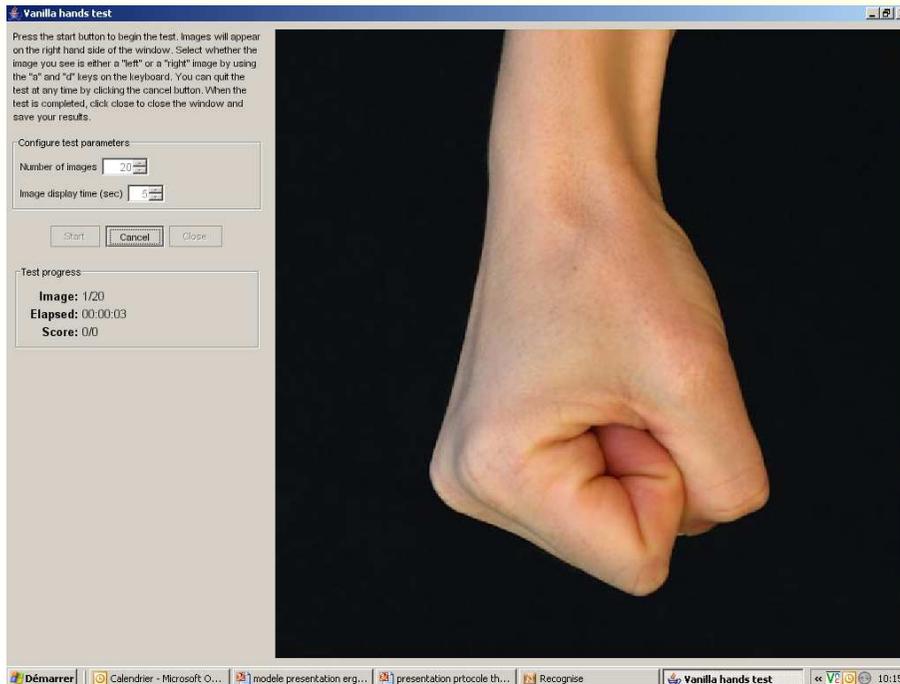
IM : Protocole de Moseley

1. Reconnaissance de la latéralité :



IM : Protocole de Moseley

- test (50 images)
- Entrainement



IM : Protocole de Moseley

Pendant 2 semaines

Minimum 4 à 6 fois/jour
3 répétitions 50 images



IM : Protocole de Moseley

Vanilla hands test

Press the start button to begin the test. Images will appear on the right hand side of the window. Select whether the image you see is either a "left" or a "right" image by using the "a" and "d" keys on the keyboard. You can quit the test at any time by clicking the cancel button. When the test is completed, click close to close the window and save your results.

Configure test parameters

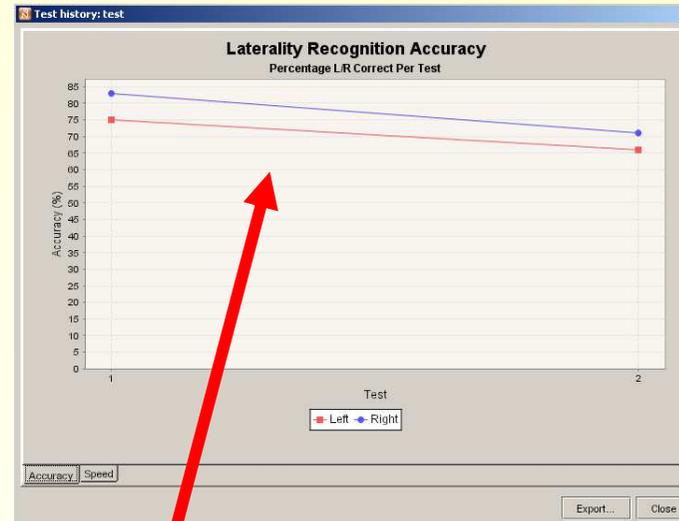
Number of images

Image display time (sec)

Start Cancel Close

Test progress

Image: 20/20
Elapsed: 00:00:32
Score: 16/20 (80%)



Min 82%

1.5 sec

IM : Protocole de Moseley

Entraînement à domicile

(soit par programme, soit par images)

I. Exercices de reconnaissance de la latéralité

5 à 6 fois par jour pendant 2 semaines

- 50 images de mains dans des positions différentes
- déterminer si l'image est une main droite ou une main gauche
- Faire l'exercice 3 fois de suite

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
1							
2							
3							
4							
5							
6							

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
1							
2							
3							
4							
5							
6							



IM : Protocole de Moseley

2. Imagerie mentale de positions :

*5 à 6 fois par jour pendant 2 semaines
20 images de mains dans des positions
différentes*

Imaginer de reproduire la position d'une
photo

Imaginer de maintenir cette position

*l'exercice est répété 3 fois de suite pour chaque
images*



IM : Protocole de Moseley

2. Thérapie par miroir :

- Positions, unilatéral (+/- 10 images)
- Mouvements bimanuel (main, doigts,..)
- Exercices fonctionnels



IM : Protocole de Moseley

- Information du protocole
- Exercices test et contrôle en ambulatoire (1,2 ou 3X/sem)
- Programme d'exercices à domicile
- Journal de bord pour le domicile
- (5à6x/jour, noter les heures(feed-back))

Programme d'exercices d'imagerie mentale

I Exercices de reconnaissance de la latéralité

5 à 6 fois par jour pendant 2 semaines

50 images de mains dans des positions différentes

- déterminer si l'image est une main droite ou une main gauche
- Faire l'exercice 3 fois de suite



	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
--	-------	-------	----------	-------	----------	--------	----------

1							
2							
3							
4							
5							
6							

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
--	-------	-------	----------	-------	----------	--------	----------

1							
2							
3							
4							
5							
6							

IM : Protocole de Moseley

- LA COLLABORATION DU PATIENT
- LA COMPREHENSION
- L'ATTENTION
- LA CONCENTRATION
- Chronique ? Aiguë ?



Entraînement de la sensibilité

RÉÉDUCATION DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

Cette rééducation est une mesure thérapeutique préventive et curative de syndromes douloureux chroniques.

Elle vise à diminuer les sensations désagréables et douloureuses liées à une lésion nerveuse périphérique.

Entraînement de la sensibilité

DÉSENSIBILISATION CLASSIQUE

Elle permet au patient de supporter progressivement des stimuli cutanés plus importants.

Ils sont effectués à l'aide de textures (allant du doux au rugueux) et par pressions légères à plus fortes sur une zone non algique.

Entraînement de la sensibilité tactile

Superficielle

- Vibration
- Pression
- Froid
- Chaleur
- Toucher
 - dynamique
 - Statique
- Stéréognosie



Entraînement de la sensibilité

DÉSENSIBILISATION PAR STIMULATIONS VIBRATOIRES TRANSCUTANÉES (SVT)

A l'aide d'un émetteur de vibrations (réglable en amplitude), appliqué le plus proche du site de la lésion nerveuse.



CUB ULB HOPITAL ERASME

Entraînement de la sensibilité

DÉSENSIBILISATION PAR STIMULATIONS VIBRATOIRES TRANSCUTANÉES (SVT)

Le traitement consiste à obtenir un effet inhibiteur de la douleur en stimulant préférentiellement les récepteurs tactiles au détriment des nocicepteurs.

Indications :

- désensibilisation de cicatrice névromateuse,
- désensibilisation de névrome,
- CRPS II

Entraînement de la sensibilité

RÉÉDUCATION SENSITIVE (*)

Elle vise à réapprendre au patient à distinguer des sensations bizarres de sensations normales au moyen d'exercices appropriés.

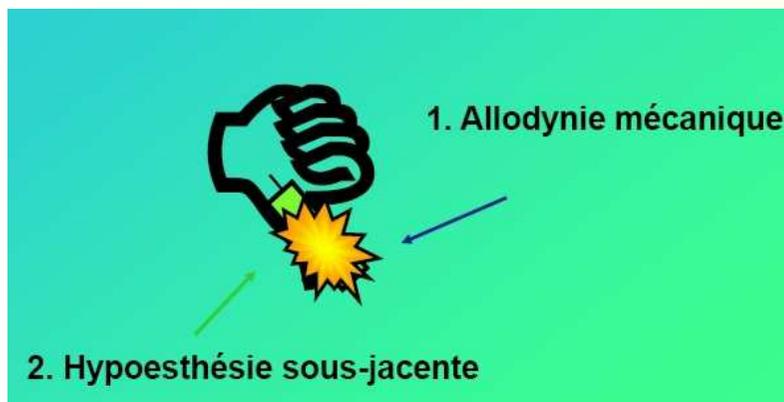
Cette rééducation de la sensibilité diminue grandement le risque de complications sensibles douloureuses.

(*) Manuel de rééducation sensitive du corps humain, Claude Spicher, *Médecine et Hygiène*, 2003

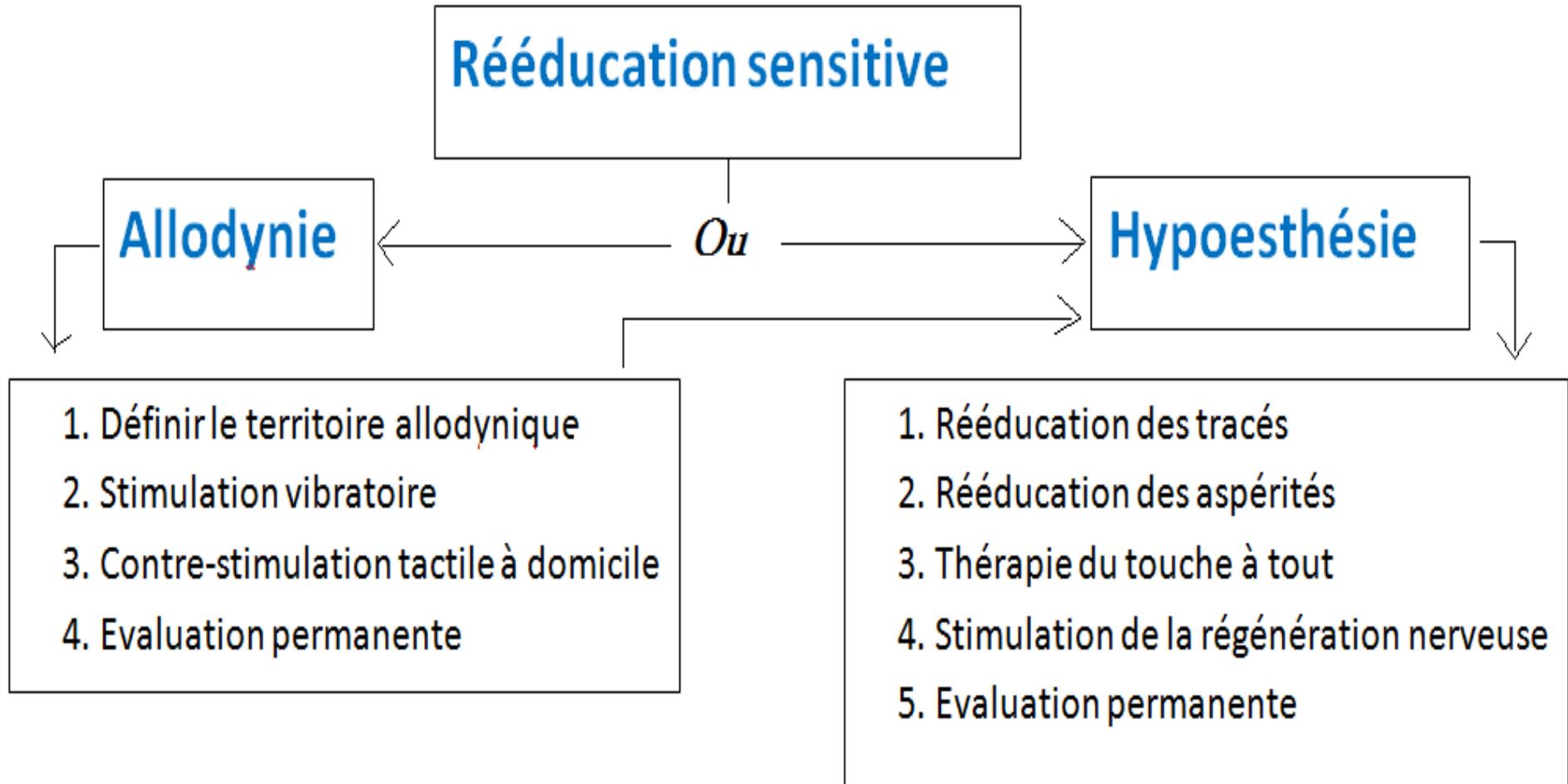
Rééducation sensitive

La **rééducation sensitive de la douleur** est une méthode qui a pour but de diminuer l'hypoesthésie sous-jacente pour diminuer les douleurs neuropathiques

En diminuant de discrètes hypoesthésies cutanées



Rééducation sensitive



Rééducation sensitive

Allodynie

Définir le territoire allodynique

Séance après séance, le thérapeute va cartographier la zone de douleur.

Le patient va voir régresser ce territoire allodynique.

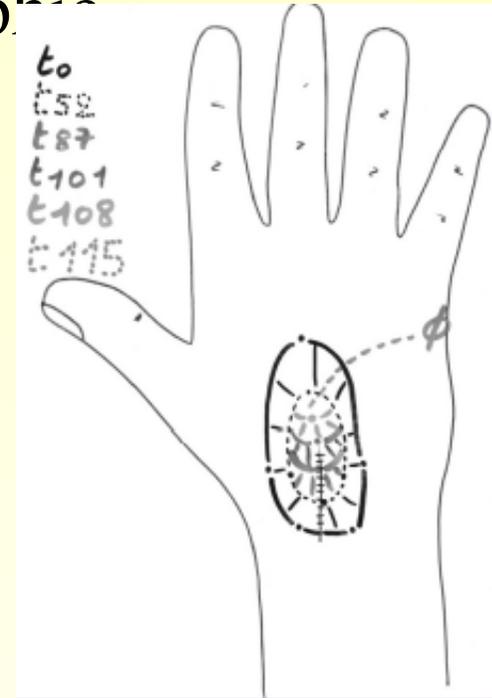
Rééducation sensitive

- Cartographier la douleur: allodynographie

10/2002

TERRITOIRE ALLODYNIQUE

- **L'importance du stimulus: 15 gr**
- **L'intensité de la douleur perçue**
- **Le site d'application du stimulus**
- **EVA 3/10**



*Allodynographie à 15 grammes de la
branche cutanée palmaire, du nerf médian*

Rééducation sensitive

Allodynie

Stimulation vibratoire sur un territoire voisin (*Vibralgic*)

Contre-stimulation tactile à domicile sur un territoire voisin
(*toucher avec des tissus agréables*)

Rééducation sensitive

Allodynie

Réapprendre progressivement au patient à percevoir un stimulus confortable de manière non-nociceptive sur un territoire de plus en plus étendu.

Rééducation sensitive

Hypoesthésie

Définir le territoire hypoesthésique

Le thérapeute va cartographier
la zone hyposensible.

Le patient va pouvoir voir régresser ce territoire.

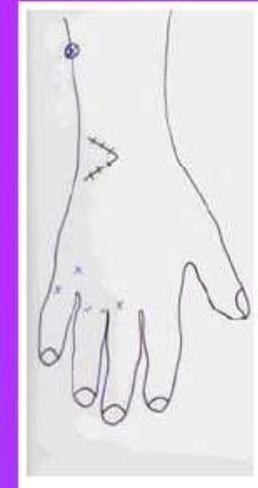
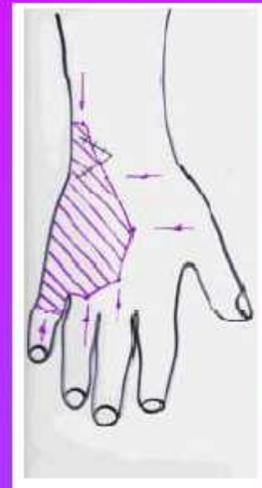
C'est l'esthésiographie (0,4 gr pour la main)

Évaluation sensibilité

- Cartographier la sensibilité tactile
- Esthésiomètre 0,4 ou 0,7 Gr



LOCALISATIONS



Main

Branche dorsale du nerf ulnaire

Rééducation sensitive

Hypoesthésie

- Rééducation des tracés
- Rééducation des aspérités
- Thérapie du touche à tout
- Stimulation vibratoire

En séance et à domicile...

En conclusion

- aider la personne douloureuse à déterminer quelles activités ou quelles comportements a adopter pour diminuer la douleur
- enseigner les astuces pour diminuer la sensibilité et l'intensité de la douleur

En conclusion

- aider les patients à devenir plus fonctionnelles dans les activités quotidiennes
- introduire un mode de vie fondé sur de nouveaux automatismes

Recherche de l'autonomie et de l'indépendance



CUB ULB HOPITAL ERASME

Merci de votre

attention



CUB ULB HOPITAL ERASME

SIGNORINO P

**Chef de service
Ergothérapie**