



Design de l'Etude sur l'Efficacité des orthèses de réalignement

Cette étude se déroule actuellement à Genève. Le protocole a été accepté en janvier 2000 par la commission d'éthique de la recherche clinique du département des neurosciences cliniques de l'hôpital cantonal des Hôpitaux universitaires de Genève et porte le numéro 99/115.

Responsables de l'étude

E. BÜRGE: Physiothérapeute Enseignante à l'Ecole de Physiothérapeutes de Genève - Instructrice Bobath IBITAH, F.L.B., Klein-Vogelbach

D. KUPPER: Ergothérapeute-cheffe, Clinique de Rééducation, Hôpital Cantonal de Genève

En collaboration avec:

- Professeur SCHNIDER, médecin chef de la clinique de rééducation, Hôpital Cantonal de Genève.
- Equipe pluridisciplinaire de la clinique de rééducation.

L'Hypothèse posée

Nous faisons l'hypothèse que dans les différents stades de la prise en charge d'un patient hémiparétique, les orthèses de réalignement du poignet sont un moyen efficace pour prévenir ou diminuer de manière quantifiable les conséquences directes des troubles du tonus musculaire.

Pour vérifier cette hypothèse nous aimerions faire une étude portant sur la valeur préventive et la valeur thérapeutique des orthèses de réalignement du poignet et de la main. Nous aimerions quantifier les effets sur la douleur et l'œdème, les résultats fonctionnels obtenus, ainsi que connaître le degré de satisfaction des patients grâce à l'évaluation comportant les éléments décrits ci-dessous.

A notre connaissance ce type d'orthèse n'a pas fait l'objet d'une étude. Il nous semble important à l'heure actuelle, où la loi sur la LaMal impose un contrôle de qualité, de pouvoir objectiver les effets de nos actes d'une manière moins empirique. Et ceci particulièrement lorsqu'il s'agit de confection d'orthèses, car ces techniques demandent un investissement matériel ainsi qu'une formation spécifique des thérapeutes.

Etat de la question

Les rééducateurs réalisent souvent un positionnement de la main ou du poignet dans une orthèse. L'objectif visé est de lutter contre le déséquilibre musculaire, conséquence directe des troubles du tonus musculaire. Ces orthèses sont quelquefois dynamiques mais le plus souvent statiques, elles ont des formes diverses, immobilisant tantôt le poignet, tantôt les doigts, tantôt l'ensemble poignet-doigts. La majorité des orthèses proposées n'ont cependant pas l'effet escompté, à l'exception des orthèses de réalignement, mises au point par K. Levit et S. Ryerson. Nous avons analysé les différentes orthèses utilisées pour comprendre leurs limites. Ces orthèses sont souvent moulées avec une correction très ambitieuse étirant les muscles hypertones. Une telle correction nécessite une préparation préalable de la main, pour que l'orthèse puisse être placée correctement. De plus, la plupart de ces orthèses ne tiennent que peu compte de l'alignement du poignet (position en rectitude) et n'apportent en général pas de soutien des arches de la main. De même les thérapeutes craignent souvent tout contact dans la paume hémiparétique, alors envisagé comme source d'augmentation de la spasticité, et sous-estiment de ce fait l'importance du soutien de ces arches. Elles sont souvent une entrave à toute fonction de la main. Le poids de ces orthèses est souvent source d'un inconfort majeur. Ce poids varie entre 70gr et 250grs, alors que le poids d'une main d'un homme de 60kg est de 500gr.

Les orthèses de réalignement (OR) par contre sont moulées de façon à donner des informations articulaires correctes et respectent les données biomécaniques.

On en distingue 2 types principaux :

- L'orthèse palmaire de réalignement (OPR)
- L'orthèse cubitale de réalignement (OCR)

Elles sont toutes moulées avec des thermoplastiques se travaillant à basse température. On choisit de préférence un matériel léger avec une résistance à l'étirement modérée et un excellent indice de conformabilité permettant d'obtenir un moulage épousant intimement les reliefs de la paume de la main. Les orthèses doivent être légères (moins de 100 grammes).

Ces orthèses sont moulées en plaçant l'ensemble du membre supérieur dans des conditions biomécaniques favorables. Aucune correction ambitieuse des articulations distales n'est cependant réalisée. De nouveaux moulages seront effectués au fur et à mesure des changements obtenus (diminution de l'œdème, régulation du tonus,....).

Une première étude clinique pilote a été réalisée auprès de 20 patients hémiparétiques présentant une flexion palmaire et une déviation cubitale du poignet. Ces patients ont été investigués avant et 3 semaines après le port d'une orthèse cubitale de réalignement. Cette étude pilote a permis de vérifier notre hypothèse concernant les critères auxquels une orthèse de poignet doit répondre pour être efficace dans la rééducation d'un patient hémiparétique.

Ces critères sont:

- Donner une information articulaire correcte : l'avant-bras et la main alignés (le troisième doigt dans le prolongement de l'axe longitudinal de l'avant-bras) et le poignet maintenu en position fonctionnelle (0° d'extension, 0° d'inclinaison radiale et cubitale).
- Au niveau distal, l'orthèse doit soutenir les arches principales de la main, en particulier celle passant par le troisième doigt mais laisser libre l'arche d'opposition entre le pouce et l'index.
- Garantir une vascularisation correcte grâce au maintien dans la position fonctionnelle
- Transmettre une information sensorielle optimale de type circulaire, mais avec un écran sensoriel dans la paume de la main le plus restreint possible en particulier si le patient a un début de fonction motrice.
- Permettre l'utilisation fonctionnelle de la main.
- Peser moins de 70 grammes.
- Être confortable, facile à mettre et à enlever.

En respectant ces critères, nous avons constaté que l'orthèse cubitale de réalignement contribue à l'amélioration du membre supérieur plégique sur le plan moteur et perceptif. Quatorze patients ont remarqué des changements positifs liés au port de l'orthèse. Ils signalent une main plus droite, plus souple, confirmant l'efficacité de l'orthèse sur les troubles du tonus musculaire. Certains mentionnent une augmentation de l'attention portée à leur main par eux-mêmes et par leur entourage, ainsi que l'effet de protection nocturne fourni par l'orthèse. Ces constatations permettent de penser que l'OCR est également efficace pour éviter les mauvaises manipulations ou les positions involontaires mettant la main dans une situation pouvant être source de douleurs d'où l'indication d'un port nocturne de l'orthèse.

Le port de l'OCR permet également de diminuer les problèmes d'œdème de la main et de douleurs du poignet au repos. Moins d'un tiers des patients étaient concernés par ce type de problèmes. La mise en place d'une OCR a permis, en moins de 3 semaines, à raison d'une durée moyenne de 9 heures de port journalier, de résoudre presque totalement ces deux complications.

Cette orthèse doit être en outre considérée comme un outil supplémentaire pour la rééducation. Nous avons constaté qu'elle ne gênait pas l'utilisation fonctionnelle de la main. Pour ces raisons, nous avons encouragé les patients à porter l'orthèse selon leur convenance, en particulier lorsqu'ils avaient un début de fonction motrice de la main et nous avons proposé aux thérapeutes de faire une partie de la stimulation de la fonction du membre supérieur sous couvert de l'orthèse. Ainsi le thérapeute n'est plus confronté au problème du manque de stabilisation active du poignet en position neutre et en pronation moyenne. L'orthèse supplée également à l'insuffisance dans la capacité de construire activement les arches de la main.

Eléments de l'évaluation

- une anamnèse
- une fiche de suivi de l'orthèse

- un questionnaire
- une évaluation objective des fonctions motrices par l'échelle de Fugl Meyer
- une évaluation de la sensibilité profonde et de la sensibilité superficielle
- une évaluation de la capacité fonctionnelle de la main par le Jebsen test
- une évaluation de la force de préhension à l'aide du JAMAR
- une évaluation de l'œdème par volumètre
- une évaluation de l'équilibre et de la marche par l'intermédiaire du test "Get up and go"
- une fiche d'évaluation de l'orthèse portée le jour du bilan.
- des prises de vues des deux mains

Déroulement de l'étude

C'est une étude randomisée, mais non à double insu, aucun placebo n'étant applicable dans ce cas. Pour ce faire, les patients sont tirés au sort. En fonction de l'ancienneté de la pathologie, deux sous groupes de patients présentant une hémiplégié avec une atteinte du membre supérieur sont constitués:

- ➔ **Groupe R**, groupe constitué de patients présentant une hémiplégié avec atteinte distale du membre supérieur, depuis moins de 3 semaines. Ce groupe sera composé des deux sous groupes suivants:
 - le groupe RA, groupe constitué de patients qui seront traités de manière conventionnelle et auxquels les ergothérapeutes en fonction de l'évolution de la pathologie confectionneront en plus une ou plusieurs orthèses de réalignement.
 - le groupe RS, groupe constitué de patients qui ne bénéficieront que de traitements conventionnels.
- ➔ **Groupe C**, groupe constitué de patients présentant une hémiplégié avec atteinte distale du membre supérieur, depuis plus de 3 semaines. Ce groupe sera composé des deux sous groupes suivants:
 - le groupe CA, groupe constitué de patients qui seront traités de manière conventionnelle et auxquels les ergothérapeutes en fonction de l'évolution de la pathologie confectionneront en plus une ou plusieurs orthèses de réalignement.
 - le groupe CS, groupe constitué de patients qui ne bénéficieront que de traitements conventionnels.

Tous les patients sont évalués à 3 reprises:

- au moment de leur inclusion
- au cours de la quatrième semaine
- au cours de la treizième semaine

Les paramètres évalués concernent l'influence de l'orthèse sur:

- la douleur
- l'œdème
- la position articulaire du poignet et de la main
- la fonction du membre supérieur
- la force musculaire
- la marche et l'équilibre

L'étude se déroule sur une durée de 15 à 24 mois, à l'Hôpital Cantonal de Genève, dans la clinique de Rééducation. Nous aimerions obtenir un collectif de 30 personnes pour le groupe R et 30 personnes pour le groupe C. Les patients seront pour la majorité des patients hospitalisés ou suivis par la consultation ambulatoire de la clinique de rééducation. Quelques cas viendront également des autres services de l'hôpital cantonal.

Partenaires, Réseau

- pour la prise en charge et le suivi des patients:
l'équipe pluridisciplinaire de la clinique de rééducation (ergothérapeutes, médecins, personnel soignant et physiothérapeutes).
- pour aider à la planification de l'étude:
le Professeur Schnider, le Dr. A Perrier, et M.Kupper (traitement statistiques des données).

Patients qui seront inclus

Critères d'inclusion pour les patients des groupes R.

- Patients présentant une hémiplégié depuis moins de 3 semaines avec atteinte distale du membre supérieur, quelle que soit l'origine de l'hémiplégié.

Critères d'inclusion pour les patients des groupes C.

- Patients présentant une hémiplégié depuis plus de 3 semaines avec atteinte distale du membre supérieur, quel que soit l'origine de l'hémiplégié.

Critères d'exclusion pour les deux groupes

- Atteinte associée de type rhumatologique ou traumatique entraînant des déformations du poignet et/ ou des doigts (y compris le pouce).
- Atteinte associée du système nerveux périphérique
- Lymphoedème post ablation des ganglions ou suite à une maladie ou un traitement touchant le système nerveux autonome
- Mouvements involontaires touchant la partie distale du membre supérieur de type choréiforme, athétosique ou ballistique.
- Patient ayant déjà porté une orthèse de réalignement.
- Patients souffrant d'une hémiplégié avec des troubles sévères du langage et de la compréhension.



<p>Critères d'une orthèse de réalignement.</p>	<p><i>Efficacité des orthèses de réalignement</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respecter la position fonctionnelle du poignet.</i> • <i>Soutenir les arches de la main.</i> • <i>Assurer la stabilité</i> • <i>Permettre une fonction vasculaire optimum</i> • <i>Transmettre une information sensorielle favorable.</i> • <i>Provoquer un faible écran sensoriel.</i> • <i>Être la plus légère possible.</i> 	<p>Nous faisons l'hypothèse que dans les différents stades de la prise en charge d'un patient hémiparétique ou hémiparétique les orthèses de réalignement du poignet sont un moyen efficace pour prévenir ou diminuer de manière quantifiable les conséquences directes des troubles du tonus musculaire.</p> <p>Pour vérifier cette hypothèse nous faisons une étude portant sur la valeur préventive et la valeur thérapeutique des orthèses de réalignement du poignet et de la main. Nous allons quantifier les effets sur la douleur et l'œdème, les résultats fonctionnels obtenus, ainsi que connaître le degré de satisfaction des patients.</p> <p>Déroulement de l'étude</p> <p>C'est une étude randomisée, mais non à double insu, aucun placebo n'étant applicable dans ce cas. Pour ce faire, les patients qui accepteront de faire partie de cette étude tireront au sort, à l'issu du bilan initial un numéro qui déterminera s'ils bénéficieront ou non de la</p>	<p>technique évaluée.</p> <p>Nous allons constituer, en fonction de l'ancienneté de la pathologie, deux groupes de patients présentant une hémiparésie avec une atteinte du membre supérieur. Tous les patients seront évalués à 3 reprises:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ au moment de leur inclusion ➤ au cours de la quatrième semaine ➤ au cours de la treizième semaine. <div data-bbox="1046 1003 1390 1256" style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;"><i>Position en flexion palmaire du poignet et effacement des arches de la main.</i></p>
<p>Les paramètres évalués concernent l'influence de l'orthèse sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la douleur ➤ l'œdème ➤ la position articulaire du poignet et de la main ➤ la fonction du membre supérieur ➤ la force musculaire ➤ la marche et l'équilibre 	<p>Nous sommes atteignable aux numéros suivants:</p> <p>E. Bürge: 022/320 57 03</p> <p>D. Kupper: 022/382 36 28</p> <p>Vous pouvez à tout moment consulter l'ensemble du protocole ou suivre une partie du bilan.</p>	<p>Bibliographie recommandée:</p> <p>Bürge E., Kupper D., <i>Intérêts et limites de l'orthèse cubitale de réalignement dans la rééducation du patient hémiparétique: Le point de vue des patients et des thérapeutes.</i> 1999, Physiothérapie, Fédération suisse des physiothérapeutes, 8, 24 -29.</p> <p>Gerber M., <i>Réadaptation fonctionnelle de la main hémiparétique d'après le concept Bobath actuel</i> 1999, Journal d'Ergothérapie, 21, 2, 76-81, Masson, Paris.</p>



Le test « Get up and Go »

Le test consiste à chronométrer une personne alors qu'elle se lève d'une chaise avec accoudoirs (hauteur de siège 47cm), qu'elle parcourt une distance de 3 mètres, fait demi tour sans s'appuyer contre le mur et revient vers la chaise, tourne autour d'elle et se rassied en reprenant appui contre le dossier.

Le sujet a droit à un essai. Il peut prendre appui sur les accoudoirs pour se lever et utiliser les moyens auxiliaires auxquels il est habitué pour marcher.

Les paramètres évalués sont:

- Temps en secondes
- Nombre de pas
- Rythme
- Longueur des pas
- Lenteur inappropriée
- Hésitations
- Mouvements anormaux du tronc
- Mouvements anormaux des membres
- Marche chancelante
- Trébuchements

Dans cette étude, les patients porteurs d'orthèse font le test une fois sans orthèse puis une fois avec.

Efficacité des orthèses de réalignement

Quel lien entre le test « Get up and go » et l'orthèse de réalignement de la partie distale du membre supérieur

Le test « get up and go » est généralement utilisé pour évaluer les capacités de marche et d'équilibre d'une personne âgée. Il est validé et normé. Il permet de documenter l'évolution d'une personne et de se prononcer sur son indépendance dans sa possibilité de marcher à l'extérieur. C'est un test fréquemment utilisé en neurologie.

Pourquoi utiliser un tel test dans une étude portant sur l'évaluation des orthèses de réalignement utilisées comme moyen de traitement pour prévenir ou diminuer de manière quantifiable les conséquences directes des troubles du tonus musculaire?

Nous aimerions quantifier les effets de cette orthèse sur différents paramètres en particulier l'influence d'un bon positionnement de la main et du poignet sur le coude et l'épaule permettant ainsi une meilleure intégration du membre supérieur dans le changement de position assis –debout, la station debout et la marche.

C'est cette réflexion qui nous a incité à utiliser le test « get up and go ». Nous avons complété les critères d'évaluation du test standardisé par une appréciation de la position du coude parétique pendant la marche.

A ce jour nous n'avons qu'un nombre restreint de patients ayant une récupération suffisante pour que ce test soit effectué. Nous ne pouvons donc pas encore apporter d'éléments chiffrés.

Nous sommes atteignable aux numéros suivants:

E. Bürge: 022/320 57 03

D. Kupper: 022/382 36 28

Vous pouvez à tout moment consulter l'ensemble du protocole ou suivre une partie du bilan.

Bibliographie recommandé:

S. Mathias, U.S.L. Nayak PhD, B.Isaacs MD: *Balance in Elderly Patients: The »Get-up and Go »Test*

C.Brasseur, S. Meignan-Debray, A.C. Ribemont-Goby: *Test du lever-marcher, intérêt et limites chez les personnes âgées en hôpital gériatrique*

J. Vaillant: *Vieillesse et tests d'équilibre* Kinésicentifique n°407, janvier 2001.



Les bilans utilisés dans cette étude

Une anamnèse et une fiche de suivi des orthèses

Une fiche d'évaluation des orthèses (cf. ci-contre)

une évaluation de l'équilibre et de la marche : test "Get up and go"

une évaluation objective des fonctions motrices : échelle de Fugl Meyer

une évaluation de la sensibilité profonde et superficielle

une évaluation de la capacité fonctionnelle de la main : Jebsen test

une évaluation de la force de préhension

une évaluation de l'œdème par volumètre

Efficacité des orthèses de réalignement

Nous avons inclus à ce jour 5 patients (2 femmes et 3 hommes). Ils ont tous une atteinte qui date de plus de 3 semaines.

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques de ce groupe de patients.

Les résultats aux tests de Fugl-Meyer montrent que les 5 patients souffrent d'une hémiparésie entraînant un déficit majeur du contrôle moteur de leur membre supérieur. Seule, une personne n'a pas de troubles de sensibilité.

Le test « get up and go » a pu être effectué par 4 patients. Le test de force musculaire n'a par contre pu être fait qu'avec un seul patient.

La totalité de ce groupe n'a pu faire le Jebsen test.

N°	Sexe	Évaluation M. sup	Évaluation M. inf	Évaluation sens. Sup.	Évaluation sens. prof.	Get up and go	Jebsen test	Mesure force préhension
		max.66	max.34	max.18	max.12			
1	1	11	16	0	6	oui	non	9,3kg
2	1	11	17	18	12	oui	non	0
3	2	7	18	0	11	non	non	0
4	1	4	25	15	12	oui	non	0
5	2	4	18	0	0	oui	non	0

Un questionnaire ayant pour objectif d'avoir l'avis des patients sur

- La perception de leur membre supérieur
- La perception de la douleur
- De l'œdème
- L'appréciation des patients pour lesquels une orthèse a été confectionnée concernant les changements perçus avec le port de l'orthèse
- La durée de temps de port de l'orthèse

Pourquoi une fiche d'évaluation des orthèses ?

Lors de l'étude pilote, nous avons remarqué que l'efficacité des orthèses de réalignement dépendait aussi de la qualité du moulage de l'orthèse.

C'est la raison pour laquelle, à l'issue du second et du troisième bilan, nous remplissons une fiche d'évaluation de l'orthèse portée par le patient le jour du bilan.

Nous sommes atteignable aux numéros suivants:

E. Bürge: 022/320 57 03

D. Kupper: 022/382 36 28

Vous pouvez à tout moment consulter l'ensemble du protocole ou suivre une partie du bilan.

Les critères vérifiés sont:

- Respect alignement 3^{ème} doigt
 - Moulage de l'arche carpienne
 - Moulage de l'arche métacarpienne
 - Liberté de l'arche d'opposition
 - Liberté des articulations métacarpophalangiennes
 - Le nombre d'attaches velcro
 - Poids de l'orthèse
 - Degré de flexion.- extension du poignet
 - Ajustage de l'orthèse
- Présence de points d'appui

Bibliographie recommandée:

BROSSEAU L. *Présentation de l'évaluation sensori-motrice de l'hémiplégique selon l'approche de Brunnstrom: Une analyse bibliographique*
Journal de réadapt. et méd., 1996, 16 n°4 p.162-168



La mesure de l'œdème par la méthode du volumètre

Elle permet la mesure de l'œdème par le déplacement d'un fluide. On immerge doucement la main dans le volumètre jusqu'à ce que l'annulaire et le majeur enjambent la tige. L'eau doit être tiède. L'eau va déborder dans le bac de réception. L'eau de ce récipient sera ensuite versée dans le cylindre métrique et la mesure obtenue servira de référence.

Le positionnement normal est l'avant- bras en pronation, le pouce tourné vers le trop-plein. Quand la condition de la main du patient nécessite une variation de cette position ; il est nécessaire de prendre des repères, de sorte que le patient prenne la même position à chaque fois afin d'obtenir une mesure cohérente.

La mesure de l'œdème sera faite à trois reprises et la moyenne sera retenue.

L'heure à laquelle le test est effectué le premier jour sera noté de telle sorte à refaire ce test toujours à la même heure pour la seconde et la troisième évaluation.

Efficacité des orthèses de réalignement

Dans cette étude nous avons évalué l'œdème de 3 manières différentes:

- par la méthode du **volumètre** .
- par une **appréciation subjective du patient** en posant à chaque bilan la question suivante: Votre main est elle enflée?
 oui
 non
- Sur une échelle de 0 (aucune enflure) à 10 (enflure maximum), pouvez vous donner une note à cet œdème?
- par **notre appréciation subjective**.

D'après la littérature, avec la méthode du volumètre un écart de volume de 10% entre les deux membres supérieurs est considéré comme un œdème discret.

Un premier dépouillement nous montre des contradictions entre les 3 types d'évaluations effectués.

Dans nos résultats avec le volumètre les écarts de mesure entre les deux membres supérieurs sont souvent supérieurs à 10%, sans pour autant que notre appréciation soit positive sur la présence d'un œdème.

Quelle est la part due à la plégie et quelle est la part due à la difficulté d'utiliser le volumètre avec un membre supérieur parétique (difficultés d'enjamber la tige du récipient) ?

Ne devrait on pas plutôt comparer les chiffres des bilans successifs du membre atteint sans utiliser le membre sain comme référence ?

Est il judicieux d'utiliser le volumètre pour mesurer un œdème de la main dans une atteinte neurologique?

Nous sommes atteignable aux numéros suivants:

E. Bürge: 022/320 57 03

D. Kupper: 022/382 36 28

Vous pouvez à tout moment consulter l'ensemble du protocole ou suivre une partie du bilan.

Bibliographie recommandée:

- Rob Boland, Roger Adams J.
Development and evaluation of a Precision Forearm and Hand Volumeter and Measuring Cylinder
Hand Ther 9-349-358,1996
- S. Theys, C. Legrand, N. Vandenbroeck, M. Clérin, J.C. Schoevaerdt
La pressothérapie intermittente par 'fragmentation' appliquée en seconde intention: résultats cliniques sur des œdèmes du membre supérieur
Ann. Kinésith., 1990,t.17,n°7-8,pp.355-357



Critères d'inclusion

Patients présentant une hémiparésie avec atteinte distale du membre supérieur, quelle que soit l'origine de l'hémiparésie et la date de l'atteinte.

Critères d'exclusion

- ▶ Atteinte associée de type rhumatologique ou traumatique entraînant des déformations du poignet et/ ou des doigts (y compris le pouce).
- ▶ Atteinte associée du système nerveux périphérique.
- ▶ Lymphoedème post ablation des ganglions ou suite à une maladie ou un traitement touchant le système nerveux autonome.
- ▶ Mouvements involontaires touchant la partie distale du membre supérieur de type choréiforme, athétosique ou ballistique.
- ▶ Patient ayant déjà porté une orthèse de réalignement.
- ▶ Patients souffrant d'une hémiparésie avec des troubles sévères du langage et de la compréhension.

Efficacité des orthèses de réalignement

Nous n'avons à ce jour pu inclure que 6 patients (2 femmes et 4 hommes). Devant la difficulté de recruter des patients volontaires, nous avons émis les hypothèses suivantes:

- La crainte qu'a le patient d'être privé d'un traitement éventuellement efficace en cas de randomisation dans le groupe contrôle. Ces difficultés ont fait l'objet de publications en particulier suite aux premières études portant sur l'évaluation des traitements chez les patients atteints du sida (cf. bibliographie).
- La crainte du thérapeute qui doit également accepter d'être privé d'un moyen thérapeutique auquel il croit, même s'il est conscient de ne pas en connaître suffisamment les limites.
- Le fait de n'avoir aucun traitement placebo à proposer.
- Un manque d'information dans les unités qui accueillent le type de patients susceptibles d'être inclus dans cette étude.
- Des réticences liées à notre double fonction respective (physio et responsable d'enseignement, ergo et responsable du service).
- Un reflet de la difficulté dans la collaboration multidisciplinaire.

Si vous prenez en charge un patient hémiparésique, pensez à nous en informer.

Nous sommes atteignable aux numéros suivants:

E. Bürge: 022/320 57 03

D. Kupper: 022/382 36 28

Vous pouvez à tout moment consulter l'ensemble du protocole ou suivre une partie du bilan.

Bibliographie recommandée:

D. Barer: *Patient's preferences and randomised trials*

The Lancet Vol.344. Sept.3,1994

H.Thornton: *Patient's preferences and randomised trials*

The Lancet Vol.347. April20,1996

D.J. Torgerson, B.Sibbald: *What is a patient preference trial?*

BMJ Vol. 316, 31 jan.1998