

**MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY**

**PROPOSITION DE STRATEGIE
THERAPEUTIQUE FACE A UN PATIENT
CEREBROLESE GRAVE EN ATTENTE DE
PLACEMENT DANS UNE MAISON
D'ACCUEIL SPECIALISEE**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Jocelyn SOUQUE
étudiant en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2003-2004

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| <u>1. INTRODUCTION GENERALE</u> | 1 |
| <u>2. DEFINITIONS ET REVUE DE LITTERATURE</u> | 2 |
| 2. 1 Accident vasculaire du tronc cérébral..... | 2 |
| 2. 2. Le syndrome cérébelleux..... | 4 |
| 2. 2. 1. Rappels anatomo-physiologiques..... | 4 |
| 2. 2. 2. Sémiologie cérébelleuse..... | 4 |
| 2. 2. 2. 1. Manifestation du déficit cérébelleux..... | 4 |
| 2. 2. 2. 2. Syndrome cérébelleux et station debout..... | 5 |
| 2. 2. 2. 3. La démarche cérébelleuse..... | 5 |
| 2. 3. Le syndrome frontal..... | 6 |
| 2. 3. 1. Introduction sur le syndrome..... | 6 |
| 2. 3. 2. Rôle du lobe frontal..... | 6 |
| 2. 3. 3. Lésions du cortex préfrontal..... | 7 |
| <u>3. BILAN DE MONSIEUR M. AU 23 SEPTEMBRE 2003.</u> | 8 |
| 3. 1. Histoire de la maladie..... | 9 |
| 3. 2. Anamnèse..... | 9 |
| 3. 3. Bilan neuromoteur..... | 10 |
| 3. 3. 1. Motricité involontaire, les troubles du tonus | 10 |
| 3. 3. 2. Motricité volontaire..... | 10 |
| 3. 3. 2. 1. Tonus postural..... | 10 |
| 3. 3. 2. 2. Réactions parachutes..... | 11 |
| 3. 3. 2. 3. Troubles de la commande volontaire..... | 11 |
| 3. 3. 2. 4. Bilan de l'incoordination motrice..... | 11 |
| 3. 4. Bilan de la sensibilité..... | 11 |
| 3. 5. Bilan des fonctions supérieures..... | 12 |
| 3. 6. Bilan fonctionnel..... | 12 |
| 3. 6. 1. Bilan de l'équilibre et de la marche..... | 12 |
| 3. 6. 2. La déambulation..... | 13 |
| 3. 6. 3. Les transferts..... | 13 |
| 3. 7. Bilan psychologique..... | 13 |
| 3. 8. Conclusion de bilan..... | 14 |
| <u>4. DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE</u> | 14 |
| <u>5. OBJECTIFS DE TRAITEMENT</u> | 15 |
| <u>6. TRAITEMENT DE MONSIEUR M.</u> | 15 |
| 6. 1. Le contrat de rééducation..... | 15 |
| 6. 1. 1. Préalable..... | 15 |
| 6. 1. 2. Modalités..... | 16 |
| 6. 2. Exemples d'exercices de coordination..... | 17 |
| 6. 2. 1. Le membre supérieur..... | 17 |
| 6. 2. 1. 1. Premier exercice..... | 17 |
| 6. 2. 1. 2. Second exercice | 18 |
| 6. 2. 1. 3. Troisième exercice..... | 18 |

| | |
|--|-----------|
| 6. 2. 2. Le membre inférieur : exemple de progression d'exercices..... | 19 |
| 6. 3. Les exercices de marche..... | 20 |
| 7. RESULTAT ET CONCLUSION DE CE TRAITEMENT..... | 21 |
| 7. 1. Le contrat de rééducation..... | 21 |
| 7. 1. 1. Les points positifs..... | 21 |
| 7. 1. 2. Les points négatifs..... | 22 |
| 7. 2. Les exercices de coordination..... | 22 |
| 7. 3. Les exercices de marche..... | 22 |
| <u>8. Discussion.....</u> | 23 |
| <u>9. Conclusion.....</u> | 25 |

RESUME

A la suite d'un accident vasculaire hémorragique du tronc cérébral survenu le 28 août 2002 à son domicile, M. M. présente un tableau clinique comparable à celui d'un traumatisé crânien grave associant principalement une hémiparésie gauche, un syndrome frontal ainsi qu'un syndrome cérébelleux.

Arrivé au centre de Lay-Saint-Christophe trente sept jours plus tard, M. M. est alors pris en charge en kinésithérapie pendant plus d'une année et celui-ci progresse au rythme de la récupération neurologique.

Cependant, arrive le temps où les progrès se raréfient et où les lésions laissent entrevoir leurs séquelles. L'équipe pluridisciplinaire choisit alors, en accord avec la famille, le placement dans une maison d'accueil spécialisée.

Dès lors, il reste au kinésithérapeute le devoir d'accompagner le patient au fil d'une réadaptation correspondant à l'environnement futur en attendant que le transfert soit possible.

Quels outils thérapeutiques nous permettent, à ce moment de la rééducation d'allier objectifs fonctionnels et désirs du patient ? Quelle stratégie choisir face aux troubles sévères de M. M. afin de construire une rééducation utile ?

C'est à travers un contrat de rééducation dont nous étudions les avantages et les inconvénients que nous proposons la résolution de ces préoccupations inhérentes à la prise en charge des personnes porteuses de lésions cérébrales graves en attente de placement.

Mots clés : Stratégie thérapeutique, phase séquellaire, A.V.C. du tronc cérébral.

Lésions cérébrales graves.

1. INTRODUCTION GENERALE

La neurologie centrale offre, à chaque nouveau patient, un défi pour l'ensemble de l'équipe soignante. Ainsi, les acteurs de la prise en charge médicale et paramédicale vont s'atteler à utiliser le potentiel de réadaptation que permet la récupération neurologique afin d'aider la personne, qui nous est confiée, à retrouver le meilleur confort de vie possible pour elle et pour les siens. Malheureusement, dans le cas des cérébro-lésés graves, les déficiences multiples engendrent des séquelles, la famille est dépassée voire absente et parfois seul le placement dans un lieu de vie aménagé est réalisable.

Dès lors commence une longue période d'attente, parfois de plusieurs années avec des changements de centre successifs et les progrès sur le plan clinique deviennent occasionnels : les patients vivent alors dans un lieu inadapté. Néanmoins, il reste toujours à l'équipe soignante un objectif principal : l'entretien fonctionnel visant à éviter la grabatisation signant l'exclusion sociale.

Dans cet esprit, ce travail écrit, propose à travers le cas clinique de M. M. une stratégie thérapeutique replaçant le patient au cœur de sa rééducation et visant à relancer celle-ci à un moment où M. M. est las de son environnement.

Ainsi, après avoir effectué des rappels sur la pathologie de M. M., nous réalisons un bilan ayant pour but de décortiquer la situation clinique complexe de celui-ci et d'aboutir au diagnostic kinésithérapique. Puis, nous relatons de la stratégie mise en œuvre afin d'orienter le patient vers une rééducation alliant objectifs et confort de vie. Enfin, à la suite d'un retour sur les avantages et les inconvénients d'un tel procédé nous discutons des difficultés lors de la rééducation.

2. DEFINITIONS ET REVUE DE LITTERATURE

2. 1 Accident vasculaire du tronc cérébral

Les accidents vasculaires du tronc cérébral sont dix fois moins fréquents mais reconnaissent les même étiologies et mécanismes physiopathologiques que les accidents vasculaires hémisphériques. Ils correspondent à des lésions ischémiques ou hémorragiques dépendant des deux artères vertébrales, du tronc basilaire et de leurs branches collatérales, circonférencielles ou perforantes. De plus, leur complexité est en relation avec la richesse anatomique du tronc cérébral.[2] **Figure 1**

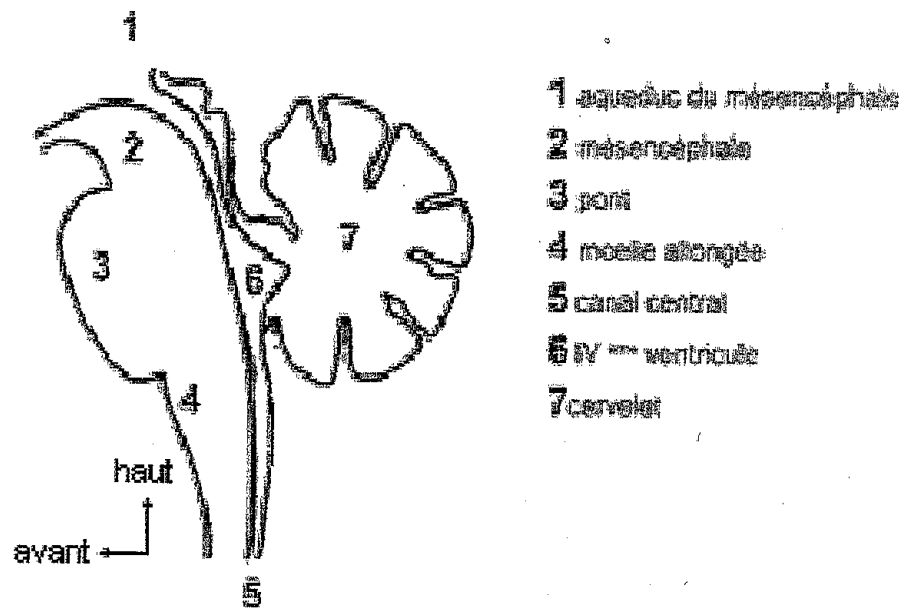


Figure 1 : Schéma du tronc cérébral

Afin de mieux comprendre les conséquences de l'accident vasculaire du tronc cérébral dont a été victime M. M. nous proposons un schéma simplifié d'une possibilité de mécanisme lésionnel :

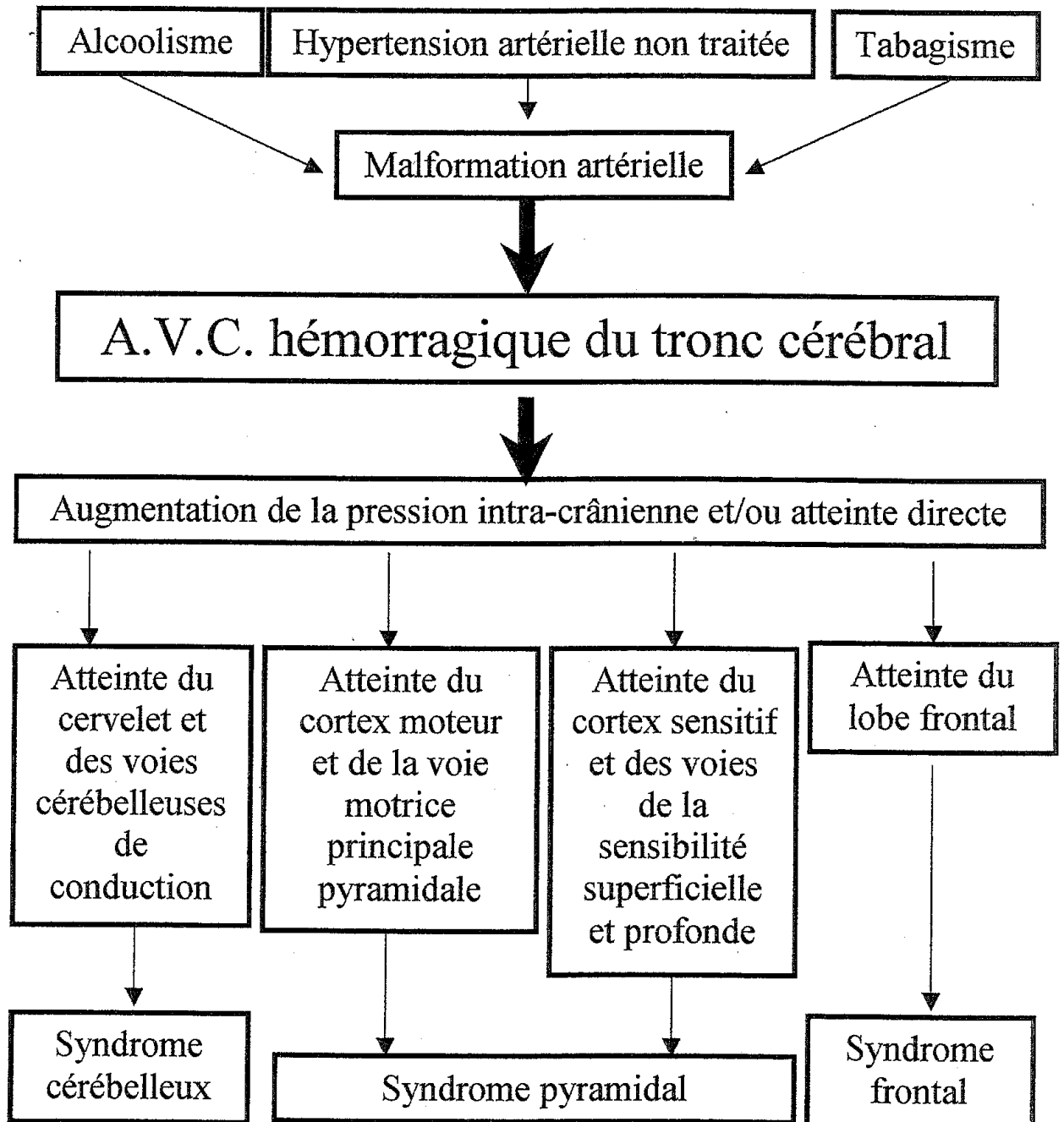


Figure 2 : Proposition de mécanisme lésionnel

Comme nous le verrons à travers le bilan initial, M. M. présente des symptômes issus de trois des principaux syndromes neurologiques : pyramidal, cérébelleux et frontal.

Par ailleurs, les incidences fonctionnelles du syndrome pyramidal étant comparativement moins importantes chez M.M. que celles du syndrome frontal et du

syndrome cérébelleux, nous ne développons dans ce travail écrit que la sémiologie des deux derniers.

2. 2. Le syndrome cérébelleux [3][4]

2. 2. 1. Rappels anatomo-physiologiques

Placé en dérivation à la face postérieure du tronc cérébral, le cervelet est constitué d'un vermis médian, de deux hémisphères latéraux et de noyaux centraux. Dans les études du cervelet, il est classique d'adopter la division phylogénétique suivante :

- l'**archéocérébellum** est responsable de la station debout (**équilibre**)
- le **paléocérébellum** du maintien de la **posture** et de la marche
- le **néocérébellum** contrôle et coordonne l'activité cinétique (**tonus musculaire**).

2. 2. 2. Sémiologie cérébelleuse [3] [4]

2. 2. 2. 1. Manifestation du déficit cérébelleux

- L'**hypotonie cérébelleuse** donne lieu à une augmentation de la passivité : **exagération du ballant**. Les **oscillations pendulaires** observées après recherche du réflexe rotulien montrent que cette passivité est en relation avec une **mise en jeu inefficace des antagonistes** retrouvée lors de la **manceuvre de Stewart-Holmes**. Une autre manifestation apparaît dans l'**abolition des réflexes de posture**.

- L'**asynergie cérébelleuse (ou dyskinésie volitionnelle)** résulte de la **mauvaise harmonisation spatiale et temporelle des contractions musculaires élémentaires** qui concourt au déroulement du mouvement. Les tremblements s'effectuent lors de ce dernier, s'accroissent à mesure du déroulement du geste et sont très sensibles à l'influence des émotions.

- La **dysmétrie cérébelleuse** traduit l'**incapacité de régler correctement l'intensité et la durée de l'activation musculaire en fonction du but à atteindre**. Elle confère un

caractère excessif aux réactions d'équilibration et aux réponses posturales mais se manifeste encore plus lors du geste volontaire (épreuve doigt-nez) : le mouvement dépasse son but, ce qui exige une correction elle-même excessive ; en outre, une énergie trop importante est mise en jeu.

- l'**adiadococinésie** est l'**incapacité d'effectuer à un rythme rapide des mouvements de sens opposé** : faire les marionnettes, frapper la cuisse alternativement de la paume et du dos de la main. Elle se marque par l'amplitude anormale des mouvements successifs et par l'absence de fixation posturale des muscles proximaux.

- la **dyschronométrie** désigne aussi bien un **retard anormal de la mise en route d'une activité que la prolongation, excessive, d'une action en cours.**

Il faut cependant garder à l'esprit que ces symptômes doivent être considérés comme les facettes sous lesquelles se manifeste le dérèglement cérébelleux. Dans une large mesure ces facettes se recouvrent et il faut se garder d'expliquer à partir de l'une d'entre elles l'ensemble de la sémiologie cérébelleuse.

2. 2. 2. 2. Syndrome cérébelleux et station debout

- les **troubles de l'équilibre se manifestent par une instabilité anormale de l'axe du corps** et par un élargissement du polygone de sustentation. L'instabilité n'est pas accrue par l'occlusion des yeux. L'équilibre antéro-postérieur est de plus imparfaitement maintenu par une activité incessante des releveurs du pied (danse des tendons). Par ailleurs, les réponses toniques ne s'effectuent pas à temps : une poussée engendre donc un pas.

2. 2. 2. 3. La démarche cérébelleuse

Elle est ébrieuse, chaque pas entraînant une déviation latéralisée excessive. La mise en route est hésitante et retardée, l'arrêt est incertain. Les pas sont inégaux et irréguliers dans leur succession. Parfois les membres inférieurs sont anormalement projetés. L'asynergie apparaît

sous la forme d'anomalie du balancement des bras, d'une position anormale du tronc qui reste en arrière de la marche.

2.3. Le syndrome frontal

2.3.1. Introduction sur le syndrome

Ce qu'il est convenu d'appeler lobes frontaux correspond à des structures anatomo-physiologiques très diverses et complexes. Ainsi de même que la notion de lobe frontal n'est qu'un repère topographique, celle de syndrome frontal ne constitue qu'une approximation clinique. [5]

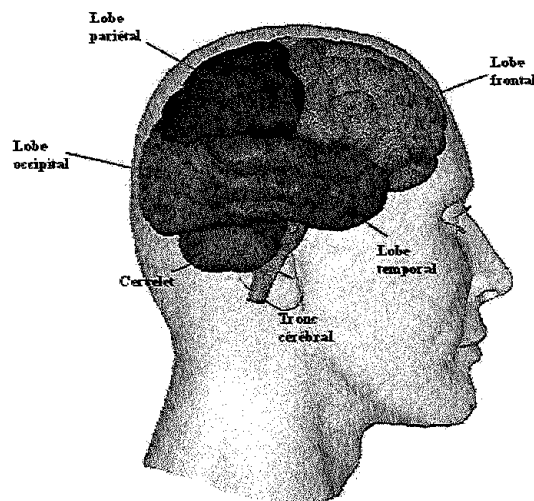


Figure 3 : Localisation du lobe frontal

Afin de mieux comprendre le syndrome, nous présentons d'abord le rôle du lobe frontal.

2.3.2. Rôle du lobe frontal

Une métaphore pour décrire le rôle du lobe frontal consiste à le présenter comme le chef d'orchestre du cerveau. En effet, le cortex frontal est une plate-forme d'intégration, en ce sens qu'il utilise le reste des structures cérébrales pour élaborer les comportements les plus adaptés aux contingences du milieu interne et externe. [7] En conséquence, toute atteinte de

cette structure entraîne des syndromes d'une grande diversité.

2. 3. 3. Lésions du cortex préfrontal

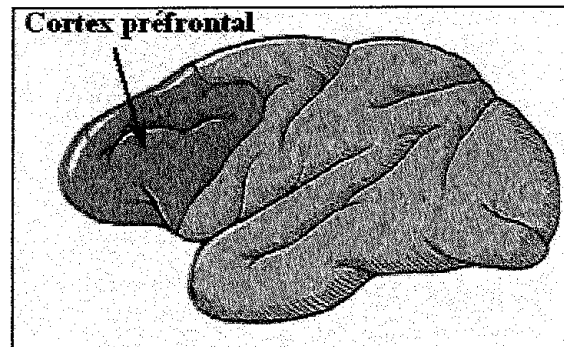


Figure 4 : Localisation du cortex préfrontal

Le syndrome frontal qui fait suite à une lésion préfrontale va dépendre, du point de vue de ses symptômes, de la partie du cortex préfrontal atteinte. Il existe trois types de syndromes frontaux. Nous choisissons de développer plus particulièrement le syndrome orbitaire dont M. M. est essentiellement atteint.

- **Syndrome dorso-latéral** : à l'intérieur des différentes étapes de la réalisation des mouvements, il correspond au **versant exécutif** proprement dit avec un trouble de la **programmation** cognitive, et un comportement marqué par une tendance à l'**inertie** et à l'**apathie**. [7]

- **Syndrome médial** : il correspond au **versant de la motivation** avec pour symptôme principal un état apathique profond avec trouble majeur du **starter de l'action**, c'est à dire une incapacité à initier une activité. [7]

- **Syndrome orbitaire** : il correspond, d'une part, sur le plan cognitif, à des troubles se situant au niveau des processus attentionnels et entraînant de fait une **sensibilité pathologique aux interférences**, une **distractibilité**, et un **déficit de souplesse mentale (ou flexibilité)**. L'être humain peut-être amené à choisir entre plusieurs éventualités, puis en fonction des contingences, changer de choix, ce qui suppose d'inhiber le premier choix et de

se diriger ensuite vers un autre. Le défaut d'inhibition entraîne une persévération. [6] Il existe ainsi une répétition anormale d'un comportement spécifique qui se retrouve dans les actes moteurs, le langage, l'écriture, le dessin ou les tâches de classement, témoignant d'une **rigidité mentale**.

D'autre part, sur le plan affectif et motivationnel, les lésions orbitaires aboutissent au syndrome pseudo psychopathique. Il correspond au versant exalté du syndrome frontal et se traduit par une désinhibition qui aboutit à un comportement puéril, égocentrique et mégalomane auquel on peut surajouter une **impulsivité**. L'humeur est euphorique et résolument optimiste, contribuant à l'**égalisation** (la non-hiérarchie des choses, la perte des valeurs morales). Il existe par ailleurs une **irritabilité**, et une **agitation psychomotrice** proche de l'hyperactivité, qui aboutit de fait à une **incapacité de réaliser une activité productive**. [7]

Cependant, les tableaux cliniques ne sont pas toujours aussi précis que ce qui vient d'être décrit, et il est possible d'observer des **tableaux mixtes** réunissant conjointement ou alternativement des symptômes des trois tableaux, il serait donc plus approprié de parler de syndromes frontaux. Une composante reste cependant constante : **l'incapacité d'utiliser et de coordonner dans le temps les instruments cognitifs** qui sont (encore) fonctionnels (intelligence, mémoire, langage, motricité, perception), l'origine du déficit provenant de la perturbation du contrôle des opérations par le cortex préfrontal. [7]

3. BILAN DE MONSIEUR M. AU 23 SEPTEMBRE 2003

L'objet de ce mémoire étant la proposition d'une stratégie thérapeutique face à un cas clinique complexe durant une phase d'attente de placement, nous ne décrivons dans le bilan initial que les éléments indispensables à une vision globale des déficiences de M. M.. Les

autres éléments sont répertoriés en **annexe I**.

3. 1. Histoire de la maladie

Le 28 août 2002, M. M. est retrouvé à terre à son domicile par ses voisins. A l'arrivée des secours, il est transféré au SAU de Thionville. Le scanner cérébral objective alors un **hématome du tronc cérébral médian latéralisé à droite**, touchant surtout **le pédoncule et la protubérance** sans dilatation ventriculaire. C'est ensuite au Service de Neurochirurgie de Nancy qu'un second scanner est réalisé, révélant alors une majoration de l'hématome, une inondation du quatrième ventricule, de l'aqueduc de Sylvius et du troisième ventricule avec du sang dans la corne occipitale droite et un œdème cérébrale diffus. Un cathéter de dérivation externe est alors mis en place au niveau de la corne frontale droite.

Afin de rendre compte des différents événements suivant le jour de cet accident et dans le but de ne pas noyer le lecteur dans une énumération des problèmes rencontrés par M. M., nous vous proposons une frise relatant son hospitalisation en **annexe II**.

3. 2. Anamnèse

- **Etat civil et situation familiale** : M. M. a 42 ans, il est divorcé depuis octobre 1994 et père de trois filles de 17, 16 et 9 ans qu'il ne voit plus. Ses parents, âgés de 61 et 63 ans, habitent à proximité de Metz et lui rendent visite régulièrement en compagnie de leur second fils.

Cependant, aucun membre de la famille ne peut l'accueillir chez lui.

- **Latéralité** : gaucher
- **Poids et taille** : 103 kg pour 1m86
- **Habitus** : le patient vivait dans un appartement à Metz en Moselle (57)
- **Profession** : il a travaillé à CORA en Moselle comme manutentionnaire mais a été licencié et ne travaille plus depuis 1994.
- **Loisirs** : le basket, les « copains », la télévision...
- **Conduite** : titulaire du permis B

- **Antécédents** : hypertension artérielle non traitée, alcoolisme, tabagisme à l'échelle de 3 à 4 paquets par jour sur une durée indéterminée.
- **Attentes du patient** : « récupérer ce que j'ai perdu, partir du centre et retourner en Moselle ! ».
- **Situation actuelle** : vit au centre de Lay-Saint-Christophe depuis le 04 novembre 2002 en tant que pensionnaire ; il est actuellement en l'attente d'un placement au sein d'une **maison d'accueil spécialisée**.

3. 3. Bilan neuromoteur

Le tableau clinique de M. M. regroupe plusieurs syndromes : pyramidal et cérébelleux l'ensemble se localisant sur l'hémicorps gauche.

3. 3. 1. Motricité involontaire, les troubles du tonus

Le patient ne présente pas d'**hypotonie** segmentaire symptomatique du syndrome cérébelleux. De plus, durant la manœuvre de Stewart-Holmes [3], M. M. stoppe son membre supérieur gauche avant que celui-ci ne percute son corps mais cependant avec un léger retard.

Par ailleurs, un affaissement postural rachidien en cyphose dorsolombaire avec une légère chute gauche en position assise signale une **hypotonie axiale** issue de ce même syndrome

Dans le cadre du syndrome pyramidal, nous notons une faible hypertonie spastique résiduelle cotée à 1 selon **Ashworth (Annexe III)** qui n'induit que peu de répercussions sur le plan fonctionnel.

3. 3. 2. Motricité volontaire

3. 3. 2. 1. Tonus postural

Les réflexes posturaux assurent la **fonction de redressement** de manière asymétrique : ils sont diminués sur l'hémicorps gauche.

3. 3. 2. 2. Réactions parachutes

Ainsi, si les **réactions parachutes** en position assise sont correctes, nous constatons qu'en position debout le patient ne tente que très peu de s'équilibrer et va plutôt utiliser son membre supérieur droit pour se rattraper à la rampe ou demander l'aide du kinésithérapeute ce qui génère un réel danger.

3. 3. 2. 3. Troubles de la commande volontaire

Si le patient garde une fatigabilité à l'effort, nous constatons qu'il a récupéré, à ce stade, une motricité volontaire évaluée à 4 selon Tardieu dans toutes les amplitudes et ceci de la même façon au membre supérieur gauche qu'au membre inférieur homologue. M. M. est ainsi capable de réaliser le pont dorsal avec poussée déséquilibrante pour le membre inférieur et de venir toucher et attraper une balle de tennis dans toutes les amplitudes avec son membre supérieur.

Si nous ne décelons pas de syncinésies de coordination, nous notons une **syncinésie d'effort en flexion du membre supérieur gauche lors de la marche avec déambulateur**.

3. 3. 2. 4. Bilan de l'incoordination motrice

M. M. s'exprime d'une voix scandée mettant en avant une **dysarthrie**.

Par ailleurs, les épreuves doigt-nez, doigt-oreille, et talon-jambe révèlent des **dysmétries** de type hypermétriques avec crochetage final. De la même façon, nous constatons des **dyskinésies volitionnelles** majorées par la station assise.

Au contraire, le patient ne montre aucune **dyschronométrie**.

Enfin, le test des marionnettes nous permet de visualiser l'**adiadococinésie**.

3. 4. Bilan de la sensibilité

M. M. présente une **hypoesthésie globale sévère gauche** : il n'existe aucune sensibilité superficielle plantaire et la face palmaire de la main montre une hypoesthésie mais

le patient détecte la sensation de piqûre. Par ailleurs, la sensibilité proprioceptive semble diminuée mais il nous est cependant difficile de dissocier une altération des voies de la sensibilité des troubles du schéma corporel. Ceci met en avant **l'aspect multifactoriel d'une déficience en neurologie centrale.**

3. 5. Bilan des fonctions supérieures

Nous retrouvons chez M. M. principalement un **syndrome frontal** de type orbitaire : regroupant : **impulsivité, puériorité, versatilité, et désinhibition** ainsi que des troubles de **l'attention sélective** incluant un **déficit de flexibilité** et une **forte sensibilité au distracteur.**

Par ailleurs, Si M. M. n'est pas à proprement parler **anosognosique**, il considère son hémicorps gauche comme paralysé, ceci reflétant un défaut d'intégration et d'interprétation de ses déficiences notamment au membre supérieur. Il refuse donc de quitter son écharpe.

De plus, la présence de **troubles du schéma corporel, d'une hémiasomatognosie, et d'une hémignégligence résiduelle** seront des obstacles à la réadaptation.

3. 6. Bilan fonctionnel (Annexe IV)

3. 6. 1. Bilan de l'équilibre et de la marche

Le patient maintient un **équilibre postural assis de classe 4 (Annexe V)**. Dans cette position, il est de plus capable de se déplacer le long de la table en soulevant son tronc avec ses membres supérieurs.

D'autre part, **l'équilibre postural debout correspond à la classe 1 (Annexe V)**. Sans appui, M. M. ne tient que quelques secondes. L'influence de la fermeture des yeux est quasi nulle.

En progression, la marche exclusivement effectuée en rééducation, est ici réalisée avec une canne tripode, le membre supérieur gauche maintenu dans une écharpe, le patient étant pieds nus et le kinésithérapeute le tenant avec une prise vestimentaire. Nous notons alors :

- une démarche, d' « un seul bloc », ébrieuse, avec de grandes oscillations qui génèrent chez une personne spectatrice un sentiment de danger immédiat.
- une asymétrie d'appui signant un défaut de transfert du poids du corps, avec un axe corporel dévié vers la droite dans le plan frontal et un temps d'appui comparativement diminué.
- une déambulation à « demi pas » : partant du double appui, le pied droit s'avance spontanément en premier, le gauche le rattrape avec talonnement en réalisant un pas exagéré (hypermétrie) engendrant un déséquilibre sagittal pouvant causer la chute.
- une vitesse parfois trop importante pour permettre une déambulation sécurisée
- une instabilité au demi-tour
- un périmètre de marche très variable qui ne peut être considéré comme référence.

3. 6. 2. La déambulation

Par conséquent, la déambulation s'effectue en fauteuil roulant manuel standard avec une propulsion podale et manuelle s'effectuant avec le côté sain exclusivement. Le membre supérieur est en permanence soutenu par une écharpe que le patient considère indispensable.

3. 6. 3. Les transferts

Ils s'effectuent de manière autonome en rééducation mais il persiste un risque. Par contre, le patient n'utilise pas toutes ses capacités lors des transferts avec les aides soignants. Le bilan fonctionnel est par ailleurs présenté sous la forme de la Mesure de l'Indépendance fonctionnelle en **Annexe IV**

3. 7. Bilan psychologique

A ce stade, et surtout à cette durée de l'hospitalisation, ce bilan semble primordial. En effet, si M. M. souffre de sévères incapacités, il exprime aussi une lassitude extrême vis à vis de son séjour au sein du centre. De nombreuses incidents viennent alors se greffer sur la rééducation démontrant une **impatience** majorée par le syndrome frontal. De plus, M. M.

semble croire que le personnel soignant est chargé, non pas de l'aider en fonction de ses besoins, mais de le servir en fonction de ses envies. M. M. n'est plus alors capable de s'impliquer dans la séance et les exercices aboutissent à des échecs.

3. 8. Conclusion de bilan

En conclusion, M. M. présente les séquelles d'un accident cérébral lourd avec une paralysie faciale droite, une hémiparésie gauche proportionnelle, peu invalidante sur le plan fonctionnel, mais restant cependant sévère au niveau de la sensibilité superficielle et profonde. Elle est associée à un syndrome cérébelleux cinétique gauche ainsi que certaine caractéristique d'un syndrome frontal orbitaire avec un déficit de sélectivité de l'attention. Enfin le patient réalise ses transferts seuls mais simplement dans le cadre de la rééducation et sous surveillance. Il est dépendant pour l'habillage, la toilette et les repas. Ses proches ne souhaitant pas l'accueillir chez eux, il est donc en attente de placement en maison d'accueil spécialisée.

4. DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE (ANNEXE IV)

Il permet de mesurer le retentissement fonctionnel des **déficiences**.

Nous choisissons de visualiser celles-ci à travers un schéma en **Annexe IV** afin de mettre en évidence l'**aspect multifactoriel** des **incapacités** que nous détaillerons grâce à la **Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle**.

Enfin, de cette situation découle des **désavantages** sociaux, professionnels, et familiaux qui induisent un placement dans un lieu spécialisé.

5. OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Si le diagnostic kinésithérapique permet de manière logique de déduire, à partir des

déficiences, des objectifs vers lesquels le kinésithérapeute va tendre par l'intermédiaire de différentes techniques, en neurologie, et principalement dans le cas des cérébro-lésés graves, la liste des déficiences est longue ; il faut utiliser des techniques globales, celles-ci s'adaptant à la personne et à sa phase. Dans les cas favorables, les déficiences évoluent et le traitement se calque à ces changements. M. M. est à J+ 13 mois et s'il n'y a plus de grand changement sur le plan neurologique, nous ne devons pas tomber dans une kinésithérapie occupationnelle. Il faut donc varier les techniques pour éviter une trop grande lassitude alors que les déficiences restent inchangées mais aussi provoquer de grands changements pour relancer la rééducation.

Les objectifs se regroupent sous un but majeur : donner au patient le meilleur confort de vie possible sans perdre le contrôle de la rééducation, tout en laissant une place à ses choix au sein de celle-ci, et en réalisant une surveillance neurologique. Nous effectuons donc des tentatives :

- donner une dernière chance au membre supérieur gauche en le libérant de son écharpe sur une période prédéfinie et en intensifiant les exercices de coordination.
- « jouer les dernières cartes » vers une autonomie à la marche sur les courtes distances en changeant l'aide technique et donc en utilisant le déambulateur.

6. TRAITEMENT DE MONSIEUR M.

6. 1. Le contrat de rééducation (Annexe VI)

6. 1. 1. Préalable

Avant tout, nous nous entretenons avec M. M. afin de lui présenter le projet : nous lui expliquons que nos intentions sont d'avoir une preuve écrite de son assentiment à la réalisation du sevrage de l'écharpe en l'échange de ce qu'il demande : marcher plus. Nous insistons sur le fait que si le patient et le kinésithérapeute à travers ce document semble

s'opposer, le but final est commun aux deux parties et va dans le sens de l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Par ailleurs nous nous renseignons auprès de l'ergothérapeute afin de ne pas nous placer à l'encontre de ses objectifs. En effet, le sevrage de l'écharpe présente le risque de laisser « pendre » le bras hémiparésié et de l'exposer aux éléments accidentogènes de l'environnement directement extérieur au fauteuil. Nous rassurons alors le patient par le fait que même s'il existe un risque de blessure à travers les troubles du schéma corporel, les troubles proprioceptifs et le déficit attentionnel, il dispose d'une sensibilité superficielle et une motricité suffisante pour assurer la surveillance de son membre supérieur.

6. 1. 2. Modalités

Le patient doit nous confier toutes ses écharpes le lundi matin, et ce jusqu'au lundi de la semaine suivante, en l'échange de quoi nous nous engageons à le faire marcher autant qu'il le souhaite durant les séances de rééducation.

Objectifs :

- Jouer sur le déficit de flexibilité mentale
- faire en sorte que le patient prenne en charge son membre supérieur gauche lors des activités de la vie quotidienne.
- évaluer ses capacités à protéger ce membre supérieur.
- développer au maximum les capacités du membre supérieur afin de pouvoir l'utiliser lors de la marche avec le déambulateur et ainsi augmenter la sécurité du patient lors de cet exercice
- mettre en avant la contradiction de ce document : la difficulté qu'a le patient à réaliser quelque chose qui devrait lui être facile au vue de ses capacités. C'est une tentative détournée de prise de conscience du syndrome frontal.
- avoir un appui au cas où le patient voudrait récupérer son écharpe

- satisfaire M. M. dans son désir de marcher le plus possible afin de pouvoir aussi en parallèle, intensifier le travail de la coordination du membre supérieur gauche.

6. 2. Exemples d'exercices de coordination

6. 2. 1. Le membre supérieur

6. 2. 1. 1. Premier exercice

Le patient est en décubitus, un coussin triangulaire est placé sous ses genoux afin d'obtenir un relâchement des membres inférieurs (et ainsi diminué les informations afférentes). Le membre supérieur gauche étant initialement à 90 degrés de flexion, coude tendu et poignet en rectitude, l'exercice consiste à réaliser avec la main des petits mouvements décrivant un rond dans le plan frontal, le membre supérieur s'inscrivant au sein d'un cône. Les mouvements doivent être lents et le patient regarde sa main pour contrôler la trajectoire.

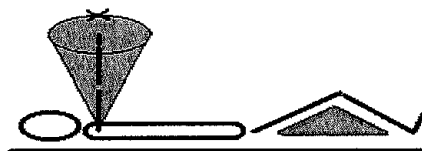


Figure 5 : Exercice 1

En progression, l'exercice peut s'effectuer assis en bord de table en maintenant le tronc droit ou encore debout. Nous pouvons aussi y ajouter une respiration abdomino-diaphragmatique afin d'accéder à un certain calme et à une véritable concentration durant l'exécution du geste.

Nous proposons de réaliser ceci 5 minutes par jour.

Les objectifs sont alors :

- réintégrer le membre supérieur dans son schéma corporel

- travailler la coordination des muscles de l'épaule (gléno-huméraux et périscapulaires)
- jouer sur la sélectivité de l'attention
- améliorer l'endurance des muscles de l'épaule
- entretenir les amplitudes articulaires.

6. 2. 1. 2. Second exercice

Dans le même esprit, nous proposons un exercice qui peut s'effectuer au fauteuil ou assis en bord de table et qui va tendre vers les mêmes objectifs. Le patient va se passer d'une main à l'autre une balle de tennis. La position de départ est l'abduction physiologique à 90 degrés de l'épaule gauche, coude en extension, poignet droit, la main tenant la balle dirigée vers le sol, le regard fixé et la tête tournée vers celle-ci. Le mouvement débute alors par une adduction horizontale qui amène le membre dans le plan sagittal. La main droite vient alors prendre la balle pour prolonger le mouvement dans le plan horizontal : le membre droit va ainsi réaliser une abduction horizontale jusqu'à atteindre le plan de la scapula droite. La suite du mouvement s'effectue en sens inverse pour revenir à la position initiale.

Le mouvement est ainsi répété sur une durée de 5 minutes.

Les consignes sont d'effectuer le mouvement lentement, de la manière la plus homogène possible et en suivant la balle des yeux afin de palier aux déficits de sensibilité.

6. 2. 1. 3. Troisième exercice

Toujours en position assise, le patient doit venir attraper, avec sa main gauche, un bâton que le kinésithérapeute lui tend, ceci en gardant la face palmaire de la main en direction du sol. L'objectif de cet exercice est d'améliorer la prise de la main gauche sur le déambulateur afin de gagner en sécurité lors de la déambulation. En effet, durant la marche avec cette aide technique, nous constatons couramment que la main lâche la poignée, du fait des tremblements d'action majorés par une attention reportée sur l'action du reste du corps.

En progression, nous proposons donc une situation d'exercice, simulant cette difficulté rencontrée. Le patient se place donc à l'aide de son fauteuil en face d'un espalier, le déambulateur se trouvant entre les deux. Nous donnons les consignes à M. M. avant l'exercice afin d'avoir toute son attention et nous les répétons lors de l'exécution des différents mouvements pour le stimuler. Nous lui demandons donc d'empoigner les prises du déambulateur, de se pencher en avant en poussant sur ses deux membres inférieurs et de se stabiliser ainsi en position debout ; nous en profitons d'ailleurs pour insister sur l'appui du membre inférieur à gauche. Le patient doit alors lâcher la poignée gauche du déambulateur et venir attraper le barreau de son choix sur l'espalier pour le lâcher à son tour et rattraper enfin la poignée de l'aide technique.

6. 2. 2. Le membre inférieur : exemple de progression d'exercices

Le patient est en décubitus le bras le long du corps et un coussin triangulaire sous les genoux. Le patient va alors effectuer une flexion de hanche gauche associée à une flexion de genou en faisant glisser la face postérieure du segment jambier sur le coussin en évitant la rotation de hanche.

En progression, l'exercice peut s'effectuer en assis bord de table, celle-ci étant légèrement surélevée, et les pieds au sol afin d'obtenir une position assise haute. Ainsi, le mouvement requière une plus grande course articulaire, un appui au sol à droite, un travail contre pesanteur et s'effectue avec un contrôle visuel difficile à obtenir en position couchée. De plus, nous demandons au patient de veiller à ce que le geste soit réalisé dans un plan parfaitement sagittal à travers la consigne : « levez votre genou le plus haut possible en veillant à ce que la jambe ne tourne pas ».

Enfin, nous pouvons agrémenter mais aussi compliquer l'exercice en y ajoutant un ballon que nous faisons rouler sur le sol. M. M. doit alors contrôler ce ballon avec la face

plantaire de son pied. Si la difficulté devient trop importante, nous demandons au patient de réaliser le contrôle avec l'autre pied et de renvoyer le ballon en le poussant à l'aide de la face dorsale du pied le plus doucement possible. Bien sûr, l'objectif n'est plus alors de rester dans le plan sagittal mais de placer tous les segments du membre inférieur dans une position permettant la réception et/ou l'envoi de celui-ci.

Si le contrat nous laisse le champ libre pour réaliser les exercices de coordination, nous accompagnons M. M. dans divers exercices de marche afin de respecter les termes du contrat.

6. 3. Les exercices de marche

A ce moment de la réadaptation, ces exercices ne se justifient qu'à travers le confort de vie du patient : la marche ne s'effectue plus qu'à visée thérapeutique. Grâce à celle-ci nous cherchons à éviter une prise de poids trop importante synonyme d'une grabatisation future.

Arbitrairement, nous choisissons donc quelques situations d'exercice représentatives d'un point de vue fonctionnel que nous ne décrivons que brièvement.

- Passage de la position assise à la position debout, 2 pas en avant, 2 pas en arrière, retour à la position assise. L'exercice s'effectue avec l'aide de la rampe celle-ci étant du côté droit. Le kinésithérapeute est proche mais ne tient pas le patient.
- Passage de la position assise à la position debout, 15 mètres environ vers l'avant, demi-tour large, retour, approche du fauteuil avec demi-tour, 1 ou 2 pas en arrière, retour à la position assise. L'exercice s'effectue avec le déambulateur, le kinésithérapeute ne tient pas le patient
- Marche à visée d'entretien musculaire et d'entraînement à l'effort avec une canne tripode ou avec le déambulateur sur une distance variant avec la fatigabilité et l'attention du patient ; nous déterminons néanmoins une distance minimale d'environ 60 m. Durant cet exercice, le kinésithérapeute ne tient pas le patient.

7. RESULTAT ET CONCLUSION DE CE TRAITEMENT

D'un point de vue neurologique, M. M. ne montre aucune évolution notable. Ainsi, à ce moment de la rééducation, un bilan complet ne semble plus justifié. Nous choisissons donc de revenir sur les techniques utilisées en citant à chaque étape les améliorations obtenues ainsi que les échecs constatés à l'issue du stage.

7. 1. Le contrat de rééducation

7. 1. 1. Les points positifs

- Nous signalons tout d'abord que le contrat a été reconduit trois fois de suites : les deux premiers ont été signés, à l'opposé, le troisième a été reconduit sans même en parler. Ainsi, la tacite reconduction du contrat contraste avec la longue discussion qui avait permis la première signature : l'attention focalisée de M. M. sur le port l'écharpe et la peur d'abandonner celle-ci semblent en effet avoir diminué au bout de quinze jours d'essai. Le contrat sur ce point paraît avoir eu un effet positif.
- Lors de la seconde signature de contrat, M. M. demande néanmoins un aménagement pour le week-end afin de ne pas avoir à faire attention à son membre supérieur. Nous lui réexpliquons les intérêts du contrat et l'inadéquation entre un tel accord et nos objectifs : il est difficile de s'habituer à prendre en charge son membre supérieur si, durant deux jours sur sept, l'attention est supplée. M. M. signe alors le contrat ce qui révèle un impact ponctuel des explications
- Le désir de marche de M. M. est satisfait ce qui permet d'effectuer les exercices de coordination sans réticence.
- M. M. ne porte pas son écharpe et s'adapte sans problème : il prend en charge son bras et aucun incident n'est à noter durant les trois semaines de contrat
- M. M. utilise son membre supérieur gauche lors de la marche avec déambulateur ce qui

permet d'augmenter la stabilité à la marche.

7. 1. 2. Les points négatifs

- le patient ne réalise pas les difficultés qu'il a à effectuer une tâche logiquement triviale : même sous une forme écrite, ce document n'engendre pas une prise de conscience suffisante pour générer une autocritique durable et utilisable lors des séances de rééducation.
- A l'issue du stage M. M. récupère son écharpe à sa demande. Malgré les nombreuses discussions que nous avons pu avoir avec celui-ci, celui-ci n'a pas intégré nos objectifs et ne les considère d'ailleurs pas comme siens.

7. 2. Les exercices de coordination

Même si une amélioration est notable dans la réalisation des divers exercices, M. M. n'intègre pas les bénéfices dans les activités de la vie quotidienne. Le membre supérieur gauche n'est alors utilisé que très occasionnellement comme membre d'appoint.

7. 3. Les exercices de marche

L'association des troubles de l'attention et des troubles de l'équilibre ne permet pas une marche sécurisée et autonome. L'effort provoque lors de la marche une syncinésie en triple flexion du membre supérieur gauche : M. M. lâche alors la poignée du déambulateur. Le patient réagit ensuite de deux manières différentes :

- soit il ne se rend pas compte de cet incident et continue la marche au risque de tomber
- soit il reporte son attention sur sa main et néglige la marche : M. M. est incapable d'effectuer deux tâches à la fois en raison du déficit de flexibilité mentale.

Enfin, les exercices de marche ne peuvent être réalisés en quantité suffisante pour éviter le surpoids : nous demandons donc une prise en charge en gymnastique afin d'augmenter les dépenses énergétiques.

8. DISCUSSION

Lors d'une phase séquentielle, et en vue d'une prise en charge future, plusieurs questions viennent à l'esprit du kinésithérapeute :

- Quel type de marche : fonctionnelle ou thérapeutique ? Avec quel aide technique ?
- Le patient marchera t-il une fois sorti du centre ? Quelqu'un le fera t-il marcher ? Si oui qui ?

En effet, dans le cas de Monsieur M., les exercices de marche que nous avons choisis, visaient à satisfaire son désir afin de réaliser d'autres exercices tendant à d'autres objectifs.

Dans le cas précis du contrat de rééducation, il nous a fallu réfléchir sur les intérêts réels de la marche ainsi que sur ses modalités. Nous avons donc réalisé des tentatives qui nous ont permis de déterminer nos choix. Nous avons alors confronté le patient à diverses situations afin de comparer, dans un cas, sa marche avec une canne tripode et une écharpe, et dans un autre cas, sa marche avec une aide plus importante : le déambulateur, mais cette fois-ci sans écharpe. La question était alors : pouvons nous donner à M. M. une stabilité suffisante pour permettre une déambulation autonome et sécurisée, ceci même sur un périmètre restreint, ou aura t-il toujours besoin d'une aide extérieure ?

Ainsi, la marche pour M. M. restant un exercice périlleux, nécessitant surveillance, ceci quelquesoit l'aide technique, nous choisissons, après discussion avec l'équipe soignante, de réaliser les exercices de marche avec le déambulateur ceci sur un mode thérapeutique. Les éléments déterminants sont alors la qualité de la marche de M. M. mais aussi le placement futur de celui ci. De plus, il paraît évident que si quelqu'un, qu'il soit aide-soignant, infirmier ou encore kinésithérapeute libéral décide de le faire marcher, il le fera plus volontiers avec l'aide la plus sécurisante. Une interrogation reste cependant en suspend : ne vaut-il pas mieux cesser tout exercice de marche si dans l'établissement où il sera placé, personne ne décide de poursuivre notre travail ? Enfin, n'entretenez nous pas à tort les espoirs du patient surtout

lorsque celui-ci n'intègre pas correctement la situation ?

Notre projet étant d'éviter une trop grande grabatisation, il semble par conséquent primordial de savoir si quelqu'un poursuivra cette entreprise au sein de la maison d'accueil spécialisée et de continuer les exercices en attendant de connaître précisément le lieu d'accueil.

Par ailleurs, si le contrat de rééducation nous a permis de canaliser l'énergie de M. M., les incidents n'ont pas manqué. Ainsi, l'impatience, l'inattention, l'impulsivité et les persévérations se sont régulièrement manifesté et certainement surajouté à une personnalité antérieure présentant certain aspect du caractère actuel. De plus, nous insistons sur la variabilité de la qualité de travail. En effet, le résultat d'un même exercice peut varier en fonction de l'humeur du patient, de l'endroit de l'exercice ou encore de l'intention du patient.

A chaque problème rencontré, nous avons cependant pris le temps nécessaire pour discuter avec notre patient afin de lui faire prendre conscience de ses troubles, sans jamais oublier que M. M. ne contrôle pas complètement ses actes sur le plan moteur mais aussi d'un point de vue cognitif. C'est ainsi que nous nous sommes rendu compte de la répercussion sociale du traumatisme. En d'autre terme, s'il est difficile pour l'équipe soignante de faire la part des choses entre responsabilité du patient et incidences des lésions, les patients ou les personnes extérieurs à l'équipe soignante ne feront pas la différence et excluront probablement M. M. de la vie du centre. Il est donc du devoir de chacun d'expliquer et de relativiser les actes de celui-ci auprès de ceux qui le rejettent tout en respectant le secret médical. Ainsi, nous pouvons espérer entretenir le dialogue entre les patients, élément essentiel dans la qualité de vie de M. M., surtout à l'issu d'une rééducation aussi longue.

De plus, face à ce que nous pouvons appeler le « ras le bol des blouses blanches », le soutien des autres malades notamment lors de moments importants, nous a permis de faire

pencher la balance dans le sens escompté. Lorsque nous avons proposé à M. M. la signature du contrat, l'intervention d'un autre patient fut d'ailleurs décisive.

Pour terminer cette discussion, il nous reste à remettre en cause cette stratégie... A-t-elle été la bonne tout simplement ? N'aurions nous pas du utiliser une thérapie dite de type « contrainte » laissant moins la place au choix du patient afin d'utiliser le plus possible toutes les compétences de M. M. dans la dernière ligne droite de la rééducation proprement dite ? Avons nous eu raison de privilégier le confort de vie au détriment des objectifs ? Est-ce enfin le rôle du kinésithérapeute dans un centre de rééducation ?

9. CONCLUSION

La complexité du cas de M. M. nous a obligé à décortiquer sa situation pour en retirer le plus important afin de déterminer une stratégie thérapeutique adaptée. Nous avons donc mis en place un contrat de rééducation, respectant les souhaits de M. M. et néanmoins tourné vers des objectifs rationnels et déterminants, pour sa vie future, au sein d'une maison d'accueil spécialisée. Même si cette stratégie n'a pas engendré d'évolution fonctionnelle importante il semble pourtant que cet essai thérapeutique ne soit pas un échec. D'ailleurs, n'avons nous pas rempli notre part du contrat en associant les points de vue du soigné et du soignant pour réaliser une rééducation constructive ? La réussite de ce projet ne se trouve-t-elle pas dans le recul que nous avons pu avoir sur la pathologie afin de traiter le cas de M. M. dans sa globalité sans jamais oublier la dimension sociale de notre profession ?

BIBLIOGRAPHIE

1. **Aesch B.- Jan M.** - Traumatismes crâniocéphaliques.- Encycl. Méd. Chir. - Elsevier, Paris, Neurologie, 17-585-A-10, 1999, 14p)
2. **BESSON G. – HOMMEL M. – PERRET J.** - Pathologie du tronc cérébral et du cervelet.- Revue pract, 1990, 40, 13 – p 1173 – 1179.
3. **CAMBIER J. - MASSON M. - DEHEN H.** - Abrégés - Neurologie. : Sémiologie cérébelleuse. - 10^{ème} édition - Paris : Masson, 2000.-589p.
4. **DE RECONDO J.** - Principaux syndromes neurologiques.- Paris : Roussel, 1973.- 222p.
5. **DAROUESNE C. - BAKCHINE S.**- Syndrome frontal.- Encycl. Méd. Chir. Paris - France, Neurologie, 17035 B10, 10-1987, 6p.
6. **GIL R.** - Abrégés – Neuropsychologie - 3eme édition – Masson
7. **PINON K. – ROY A.** - Les troubles du comportement consécutifs à un traumatisme crânien, Résurgences. Revue de l'UNAFTC et des AFTC, N°23- juin 2001 Pages 20 à 26.

ANNEXES

Annexe I : Complément de bilan

Annexe II : Chronologie de l'hospitalisation

Annexe III : Echelle d'évaluation de la spasticité selon Ashworth

**Annexe IV : Du diagnostic kinésithérapique à la mesure de l'indépendance
fonctionnelle**

Annexe V : L'équilibre postural assis et l'équilibre postural debout

Annexe VI : Le contrat de rééducation

Annexe I : Complément de bilan initial

Bilan cutané trophique et douloureux

- L'examen cutané révèle un psoriasis engendrant des démangeaisons au niveau du cuir chevelu.
- Les signes de phlébites (test de Homans, ballant du mollet) sont absents et M. M. ne porte pas de bas de contention.
- Le patient ne signale de douleurs ni au repos, ni durant la journée ou encore durant les séances de rééducation.

Bilan neuro-orthopédique

Mis à part un *déficit de flexion dorsale passive de cheville gauche (0/0/40)*, M. M. ne présente pas de limitations orthopédiques.

L'épaule du patient n'est douloureuse qu'en amplitude extrême de flexion ou d'abduction passive au sein de l'articulation gléno-humérale ce qui n'engendre aucune gêne fonctionnelle. De plus, les amplitudes passives de l'articulation scapulo-thorassique sont subnormales.

3. 5. 2. Bilan des nerfs crâniens

Une **paralysie faciale** droite découle d'une atteinte du VIIème nerf crânien droit

Des **troubles occulo-moteurs** sont issues d'une atteinte partielle des deux IIIème nerfs crâniens ainsi que du VIème droit.

Enfin, les **troubles de la sensibilité de l'hémiface** révèle une atteinte sensitive droite du Vème nerf crânien.

Annexe II : Chronologie de l'hospitalisation

30/08 : échographie cardiaque objective une cardiopathie hypertensive à fonction systolique conservée sans obstruction intra-ventriculaire et début de la trithérapie hypertensive.

04/09 : dégradation de l'état de conscience : le scanner encéphalique objective une dilatation ventriculaire sus-tentorielle.

13/09 : complication de la trachéotomie par cellulite cervicale obligeant à l'ablation de celle-ci et à la réintubation trachéale

13/09 : scanner révélant une hypodensité des lésions hémorragiques sans dilatation ventriculaire autorisant l'ablation de la dérivation externe.

19/09 : trachéotomie chirurgicale

20/09 : sevrage du respirateur

29/09 : décanulation autonome

03/10 : scanner objectivant une résorption de l'hématome du tronc cérébrale avec hypodensité protubérantielle droite sans dilatation ventriculaire

Annexe III : échelle d'évaluation de la spasticité selon Ashworth

Institut Régional de Réadaptation - Nancy

CRAM du Nord-Est

ECHELLE D'ÉVALUATION de la SPASTICITÉ (d'après ASHWORTH)

| | |
|--|---|
| Nom du patient : Prénom : Date de naissance : j/m/a N° d'identification : | DIAGNOSTIC : Date de début de l'affection : |
|--|---|

| | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|
| Date d'examen | | | | | |
| Examineur | | | | | |
| Médicaments | | | | | |
| Épine irritative | | | | | |
| Coopération / Vigilance | / | / | / | / | / |
| Autre | | | | | |

| GROUPES MUSCULAIRES | | Position | D G | | D G | | D G | | D G | | D G | |
|---------------------|-------------------------|----------|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| Membre Supérieur | Adducteurs | | | | | | | | | | | |
| | Rotateurs Internes | | | | | | | | | | | |
| | Fléchisseurs Coude | | | | | | | | | | | |
| | Extenseurs Coude | | | | | | | | | | | |
| | Pronateurs | | | | | | | | | | | |
| | Fléchisseurs du poignet | | | | | | | | | | | |
| | Fléchisseurs doigts | | | | | | | | | | | |
| Membre Inférieur | Adducteurs | | | | | | | | | | | |
| | Quadriceps | | | | | | | | | | | |
| | Ischio-Jambiers | | | | | | | | | | | |
| | Fléchisseurs Plantaires | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

- 0 = pas d'augmentation du tonus ;
 1 = légère augmentation du tonus donnant arrêt lors de la mobilisation passive ;
 2 = augmentation plus importante, mais mobilisation passive reste facile ;
 3 = augmentation importante, mobilisation passive difficile ;
 4 = mobilisation passive impossible

État de vigilance

1 sommeil 2 éveillé 3 agitation

Niveau de coopération

1 coopère 2 ne coopère pas

Position

DD Déclivité dorsale A Assis

Janvier 1997

Annexe IV: Du diagnostic kinésithérapique à la M. I. F.



Annexe V : L'équilibre postural assis et l'équilibre postural debout

L'équilibre postural de l'hémiplégique par accident vasculaire cérébral : méthodologie d'évaluation et étude corrélative

V Brun ¹, G Dhoms ¹, G Hennion ¹, P Codine ², H Founau ², M Terraza ³

Tableau I. Indice d'équilibre postural assis (EPA).

-
- Classe 0*: aucun équilibre en position assise (effondrement du tronc). Nécessité d'un appui postérieur et d'un soutien latéral.
- Classe 1*: position assise possible avec appui postérieur.
- Classe 2*: équilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, mais déséquilibre lors d'une poussée quelle qu'en soit la direction.
- Classe 3*: équilibre postural assis maintenu sans appui postérieur et lors d'une poussée déséquilibrante quelle qu'en soit la direction.
- Classe 4*: équilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, lors d'une poussée déséquilibrante et lors des mouvements de la tête, du tronc et des membres supérieurs. Le malade remplit les conditions pour le passage de la position assise à la position debout seul.
-

Tableau II. Indice d'équilibre postural debout (EPD).

-
- Classe 0*: aucune possibilité de maintien postural debout.
- Classe 1*: position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplégique très insuffisants. Nécessité d'un soutien.
- Classe 2*: position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplégique encore incomplets. Pas de soutien.
- Classe 3*: transferts d'appui corrects en position debout.
- Classe 4*: équilibre postural debout maintenu lors des mouvements de la tête, du tronc et des membres supérieurs.
- Classe 5*: appui unipodal possible.
-

Annexe VI : le contrat de rééducation

CONTRAT EN VUE D' UN SEVRAGE DE L'ECHARPE

Je soussigné Monsieur Thierry M [REDACTED] accepte de retirer l'écharpe sur une durée d'une semaine du 6 octobre 2003 au 13 octobre 2003 ainsi que de livrer aux kinésithérapeutes toutes les écharpes en ma possession.

En échange, les kinésithérapeutes s'engagent à m'accompagner durant la marche à chaque fois que je le souhaite durant les heures de kinésithérapie.

Cas de rupture de contrat :

- Je porte une écharpe en dehors du temps réservé à la marche.
- Les kinésithérapeutes refusent ma demande de marche.

Le stagiaire kinésithérapeute,



Monsieur M [REDACTED]

