

6.2a Soins des épaules

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus :
www.strokebestpractices.ca/resources/professional-resources/tacIs

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Jusqu'à 72 % des personnes ayant subi un AVC auront des douleurs à l'épaule, ce qui entraîne dans certains cas une dépression, de l'insomnie ou une qualité de vie réduite.
- Généralement, au cours des premiers stades du rétablissement après un AVC, le bras est à un stade de flaccidité du rétablissement (tonus musculaire affaibli); un bras aux réflexes toniques élevés (spasticité) se produit souvent aux stades ultérieurs du rétablissement, même s'il se manifeste parfois avant le congé de l'hôpital.
- Il est essentiel de connaître les bonnes techniques et stratégies de manipulation d'un membre supérieur sur lequel l'AVC a eu une incidence afin d'éviter les lésions, la douleur et la perte de fonctionnement, surtout dans la région de l'épaule. Consultez un ergothérapeute et un physiothérapeute au sujet des stratégies de positionnement qu'il convient d'utiliser.
- N'effectuez **JAMAIS** d'exercices visant l'épaule atteinte, sauf si le physiothérapeute ou l'ergothérapeute vous l'ont recommandé et vous ont expliqué la bonne technique.

Tonus faible (flaccidité) pendant les premiers stades du rétablissement

- Un bras flasque ou avec un tonus faible donne l'impression d'être mou et lourd.
- Le risque de blessure d'une épaule atteinte (après un AVC) est plus élevé que celui d'une épaule intacte. En raison du grand nombre d'os et d'attaches musculaires ainsi que de l'influence de la gravité, elle n'est pas aussi stable que les autres articulations. Elle est donc exposée à un risque accru de complications comme une subluxation liée à une faiblesse musculaire ou une douleur liée à un impact.
- Les muscles atteints après un AVC cessent parfois de maintenir l'alignement du complexe de l'épaule. Un mauvais alignement a une incidence sur le mouvement et risque de causer une douleur.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Une manipulation incorrecte du bras ayant un faible tonus risque de causer d'autres lésions du bras et de l'épaule, de causer de la douleur et une perte de fonctionnement. Il est possible de prévenir ces problèmes par des soins adéquats.
- Il convient d'utiliser des stratégies de protection des articulations pendant les stades précoces et de flaccidité du rétablissement, afin de prévenir ou de réduire la blessure et la douleur à l'épaule.
- **Ne tirez JAMAIS sur le bras atteint.**
- Il ne faut pas bouger l'épaule atteinte **de façon passive au-delà d'une amplitude de 90 degrés.**
- **Consultez l'ergothérapeute et le physiothérapeute pour connaître des stratégies de positionnement et de soutien du bras atteint.**
- Positionnez et soutenez le bras ayant un tonus faible pendant le repos, lorsque la personne est assise ou au lit. Par exemple, vous pouvez utiliser des oreillers dans le lit et des coussins plus une table/tablette réglable lorsque la personne est assise sur une chaise. Si vous utilisez une table, consultez l'ergothérapeute pour vous assurer qu'elle est à la bonne hauteur.
- Protégez le bras et offrez-lui un appui lors de l'utilisation d'un fauteuil roulant, par exemple, avec un plateau, un appui-bras ou un oreiller (consultez l'ergothérapeute pour mettre en place un appui adéquat).
- Protégez le bras atteint et offrez-lui un appui lorsque la personne est debout, marche, pendant les transferts et pendant les soins personnels (p. ex., s'habiller, se laver, changer de position).
- L'utilisation de harnais est déconseillée, sauf pendant le stade de flaccidité du bras.
- **N'UTILISEZ un harnais que** si un ergothérapeute ou un physiothérapeute le recommande; suivez le plan de soins en vigueur.
- Retirez le harnais lorsque la personne se repose, au lit ou dans un fauteuil. Assurez-vous que le bras atteint a un bon appui.
- Suivez les protocoles du site et/ou les affiches de positionnement propres aux lits et aux fauteuils, s'il y en a. Ressources offertes prochainement sur www.pratiquessoptimalesAVC.ca.

Tonus élevé (spasticité) aux stades ultérieurs du rétablissement

- Un tonus élevé lorsqu'un bras est atteint de spasticité donne une sensation de raideur et est difficile à bouger en respectant l'amplitude normale.
- L'augmentation du tonus se produit généralement au niveau des muscles fléchisseurs et risque d'entraîner une traction du bras vers la poitrine et des doigts qui se serrent pour former un poing.

- La spasticité est parfois douloureuse et risque de nuire au rétablissement fonctionnel. Il y a un risque de contracture, de rupture de l'épiderme et de diminution de la qualité de vie sans une prise en charge adéquate de la spasticité.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Assurez l'appui du bras conformément aux conseils de l'ergothérapeute et du physiothérapeute; utilisez tous les équipements et stratégies de positionnement recommandés.
- La spasticité complique dans certains cas la prestation des soins. La personne ayant subi un AVC qui bouge son bras pour se laver ou s'habiller trouve parfois le mouvement difficile et douloureux. Un ergothérapeute est à même de fournir des stratégies pour aider la personne à effectuer ces activités de la vie quotidienne.
- Ne forcez jamais un bras ou une main atteints de spasticité. Un mouvement doux et lent est important.
- Le physiothérapeute et l'ergothérapeute recommanderont des exercices d'amplitude des mouvements, des étirements, des appuis et des méthodes de positionnement et de gestion de la douleur pour prendre en charge un membre supérieur atteint d'une augmentation du tonus. Suivez le plan dans ses moindres détails et demandez une démonstration au physiothérapeute ou à l'ergothérapeute au besoin.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins. Pour toute question ou préoccupation relative aux soins des membres supérieurs après un AVC, consultez l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, sections 5.2 et 5.3
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Soins des épaules**
3. **Pour des exemples de stratégies de positionnement, voir les pages 33 et 34 :** Semenکو, B., Thalman, L., Ewert, E., Delorme, R., Hui, S., Flett, H. and Lavoie, N. (2017). An Evidence Based Occupational Therapy Toolkit for Assessment and Treatment of the Upper Extremity Post Stroke. [PDF] à l'adresse : professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/occupational-therapy/files/UpperExtremityToolkit2017.pdf.

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.