MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

L'HÉMIPLÉGIE À LA PHASE AIGUË EN GÉRIATRIE: PROPOSITION D'UN LIVRET D'INFORMATION DESTINÉ À LA FAMILLE.

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Jordan LARBALETRIER**
étudiant en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2004-2005

SOMMAIRE

Page

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION 1

2. OBJECTIFS DE CE TRAVAIL 2
2.1 La masseur-kinésithérapeute : un rôle éducateur 2
2.2 L'éducation thérapeutique 3
2.3 La famille : un membre actif au sein d'une équipe soignante 5

3. PRÉ-REQUIS POUR LA RÉALISATION DU LIVRET 6
3.1 Une définition de l'hémiplégie 6
3.2 Les différentes formes cliniques 7
3.3 L'étiologie principale 7

4. ÉLABORATION DU LIVRET 8
4.1 Le choix de la méthode 8
4.2 La présentation 8
4.3 La forme 9

5. LES ITEMS PROPOSÉS ET LEURS JUSTIFICATIONS 10
5.1 Les déficiences motrices 10
5.1.1 Les limitations d'amplitudes articulaires 10
5.1.2 La motricité active 11
5.1.3 La spasticité 11
5.2 Les déficiences sensitives et visuelles 12
5.3 Les déficiences cognitives 13
5.3.1 Les troubles du langage 13
5.3.2 L'apraxie 13
5.3.3 L'héminégligence 14
5.3.4 Les troubles mnésiques 14
5.4 Les déficiences viscérales 14
5.4.1 Les troubles vésico-sphinctériens 14
5.4.2 Les troubles de la déglutition 16
5.4.3 Les troubles du transit 17
5.5 La prise en charge masso-kinésithérapique 18
5.5.1 L'installation du patient et ses transferts 18
5.5.2 Le lever 19
5.5.3 Et la marche ? 20
5.5.4 Les troubles orthopédiques 21
5.5.5 Les sollicitations 22

6. DISCUSSION 23

7. CONCLUSION 23

BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

RÉSUMÉ

Les Accidents Vasculaires Cérébraux représentent en France la 3e cause de mortalité et la 1ère cause d'invalidité. Le nombre de cas augmente avec l'âge et l'incidence atteint 40 ‰ au-delà de 85 ans. Leur manifestation la plus habituelle est incontestablement l'hémiplégie. Leur fréquence et leur importance, surtout chez une population âgée, en font un élément majeur de prise en charge gériatrique en hôpital.

En phase aiguë, le kinésithérapeute occupe une place importante dans l'équipe soignante, tout comme la famille qui participe également au traitement. Après avoir constaté, lors du stage, que cette dernière était souvent demandeuse d'informations sur la pathologie de leur proche, nous avons décidé d'élaborer un livret. Ce guide a pour but d'informer plus principalement la famille dans un souci de sécurité et de confort pour le patient.

Après avoir rappelé les principales déficiences d'un hémiplégique, nous développerons la réalisation du livret. Parallèlement à ces deux parties, nous tenterons de justifier le choix des items présents dans ce guide d'information.

Mots clés : hémiplégie, phase aiguë, livret d'information, kinésithérapie.

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), chaque année, environ 130 000 nouveaux Accidents Vasculaires Cérébraux (A.V.C.) surviennent en France. Il s'agit essentiellement d'une affection du sujet âgé : 75% des patients ont plus de 65 ans et la sévérité de l'atteinte augmente avec l'âge.

Dans le service de médecine H de l'hôpital Central à Nancy, une majorité des patients ont plus de 80 ans, ce qui nous amène à dire que les AVC sont souvent massifs avec un pronostic de récupération moins favorable. Devant une hospitalisation soudaine, il n'est pas rare de constater l'anxiété ou l'incompréhension des familles pour tel ou tel soin envers leur proche dans une unité hospitalière.

Toutes ces interrogations sont à première vue normales et, nous nous devons, en tant que personnel hospitalier, d'éclaircir certaines situations, d'informer le patient et sa famille. Aussi, une simple information verbale n'est parfois pas suffisante et l'équipe soignante n'a pas forcément les moyens et le temps approprié pour expliquer à chaque nouvelle famille la cause d'une hémiplégie et ce qu'elle entraîne comme troubles neurologiques.

C'est ainsi que nous avons développé un livret d'information destiné au patient et plus particulièrement à sa famille. Ce travail fournit des explications sur la pathologie et reprend les différents troubles d'un hémiplégique (en gériatrie). Il présente secondairement la prise en charge kinésithérapique à cette phase et tente

d'apporter par la même occasion des conseils pour la santé et la protection du malade.

2. OBJECTIFS DE CE TRAVAIL

2. 1. Le masseur-kinésithérapeute : un rôle éducateur

Membre d'une équipe pluridisciplinaire, le kinésithérapeute tient une place importante dans l'éducation et l'information des familles. En phase aiguë et chez la personne âgée, les troubles neurologiques laissent généralement le patient dans un état de dépendance quasi-totale et la famille n'a pas toujours conscience des déficiences, incapacités, voire des séquelles majeures qui pourront subsister après un A.V.C.

Les raisons de ce manque d'informations sont nombreuses et *« cette difficulté de transmission de l'information est une question épineuse, ressentie par toutes les équipes s'occupant d'hémiplégiques ».* (8)

En réponse aux procédures d'accréditation, l'objectif est « *de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins donnés aux patients. Le respect des droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités des établissements de santé ».* L'information reçue par le patient et sa famille doit être « *claire, compréhensible et adaptée sur les soins et l'état de santé* ». De plus, « *l'expression du patient et de son entourage est favorisée ».* (20)

S'ajoute à ceci la mise en place de la Loi du 2 Mars 2004 (Loi sur les droits du patient) qui, d'une part, consacre « *un droit général du patient à être informé sur son état de santé* », et d'autre part, définit « *les conditions d'accès à l'information médicale, notamment par le biais du dossier médical* ».

Nous nous rendons compte que les interactions entre information et éducation sont inéluctables et c'est pourquoi aujourd'hui, l'éducation paraît indissociable de la thérapeutique.

2. 2. L'éducation thérapeutique

Selon l'O.M.S : « *L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans la démarche de soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées. Ce processus éducatif vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie* ».

La réalisation d'un livret d'information s'inscrit alors pleinement dans cette démarche de qualité de prise en charge du patient ainsi que de son entourage. Afin d'éviter tout traumatisme ou tout autre ennui, le kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit se laisser les moyens d'informer la famille en temps utile.

Cette éducation n'est pas toujours évidente et peut être assimilée à une véritable formation pouvant aboutir à un « *transfert de compétence* » du soignant vers le soigné (et/ou sa famille). Néanmoins, le patient reste un apprenant particulier et c'est dans ce sens que nous devons faire en sorte qu'il occupe, dans l'équipe soignante, une place qui lui soit adaptée et non démesurée.

Pour résumer en quelques mots le vaste domaine de l'éducation thérapeutique, le site du C.E.R.F.E.P (Centre régional de Ressources et de Formation à l'Education du Patient) propose un dessin récapitulatif présentant les différents items d'une éducation (fig. 1) :

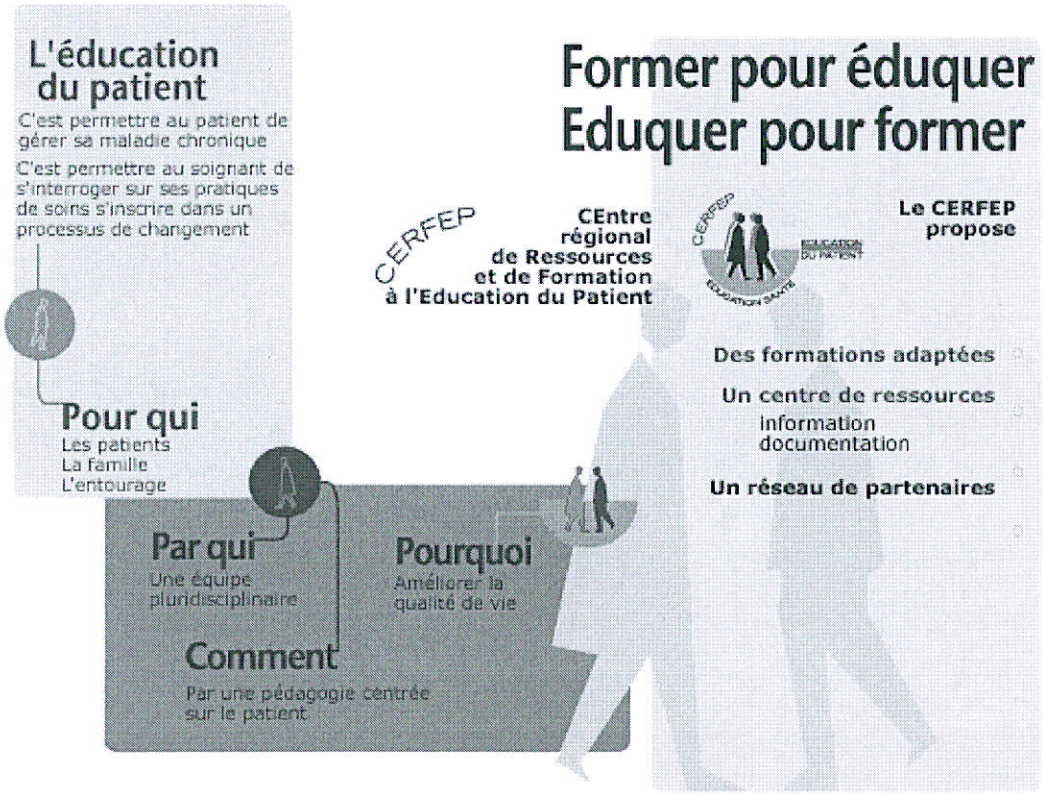


Figure 1 : Présentation de l'éducation thérapeutique selon le C.E.R.F.E.P

2. 3. La famille : un membre actif au sein d'une équipe soignante.

Etre attentif à la prise en charge d'un patient, c'est bien ; mais participer aux soins et à l'évolution du malade nous paraît préférable. C'est pourquoi ce livret essaie d'impliquer la famille dans l'équipe soignante et par la même occasion, permet une meilleure collaboration « hopital-domicile ». En effet, certains malades ne pourront être pris en charge dans une unité moyen séjour faute de place ; la famille pourra ainsi participer, à la mise en place d'un plan de traitement à domicile par exemple.

La difficulté de trouver des places en moyen séjour ou en long séjour ; la possibilité d'un retour ultérieur au domicile, montre que cette prise en charge peut passer par un « relais » équipe soignante – famille. Cela implique nécessairement un minimum de connaissances de la part des familles avec apprentissage de certains gestes ou des explications sur la pathologie.

Bien entendu, rien ne saurait remplacer les conseils d'une équipe hospitalière, ni l'intervention à domicile de personnes qualifiées. Pouvoir s'occuper sereinement de son proche tout en s'assurant de lui fournir un minimum de sécurité contribue au bon déroulement d'une thérapeutique, c'est-à-dire favoriser des situations propices à la « réintégration cognitive » et faciliter un retour à domicile dans de bonnes conditions.

3. PRÉ-REQUIS POUR LA RÉALISATION DU LIVRET (5, 11, 15)

3. 1. Une définition de l'hémiplégie

« *...L'hémiplégie n'est pas une entité pathologique. Elle n'est que la traduction au niveau d'un hémicorps d'une pathologie située dans l'hémisphère cérébral opposé* ». (4) Nous pouvons, de ce fait, signaler que l'hémiplégie est une des nombreuses conséquences (ou pathologies) d'un A.V.C. Selon l'OMS, l'Accident Vasculaire Cérébrale « *est un développement rapide de signes localisés ou globaux de dysfonctionnement cérébral avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire* ».

Pour DÉJERINE, l'hémiplégie peut se définir « *par la perte, plus ou moins complète de la motricité volontaire d'une moitié du corps. Elle est due à une lésion unilatérale de la voie motrice principale entre le neurone d'origine de la voie pyramidale et sa synapse avec le motoneurone « alpha » dans la corne antérieure de la moelle* ». (5) Cette paralysie apparaît du côté opposé à l'atteinte cérébrale (croisements des faisceaux au niveau de la décussation bulbaire).

L'hémiplégie inclut un syndrome pyramidal qui se caractérise par une hypertonie spastique, un déficit de la commande motrice et des syncinésies.

3. 2. Les différentes formes cliniques (1, 2, 10, 11, 12)

Il est admis, chez les droitiers, que les patients hémiplégiques droits présentent certaines atteintes des fonctions supérieures qui peuvent être différentes chez les patients présentant une hémiplégie gauche.

L'hémiplégie droite se caractérise par une atteinte de l'hémisphère gauche, dit « dominant » chez un droitier. On y retrouve des troubles du langage (aphasie, alexie, agraphie, acalculie…), des troubles gnosiques (indistinction droite-gauche, agnosie digitale…) et des troubles praxiques (dite conceptuelle ou apraxie avec atteinte du système de production).

L'hémiplégie gauche a comme caractéristique, une atteinte de l'hémisphère mineur, qui entraîne des troubles du schéma corporel (hémiasomatognosie, anosognosie), des troubles visuo-spatiaux et psychoaffectifs (confusions mentales, hallucinations, apathie) ou encore, une héminégligence.

3.3. L'étiologie principale (5, 11, 14)

L'étiologie la plus fréquente en gériatrie est de loin l'origine vasculaire avec principalement deux mécanismes : l'ischémie (obstruction d'un vaisseau par un thrombus) ou hémorragique (rupture d'une paroi vasculaire).

La personne gériatrique est d'autant plus vulnérable qu'il existe généralement, en plus du vieillissement « normal » du système vasculaire, une insuffisance circulatoire cérébrale. En effet, la rigidification vasculaire, la calcinose de la média (surtout au niveau des gros troncs) font partie d'un processus de vieillissement habituel. Si on ajoute à ceci l'athérosclérose (vieillissement pathologique) avec un risque majeur de sténose ou de thrombose intra vasculaire, des troubles du rythme cardiaque, nous nous apercevons alors que plus la personne est âgée, plus les risques de présenter un A.V.C. sont grands.

4. ELABORATION DU LIVRET

4. 1. Le choix de la méthode

Ce livret s'adressant aux familles, nous pensons que le contenu doit être le plus clair et le plus compréhensible. Ainsi, nous avons essayé de simplifier au maximum le vocabulaire, avec une volonté d'illustrer nos propos par des images afin de faciliter la compréhension : **ce livret tente d'être accessible à tous !**

4. 2. La présentation.

Nous avons choisi un format A5, facile à transporter, qui pourra rester en évidence pour le patient et sa famille. Intitulé « l'hémiplégie en phase hospitalière », il comporte :

- Une couverture, qui essaie de résumer en une image les caractéristiques et le lieu de l'atteinte lors d'une hémiplégie vasculaire.
- Une page d'introduction expliquant le livret et ses objectifs.
- 21 pages d'explications mêlant commentaires et images.
- Une conclusion.

Il est constitué essentiellement de 3 parties :

1/ Des données générales qui informent le patient ainsi que sa famille sur « qu'est-ce que l'hémiplégie ? »

2/ Le rôle de la kinésithérapie à cette période.

3/ Des conseils et recommandations sur des points sensibles.

4. 3. La forme.

Afin d'éviter une lecture trop fastidieuse et dans un souci de clarté, nous avons inclus au texte des dessins et des photographies illustratives :

- Les photographies montrent l'essentiel et se veulent précises dans leur action d'illustration et sont parfois plus parlantes que de longues phrases.
- La mise en évidence des points importants par des encadrés jaunes.
- Une icône interpellative qui attire l'attention du lecteur.

5. LES ITEMS PROPOSÉS ET LEURS JUSTIFICATIONS (2, 5, 7, 8, 10, 19)

Il nous a paru judicieux de raisonner selon le modèle de Wood, qui, en 1980, avait proposé une « **Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages** ».

Nous allons donc essayer de regrouper les principales déficiences que l'on peut retrouver chez une personne âgée atteinte d'hémiplégie. Puis, en fonction de l'impact que ces déficiences auront sur la famille et le patient, nous argumenterons les points importants que nous avons développés dans ce fascicule.

5. 1. Les déficiences motrices.

Il en existe essentiellement trois, présentent plus ou moins selon l'importance des lésions et suivant le degré de récupération.

5. 1. 1. Les limitations d'amplitude articulaire

Plusieurs facteurs favorisent ces limitations :

- L'immobilisation, conséquence de la paralysie de l'hémicorps, qui entraîne des rétractions musculaires, voire capsulo-ligamentaire.
- Les douleurs, favorisées par un syndrome algodystrophique.
- La spasticité (cf. ci-après)

5. 1. 2. La motricité active

Lors de notre bilan et plus précisément lors de l'examen de la motricité active du patient, il existe un déficit de la commande volontaire du mouvement. Cette perturbation du schéma moteur est en fait la résultante de la paralysie ou du déficit de la commande, des co-contractions ou des syncinésies, mais également du raccourcissement musculaire et de la spasticité. Cette motricité est souvent inefficace fonctionnellement. Bien entendu, cet examen en phase précoce peut être pauvre puisque les signes de récupération ne sont pas présents.

5. 1. 3. La spasticité

Elle peut se définir par un trouble moteur caractérisé par une augmentation, vitesse dépendante, du réflexe tonique d'étirement (tonus musculaire, avec exagération des réflexes ostéo-tendineux). La spasticité génère un risque plus important de déformations orthopédiques et majore les situations douloureuses. De plus, celle-ci masque les possibilités de recrutement de la motricité volontaire.

C'est pourquoi dans notre livret, nous avons :

- Informé le patient et sa famille sur les troubles moteurs que pouvait présenter le patient.
- Insisté sur le fait que les mobilisations ou les transferts doivent être le plus doux et le plus lent possible.

- Mis l'accent sur l'installation du malade (cf. ci après), pour anticiper les risques de rétractions musculaires et donner le meilleur confort possible au patient.

5. 2. Les déficiences sensitives et visuelles (5, 7)

Les troubles sensitifs, assez fréquents, touchent à la fois le versant profond et superficiel, et peuvent se manifester par des hypoesthésies, voire des anesthésies. Cela perturbe évidemment l'équilibre, la posture, la marche et majore les incapacités motrices du patient.

S'ajoute à cela, des déficiences visuelles qui se caractérisent principalement par une hémianopsie latérale homonyme (H.L.H.) qui provient d'une lésion rétrochiasmatique unilatérale au niveau du nerf optique (avec cependant, une conservation de l'acuité visuelle des deux yeux). Nous pouvons aussi signaler qu'un patient atteint d' H.L.H. doit prendre conscience de ce déficit et doit être éduqué à l'exploration de l'hémichamp déficitaire.

Ces deux troubles affectent fortement les possibilités de compensation et l'utilisation de la gestuelle en cours de récupération.

De ce fait, dans notre livret, nous avons mis l'accent sur la rotation de la tête pour découvrir l'hémichamp occulté.

5. 3. Les déficiences cognitives (7, 12)

5. 3. 1. Les troubles du langage

Le patient hémiplégique peut être atteint d'aphasie, qui se définit comme la perturbation de la compréhension et de la formulation des messages verbaux qui résultent d'une affection nouvellement acquise du système nerveux central. La gravité de ce trouble touche directement les relations que le patient pourrait avoir avec sa famille. La frustration est ressentie chez le patient, ainsi que chez la famille qui reste impuissante face à cette situation.

5. 3. 2. L'apraxie

L'apraxie se caractérise par un trouble acquis du comportement gestuel volontaire empêchant la réalisation sur commande de certains gestes alors qu'il n'existe ni déficit moteur ou sensitif, ni incoordination, ni trouble majeur de la compréhension. En phase hospitalière, l'apraxie est souvent difficile à mettre en évidence, du fait de la pauvreté de l'expression motrice. La connaissance de ce symptôme n'est pas indispensable à la famille en phase aiguë.

5. 3. 3. L'héminégligence (2, 5)

L' héminégligence se traduit par l'incapacité pour le patient de rendre compte, de réagir et de s'orienter vers des stimulations signifiantes ou nouvelles, présentées dans l'hémi-espace controlatéral à une lésion cérébrale. L'éducation de la famille sur ce point permettra de favoriser les stimulations du côté négligé.

5. 3. 4. Les troubles mnésiques (5)

15 à 20% des patients atteints d'hémiplégie peuvent présenter des troubles de la mémoire mais leur importance, surtout à cette phase, n'est pas essentielle pour la famille.

D'après tous ces critères, nous avons donc choisi de faire apparaître dans notre livret :

- La présence possible de troubles du langage avec son explication succincte.
- L'information de la famille à propos de l'héminégligence, avec notamment quelques conseils vis-à-vis du placement par rapport au patient.
- La présence possible de troubles de la mémoire sans chercher à les détailler.

5. 4. Les déficiences viscérales

5. 4. 1. Les troubles vésico-sphinctériens (5,14)

La persistance, à long terme, des troubles vésico-sphinctériens est rare et la récupération de ce déficit est plus longue chez le sujet âgé. Leurs fréquences en phase de rééducation varient entre 20 et 30% selon les auteurs. Dans ¾ des cas, il s'agit d'incontinence urinaire, et dans le ¼ restant de rétention.

Une rééducation comportementale (miction programmée à heures régulières) dans le cadre des incontinences est alors mise en place. S'il existe une rétention, le sondage intermittent sera préféré à la sonde à demeure pour limiter le risque infectieux. Enfin, si cette dernière persiste, des examens complémentaires pourront être demandés par l'équipe médicale.

« *A noter que les troubles vésico-sphinctériens ont une valeur pronostique : leur persistance un mois après un A.V.C est corrélée à une mauvaise récupération neurologique et fonctionnelle* ». (5)

Plusieurs inconvénients surviennent à la suite de ces troubles :

- L'image d'une sonde urinaire n'est pas toujours agréable vis-à-vis de la famille.
- Leur négligence peut conduire à favoriser les risques de macération et donc, d'escarres.
- Une altération dans le bon processus d'écoulement peut nuire et provoquer des infections urinaires.
- Un risque majoré d'infection urinaire.

C'est pourquoi la famille, indirectement, doit être sensibilisée, surtout si elle venait par la suite à prendre en charge leur proche à domicile.

5. 4. 2. Les troubles de la déglutition (3, 19)

Les A. V. C. causent, dans 50% des cas, des troubles de la déglutition. Différents temps de celle-ci sont atteints (temps buccal et pharyngien). Survient alors des « fausses routes » avec notamment, pour conséquences, un encombrement et des infections pulmonaires à répétition. De plus, la coordination agoniste-antagoniste des muscles entourant l'os hyoïde n'est plus possible du fait de l'atteinte de la commande centrale. Enfin, notons que la fatigue des patients à cette période rend difficile la prise d'un repas.

Ces troubles posent plusieurs difficultés :

- Suppression de l'alimentation orale et mise en place de suppléments qui altèrent l'image de l'alimentation du patient.
- La famille amène souvent des sucreries, voire des « gâteries » mais se retrouve quelque part frustrée car non profitable pour leur proche.
- L'alimentation peut majorer le risque vital du trouble respiratoire : insuffisance respiratoire aiguë par prises alimentaire ou hydrique excessives.

C'est pourquoi il devient important d'éduquer la famille à ces différents risques. De plus, la modification des aliments, de l'eau peut permettre à l'entourage, pendant

les repas, de participer à l'alimentation du patient. Enfin, même à l'hôpital, les repas doivent être un moment familial privilégié, c'est-à-dire sans risque pour le patient, d'où notre implication pour expliquer quelques principes à la famille. « *Il est important d'éduquer l'entourage à la prise de repas et inciter celui-ci à participer au soin* ». (19)

5. 4. 3. Les troubles du transit (5)

L'alitement, l'immobilité, mais aussi l'atteinte du système végétatif ne favorisent guère le péristaltisme intestinal et jusqu'à 65% des hémiplégiques semblent avoir un retard du transit intestinal qui peut atteindre 14 jours. La prise en charge reste classique avec un lever précoce, un travail respiratoire, une adaptation diététique et un massage abdominal. Par conséquent, l'impact de la famille sur ce déficit n'est guère important.

En tenant compte de tous ces éléments, nous avons donc fait figurer dans notre livret :

- Les troubles respiratoires et les troubles de la déglutition en rappelant les principes essentiels de prise en charge, ainsi que quelques remarques concernant les fausses routes.
- Les troubles vésico-sphinctériens, essentiellement à titre informatif.

5. 5. La prise en charge masso-kinésithérapique (3, 5, 13, 14)

Cette prise en charge découle des déficiences détaillées ci-dessus et comprend une prise en charge orthopédique, respiratoire, cognitive et surtout fonctionnelle. En outre, le nursing fait également partie intégrante du travail du kinésithérapeute à l'hôpital.

5. 5. 1. L'installation du patient et les transferts

L'installation correcte du patient dans les différentes situations de la vie quotidienne est essentielle à son confort. En effet, une mauvaise installation favorise les déformations orthopédiques, génère des syndromes douloureux et est souvent responsable de complications majeures comme le syndrome algo-neuro-dystrophique, la sub-luxation antéro-interne de l'articulation gléno-humérale ou l'escarre. L'épaule d'une personne cérébro-lésée, en particulier dans les hémiplégies brachio-faciales est une articulation à risque, du fait du déséquilibre qu'il existe entre les stabilisateurs d'épaule, faibles, et les adducteurs de scapula et grand pectoral, spastiques. « *Fréquente, cette sub-luxation est retrouvée chez près de la moitié des patients hémiplégiques* ». (16) « *Quant à l'algodystrophie, elle semble toucher 25 à 50 % des patients hospitalisés en milieu de rééducation* ». (6)

S'ajoutent à cela la présence d'accessoires et d'aides techniques qui suscitent généralement des interrogations et des incompréhensions, notamment pendant les transferts.

Les familles sont souvent amenées à participer à l'installation du patient, voire à être un élément d'alerte si elle ne n'est pas correctement réalisée. Le retour à domicile implique l'entourage dans le confort, le positionnement des membres et les différents transferts du malade.

Tous ces facteurs nécessitent alors l'éducation de l'entourage pour une bonne installation, une bonne compréhension du rôle et de l'utilisation des aides techniques mis en place. Cette éducation à travers ces chapitres dans le livret permettra une sécurité, un confort réciproque dans la mobilité et dans les divers transferts du patient.

De ce fait, nous avons insisté sur plusieurs éléments :

- L'épaule de l'hémiplégique et le positionnement de l'écharpe « double anneau ».
- Le confort cutané par la mise en place de coussins anti-escarre et de matelas à eau.
- Le positionnement des différents membres et du tronc par l'ajout de coussins ou d'oreillers, dans les situations les plus couramment rencontrées, que ce soit à l'hôpital ou à domicile.

5. 5. 2. Le lever

Lors du premier lever, la présence du kinésithérapeute et/ou de l'aide-soignante est souvent nécessaire pour favoriser une bonne installation du patient.

La famille peut participer ultérieurement aux divers transferts du patient, c'est pourquoi, dans le livret, nous insistons sur les précautions à prendre avant de mobiliser un patient, à savoir :

- Mise en place d'un bas de contention, et ce d'autant plus que nous nous trouvons en phase aiguë (risque majeure de phlébite ou d'embolie pulmonaire).
- Placement du fauteuil du côté de l'hémiplégie, notamment pour éviter les traumatismes scapulaires et les problèmes de sonde ou autres tuyaux raccordés aux patients.
- Mise en place de l'écharpe comme évoquée précédemment.
- Description des différentes aides techniques utiles pour ce lever (disque pivotant, attelle cruro-jambière, planche de transfert).
- L'habillage, qui nécessite quelques connaissances, notamment pour préserver au maximum l'intégrité des articulations gléno-humérale (et coxo-fémorale). En outre, nous anticipons également sur le retour à domicile.
- Le chaussage, qui, d'une manière générale peut interpeller les familles, notamment sur le laçage.

5. 5. 3. Et la marche ?

En phase hospitalière, la marche n'est pas toujours accessible. En effet, elle nécessite une récupération et des capacités cognitives suffisantes, éléments plus tardifs dans l'évolution d'une hémiplégie.

Néanmoins, c'est en général sur la déambulation que la famille se pose souvent beaucoup de questions. Il faut alors leur expliquer que verticaliser le malade sans précaution peut lui être néfaste et qu'il existe certaines aides techniques pour faciliter le « réapprentissage » de cette fonction.

Dans notre livret, nous avons donc fait apparaître les aides techniques utiles pour la marche, à savoir la canne tripode, le releveur, ainsi que les conseils s'y rattachant.

5. 5. 4. Les troubles orthopédiques.

La prévention des troubles orthopédiques passe, d'une part, par une installation correcte (cf. précédemment) et d'autre part, par des mobilisations passives de toutes les articulations. Il est important de rappeler également que la spasticité majore le risque de rétraction et de déformation.
Là encore, les familles jouent un rôle prépondérant dans cette prévention. Le fait de les sensibiliser sur ces différents points évitera sans doute d'accentuer la spasticité, diminuera le risque d'ankylose et permettra d'impliquer l'entourage dans une prise en charge accessible quotidiennement, surtout si le patient venait à regagner son domicile.

C'est pourquoi, dans notre livret, il nous est paru judicieux de signaler :

- L'importance de la mobilisation passive ou auto-passive quotidienne, en prenant pour exemple l'auto-mobilisation des membres supérieurs.

- Les différentes installations du patient, et ce d'autant plus que la spasticité favorisera les attitudes vicieuses.

5. 5. 5. Les sollicitations.

Lors de la phase hospitalière, tout potentiel de récupération motrice doit être recherché et stimulé à bon escient. La famille, indirectement, participe à cette « ré »-intégration du schéma moteur du patient.

Il est vrai qu'en phase initiale, la participation de l'entourage est moindre qu'au domicile du patient mais le fait de les éduquer précocement sur « comment stimuler votre proche ?» sera autant bénéfique pour nous que pour le patient. En effet, si, en dehors des séances de rééducation, que ce soit en chambre ou à domicile, le patient continue à recevoir des stimulations dirigées et finalisées, nous pouvons penser que la récupération n'en sera que meilleure.

C'est pourquoi, le chapitre du livret à ce sujet met l'accent sur :

- Un exemple de mobilisation à faire faire à son proche sur conseils du kinésithérapeute (auto mobilisation).
- Des remarques sur la perte d'autonomie de la personne âgée. (favoriser sa participation lors des repas ou pendant sa toilette)
- Respecter la fatigabilité du patient.
- Éviter les sur-stimulisations et l'épuisement du patient.

6. DISCUSSION

Pour la pertinence du livret, il aurait été souhaitable de réaliser un questionnaire destiné aux familles afin de mieux cibler leur demande. Sans un souci de temps, nous aurions pu rencontrer plus de personnes. Nous aurions ainsi pu recueillir plus d'opinions et peut-être une approche différente de notre travail, car chaque famille possède son propre bagage de connaissances et chacune ne s'investit pas de la même façon envers leur proche.

Aussi, nous nous sommes aperçus qu'il n'est pas toujours évident de simplifier un domaine aussi complexe et large que la neurologie, surtout en essayant de « déborder » légèrement de la kinésithérapie. Néanmoins, ce travail reste enrichissant et cela nous a permis de vérifier à quel point il peut être difficile de se mettre à la place d'une famille lors de ces moments délicats. La difficulté majeure résidait dans l'adaptation du langage tout en proposant un livret attrayant et rapide à lire.

7. CONCLUSION

Ce travail écrit nous a permis de nous rendre compte de la difficulté à recueillir, trier et synthétiser des informations. Nous avons pris conscience de l'exigence que nécessite l'éducation d'un patient ou d'une famille.

Il a aussi contribué à améliorer notre compréhension des personnes gériatriques et à majorer notre intérêt pour ce genre de population. De plus, ce travail nous permet de nous rendre compte de l'importance d'un travail en équipe pluridisciplinaire, en terme d'information, d'éducation du patient et de sa famille. Cette communication au sein de l'équipe amène une confrontation de nos expériences et une meilleure connaissance de nos rôles respectifs dans la prise en charge de ses patients

Après évaluation et amélioration, pourquoi ne pas proposer l'élaboration d'autres sujets en gardant l'idée d'un livret pour le patient et sa famille, l'éducation occupant dans notre profession une place de plus en plus importante.

Enfin, ce travail restera malgré tout une satisfaction personnelle pour ma pratique future, à partir du moment où il permettra aux familles d'être mieux informées et mieux impliquées.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **BARAT M., AZOUVI P., WIART L. –** Négligence spatiale unilatérale. – EMC, Neurologie, 17-037-A-10, 2000, p.5 à 12.

2. **BLETON J. P. –** Actualité en neurologie : l'héminégligence. - Kinésithérapie Scientifique n° 349, octobre 1995, p. 57 et 58.

3. **BLETON J. P.** – Actualité en neurologie : La prise en charge paramédicale des troubles de la déglutition des accidents vasculaires cérébraux (AVC) – Kinésithérapie Scientifique n° 423, juin 2002, p. 45 et 46.

4. **BLETON J. P.** – Rééducation fonctionnelle de l'hémiplégie de l'adulte DOSSIER INFIRMIER n° 9, mai 1990, page 20.

5. **DAVIET J. C., DUDOGNON P. J., SALLE J. Y., MUNOZ M., LISSANDRE J.P., REBEYROTTE I., BORIE M. J.** – Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. – EMC (Editions scientifiques et médicales, Elsevier SAS, Paris), Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation, 26-455-A-10, 2002, 24 p.

6. **DE BATS M., DEBISSCHOP G., BARDOT A., SALMON M.** – La subluxation inférieure de l'épaule de l'hémiplégique. - Ann. Réadapt. Méd. Phys. 1974, 2, p. 185 à 189 et 210 à 213.

7. **DE LABARTHE J., GUERIN-BONVOISIN F.** – Atteintes des fonctions supérieures à la suite de lésions cérébrales : approche neuropsychologique. - EMC (Elsevier, Paris), Kinésithérapie – Médecine physique. – Réadaptation, 26-454-A-10, 1998, 6 p.

8. **FRANCE AVC** – Accident Vasculaire Cérébral – 101 questions/réponses : guide pratique pour les patients et leur entourage, 99 p.

9. **GIRARD R**. – Vivre avec une hémiplégie – Collection Handicap et réadaptation – Paris : SIMEP, 1987, 88 p.

10. **GOMEZ F. , HUGUET A. , JULLIEN E.** – Hémiplégie et vie quotidienne : Guide pratique à l'usage des patients, des familles et des professionnels, MASSON, p.21 à 57.

11. **MARIEB Elaine N.** - Anatomie et physiologie humaines. – Traduction de la quatrième édition américaine, De Boeck Université, 1999, p. 409 à 449.

12. **MAZAUX J.-M. , BRUN V., PELISSIER J.** – Aphasie 2000 : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires. – Masson 2000, 228 p.

13. **MAZAUX J. M. , LION J. , BARAT M.** – Rééducation des hémiplégies vasculaires de l'adulte. – Masson 1995, 181 p.

14. **MAZEVET D. , PRADAT-DIEHL P. ,PEVRIGOT M.** – Prise en charge d'un patient présentant une hémiplégie d'origine vasculaire – AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine, 2002 , éditions Scientifiques et Médicales ELSEVIER SAS.

15. **VIEL E., PLAS F.** – Neurologie centrale chez l'adulte et réadaptation – DOSSIER DE KINESITHERAPIE – MASSON, 134 p.

16. **YENIK A.** – L'épaule douloureuse de l'hémiplégie – Sous la coordination de GENTY M. et PRADAT DIEHL P. – Paris : Editions Frisons Roche, 1994, p. 45 à 52.

Pour en savoir plus :

17. **CHAUVIERE C.** – Rééducation de l'hémiplégie – Cours théorique de 2ème année à l'IFMK de Nancy.

18. **MEYER P.** – Hémiplégie et troubles associés – Cours théorique de 2ème année à l'IFMK de Nancy.

Site Internet :

19. **ANAES** – Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux – Juin 2002. (www.anaes.fr)

20. **ANAES** – Manuel d'accréditation des établissements de santé – Septembre 2004 (www.anaes.fr)

21. **CERFEP** – Centre régional de Ressources et de Formation à l'Education du Patient – (www.cram-nordpicardie.fr/Sante/EducationPatient/Presentation.html)

ANNEXES

ANNEXE I

ECOLE
DE KINESITHERAPIE
ET D'ERGOTHERAPIE
DE NANCY

57 bis, rue de Nabécor - 54000 Nancy - Tél. 03 83 51 49 09 - Fax 03 83 51 83 38 - c.c.p. Nancy 1657-23 L
Accès direct secrétariat : Tél. 03 83 51 83 33

Monsieur LARBALETRIER Jordan

Nancy, le 17/11/04

Monsieur,

Suite à votre demande de sujet particulier concernant votre mémoire, je vous informe que j'émets un avis favorable.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

R. CECCONELLO,
Directeur Technique.

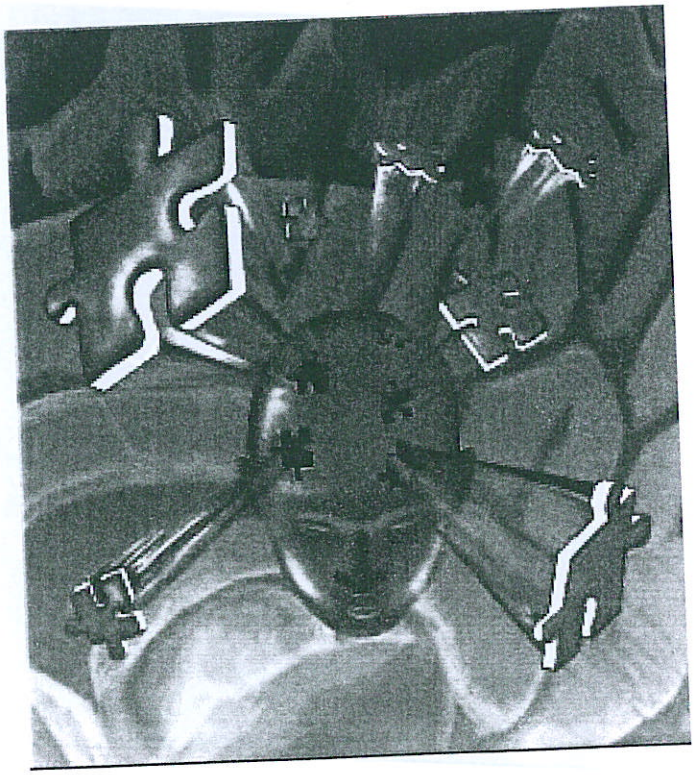
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION
en MASSO-KINESITHERAPIE
57 bis, rue de Nabécor
54000 NANCY

(Association déclarée, créée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Nancy, la Faculté de Médecine de Nancy, le Centre Hospitalier Régional de Nancy)

ANNEXE II

Veuillez trouver ci-dessous le livret correspond à mon travail écrit.

L'HEMIPLEGIE



EN PHASE HOSPITALIÈRE

Introduction

Madame, Monsieur,

Un de vos proches est actuellement accueilli à l'hôpital suite à un Accident Vasculaire Cérébral, survenu il y a quelques jours.

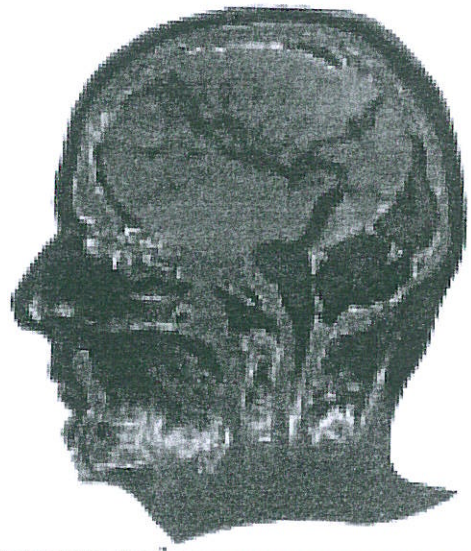
Face à cette nouvelle situation, vous devez sûrement vous poser un certain nombre de questions : qu'est-ce que l'hémiplégie ? Quelles en sont les conséquences ? Quel rôle peut jouer la rééducation à ce niveau?

C'est pourquoi nous mettons à votre disposition ce guide qui a pour but de vous informer et de vous donner quelques conseils sur cette pathologie.

Vous pourrez, de ce fait, mieux l'aider lors de son rétablissement et si certaines de vos questions restent sans réponses, n'hésitez pas à les aborder avec les médecins et le reste de l'équipe soignante.

Toute l'équipe se tient à votre disposition pendant la durée du séjour pour y répondre.

QU'EST CE QUE L'HÉMIPLÉGIE ?



L'hémiplégie

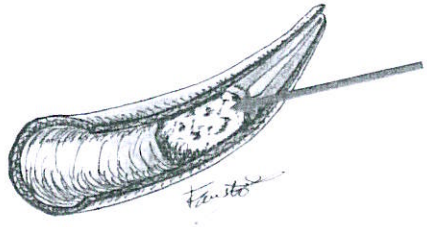
C'est *la conséquence* d'un Accident Vasculaire Cérébral (A.V.C, souvent appelé «**Attaque** ») qui peut se définir par la *perte*, plus ou moins complète de *mouvements volontaires*, localisée sur *une moitié* du corps. D'autres déficits peuvent s'ajouter à cette paralysie : trouble du langage, de la vision, de l'attention, de la sensibilité, de la mémoire…

Ces différents troubles vont être abordés mais il est important de rappeler que tous ces symptômes ne sont pas *systématiquement* présents après chaque A.V.C. Ils dépendent de la localisation et de l'importance de la lésion cérébrale.

Les 2 principales causes de l'AVC

1) La thrombose

C'est l'obstruction d'un vaisseau sanguin au niveau du cerveau :

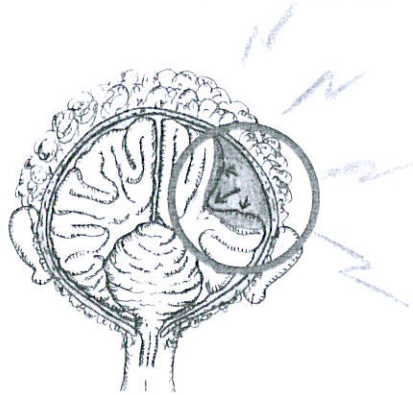


Un caillot de sang bouche l'artère, ce qui empêche le sang d'irriguer une partie des tissus du cerveau.

2) L'hémorragie vasculaire

Une artère se rompt et le sang se répand dans les cellules nerveuses avoisinantes et les comprime.

En conséquence, il apparaît une anoxie* de toute la zone cérébrale vascularisée par cette artère



***Anoxie :** altération des cellules par manque d'oxygène.

Les principales causes favorisant cette rupture sont une malformation artérielle **(anévrisme)**, mais aussi **l'hypertension.**

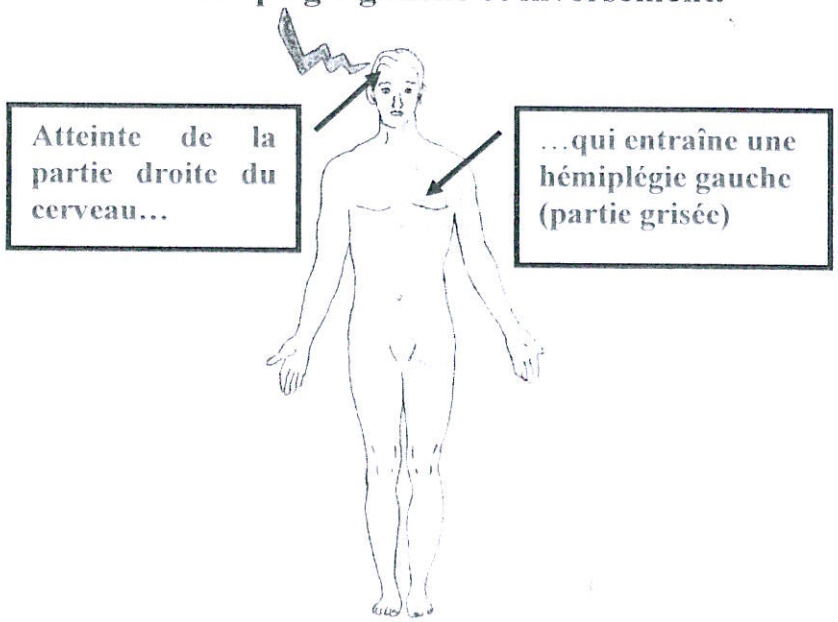
Le principal symptôme :

la paralysie d'une moitié du corps.

Elle touche, suivant les cas :

- Préférentiellement le visage et le bras.
- Préférentiellement la jambe.
- Toute la moitié du corps.

Une atteinte de la partie droite du cerveau entraînera une hémiplégie gauche et inversement.



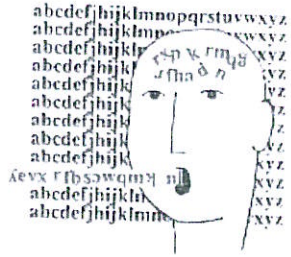
L'atteinte se situe du côté opposé à l'hémisphère atteint

Les troubles associés

Les troubles du langage : l'aphasie

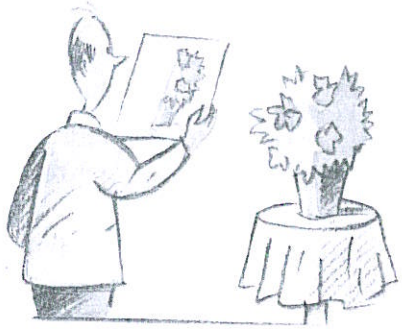
La personne a perdu, partiellement ou totalement, la capacité de communiquer. Elle ne peut plus ou éprouve des difficultés à :

- Parler
- Ecrire
- Calculer
- Comprendre



L'héminégligence

L'hémiplégique « *oublie* » la moitié gauche de l'espace qui l'entoure et ne répond plus aux stimulations qui lui sont présentées du côté gauche.



Si votre proche est touché par l'héminégligence :

- Lors des visites, placez-vous du côté hémiplégique pour l'aider à prendre en compte le côté négligé. (du côté gauche pour une négligence gauche).
- Placer ses centres d'intérêts (télévision, porte d'entrée, emploi du temps etc.) du côté de la négligence.

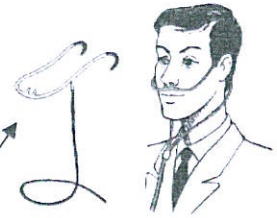
Les troubles visuels

La personne *ne voit pas* ce qui se passe du côté hémiplégique. On parle alors d'hémianopsie latérale homonyme.

Il faut donc qu'elle tourne complètement la tête du côté de la paralysie pour découvrir l'espace occulté.

Les troubles respiratoires

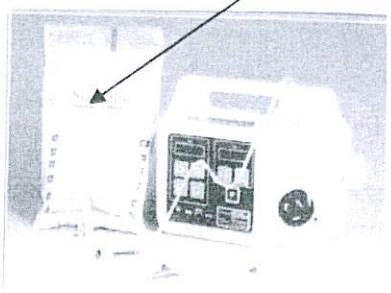
Les patients, alités pendant plusieurs jours, peuvent s'encombrer (notamment en cas d'infections pulmonaires) et nécessiter la mise en place de **lunette à oxygène.**



Les troubles de la déglutition

Votre proche peut avoir des difficultés à avaler (fausses routes). L'équipe soignante adaptera la nourriture et les boissons sous forme d'aliments mixés, d'eau gélifiée ou encore, d'eau gazeuse...

Lorsque le passage par la bouche devient délicat voire impossible, nous mettons en place une sonde naso-gastrique. L'alimentation se fait par l'intermédiaire de poche.



Sonde naso-gastrique : un tuyau, de petit calibre, passe dans le nez et va jusqu'à l'estomac

Lorsque vous voulez donner à manger (ou à boire) à votre proche, n'hésiter pas à demander l'avis de l'équipe soignante.

Pour éviter les fausses routes :

- **Mettez votre proche assis.**
- **Maintenez la tête légèrement en avant.**
- **Introduire les aliments ou l'eau du côté sain.**
- **Votre proche doit être attentif.**

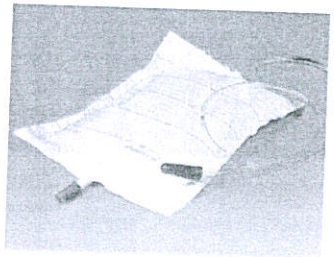
Les troubles vésico-sphinctériens

Le patient hémiplégique peut avoir des difficultés à retenir ses urines et ses selles : **on parle d'incontinence**.

A l'inverse, il peut exister un phénomène **de rétention** avec impossibilité d'uriner volontairement.

L'équipe soignante mettra alors en place :

- Soit des protections. *(si incontinence)*
- Soit une sonde urinaire. *(si rétention)*



Sonde urinaire avec sa poche

LA PRISE EN CHARGE KINÉSITHÉRAPIQUE

Généralités

Sur prescription médicale, un masseur-kinésithérapeute s'occupera régulièrement de votre proche.

Cette prise en charge s'adaptera **quotidiennement** à l'état général et aux progrès du malade.

Cette récupération peut prendre différentes formes :

- Rapide ou lente.
- Plus ou moins complète selon les patients.

Remarque :
Il est important de rappeler que la récupération est un phénomène dont on ne peut connaître à l'avance le résultat.

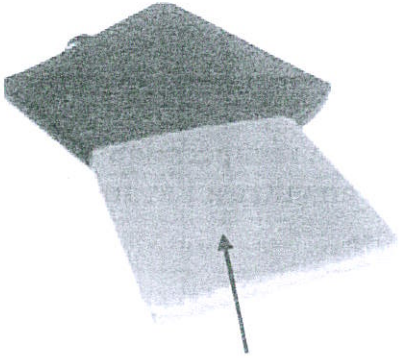
Le masseur-kinésithérapeute :

- **Vérifie** la « **bonne installation** » de votre proche.
- **Désencombre** les poumons du patient si besoin.
- **Mobilise** les différentes articulations.
- **Stimule** le patient.
- **Confectionne ou met à disposition** des aides techniques.

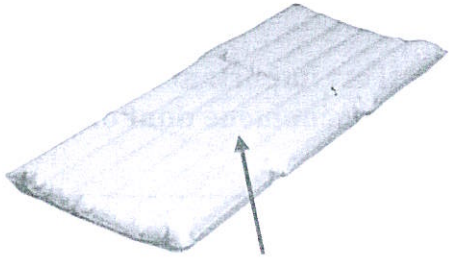
Installation du patient

Le but est d'éviter les problèmes cutanés **(escarres)** et les positions vicieuses en respectant le confort de votre proche.

- Utilisation de **supports anti-escarres.**
- Bon positionnement des membres à l'aide de mousses ou d'oreillers.



Coussin anti-escarre



Matelas à eau

Ces supports sont utilisés pour diminuer la pression dans les zones d'appui (tête, omoplates, fesses, talons), évitant ainsi les rougeurs et donc les risques d'escarre.

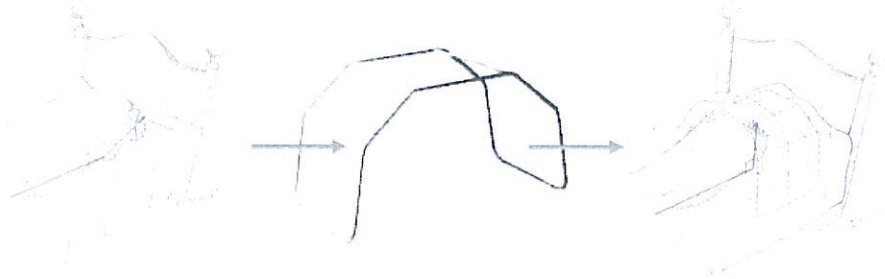
N'hésitez pas à signaler toute rougeur qui vous paraîtrait suspecte au niveau des points d'appui.

Une bonne installation au lit

- Tête légèrement surélevée, et placée dans l'axe du tronc. (1)
- Un ou deux oreiller(s) (2) sous le bras hémiplégique pour :
  - Mettre ce dernier dans le champ de vision du patient.
  - Faciliter l'évacuation d'un éventuel oedème. (mettre la main plus haute que l'épaule)
- Jambes légèrement écartées, pieds à la verticale, avec un coussin servant de « cale ». (3)

Remarque :
Attention à ne pas laisser pendre un bras ou une jambe déficitaire en dehors du lit.

La position de la cheville :



Ci dessus, la cheville est mal positionnée : **elle est mise en flexion par le poids des draps.** → ARCEAU → la cheville est à l'équerre et adopte LA bonne position.

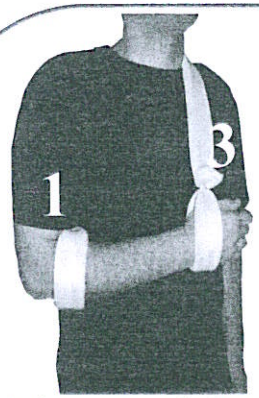
Une bonne installation au fauteuil

Nous utiliserons, si possible :

- Un fauteuil avec un **dossier haut** et inclinable.
- **Un coussin anti-escarre** sur l'assise.
- **Une écharpe de soutien** pour le bras hémiplégique.

En plus de l'écharpe, l'ajout d'un coussin sous le bras améliore le maintien de l'épaule

Nous alternerons les positions de la jambe hémiplégique pour éviter l'oedème de membre inférieur. (alternance genou tendu / genou fléchi)



Echarpe vue de **Face**

et de **Dos**

Pour mettre une écharpe sur le membre hémiplégique :

- Passer le bras atteint dans l'anneau et le ramener le plus près du coude. **(1)**
- Passer la sangle dans le dos puis par-dessus l'épaule opposée. **(2)**
- Attacher l'autre extrémité de la sangle au niveau du poignet de telle façon que la main soit légèrement plus haute que le coude. **(3)**

Mobilisation passive et active

L'objectif de la kinésithérapie : éviter **l'enraidissement** articulaire.

Comment ?

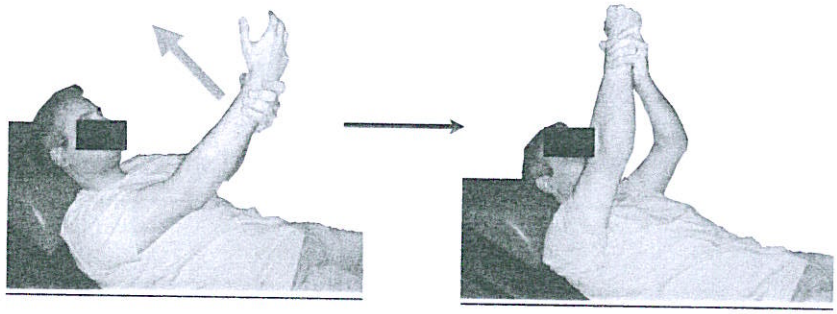
- Par la mobilisation **passive lente, douce et quotidienne** de toutes les articulations.
- Par un travail **actif** (des muscles) s'adaptant à la récupération du malade.

Remarque :

De manière générale, ce sont les articulations les plus proches du tronc (épaule, hanche) qui récupèrent le plus rapidement. Les mouvements nécessitant de la finesse récupèrent plus tardivement, voire difficilement.

La mobilisation passive

Exemple de mobilisation pour des patients relativement autonomes :



Auto-mobilisation du membre supérieur atteint avec la main valide.

Le travail actif

Le masseur-kinésithérapeute demande au patient de réaliser des mouvements volontaires, s'intéressant à une articulation, puis plusieurs. Ces exercices demandent beaucoup d'attention de la part de votre proche et doivent respecter sa fatigabilité.

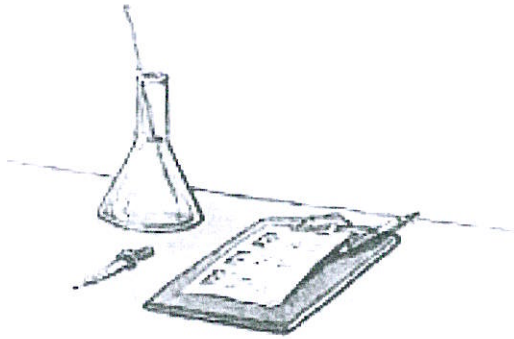
Les situations thérapeutiques seront le plus souvent variées avec des exercices en position allongée, assise, puis debout.

La marche en phase hospitalière n'est pas toujours envisageable du fait de l'insuffisance de la récupération motrice. Parfois, certaines aides techniques permettent de pallier à ce déficit pour pouvoir réaliser cette fonction. (cf. chapitre suivant)

Exemple : le masseur-kinésithérapeute demande au patient de fléchir sa jambe et aide celui-ci à réaliser le mouvement.

Remarque :

- **N'hésitez pas à faire participer votre proche, par exemple, pour sa toilette ou pendant les repas.**
- **Un patient hémiplégique est fatigable, c'est pourquoi la sur-stimulation est à éviter.**



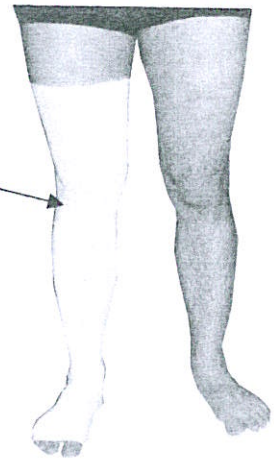
QUELQUES CONSEILS ET RECOMMANDATIONS

Le transfert lit =>fauteuil

Les précautions à prendre :

Avant de lever ou de mettre assise la personne, il est préférable :

- d'enfiler un bas de contention sur la jambe hémiplégique.
- de mettre une écharpe (cf. précédemment) sur le membre supérieur hémiplégique.
- d'installer le fauteuil du côté de la paralysie et le plus près possible du lit du patient.



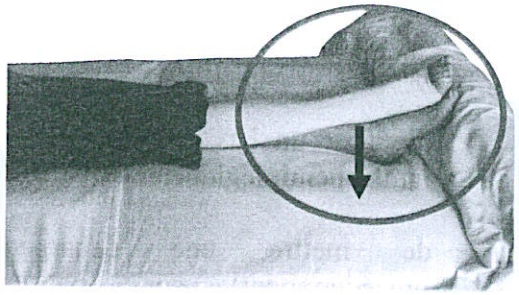
Remarque :

Assurez-vous de la longueur suffisante des sondes et des tubulures éventuellement raccordées au malade. (perfusion, sonde urinaire ...)

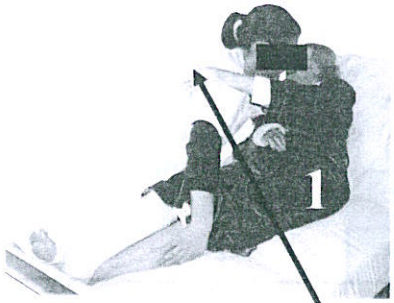
Les différentes étapes du transfert :

Suivant l'état de récupération du malade, ce transfert sera plus ou moins facilité par l'aide que pourra apporter votre proche.

La jambe hémiplégique est superposée sur le membre inférieur sain.



Ceci permet de soulager le poids des deux jambes. Le déplacement du membre inférieur lésé se fait par le membre inférieur sain.



Remarque :

Lorsque cela est possible, nous solliciterons une aide du patient en demandant de venir « chercher » notre épaule avec son membre supérieur sain.

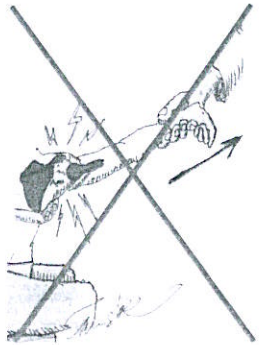
Noter qu'à aucun moment, nous ne nous servons du bras hémiplégique pour le transfert :

Notre main est située dans le dos du patient, **entre ses 2 omoplates, et non au niveau du cou :**

Les étapes du retour au lit restent identiques en prenant les mêmes précautions et en respectant les mêmes principes. Une fois allongé, nous ôterons l'écharpe et réinstallerons confortablement le patient comme décrit précédemment.

Un conseil :

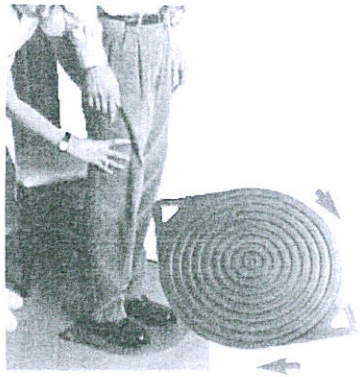
Ne tirez jamais sur le bras hémiplégique : vous risquez la luxation et le déboîtement de l'articulation !!!



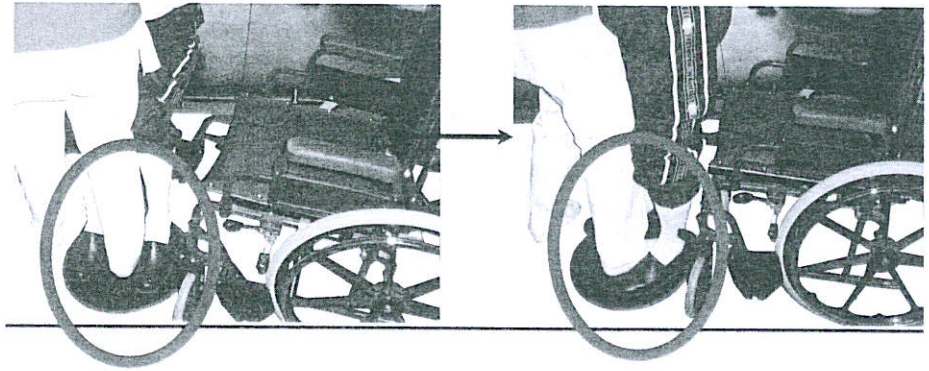
Les aides techniques

Parfois, des aides techniques sont nécessaires pour faciliter les transferts et éventuellement la marche :

Le disque pivotant :



Il permet de **pivoter** les jambes en même temps que le reste du corps, en évitant les risques d'entorse de cheville ou de genou.



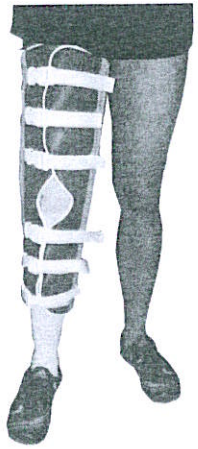
Exemple d'un transfert : Table de rééducation → Fauteuil Roulant

Comme le montrent les photos, notre jambe est placée **entre les deux pieds du patient** pour faciliter le pivotement du disque avec notre pied.

La planche de transfert

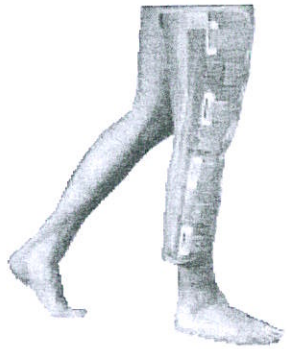
Placée **entre le matelas du lit** et **l'assise du fauteuil**, cette planche permet de faciliter le transfert par glissement du bassin sur celle-ci.

L'attelle de Zimmer



Elle est utile lorsque la récupération musculaire n'est pas suffisante pour assurer le « maintien » du genou.

Elle **verrouille l'articulation** du patient et aide à la station debout.



La canne tripode

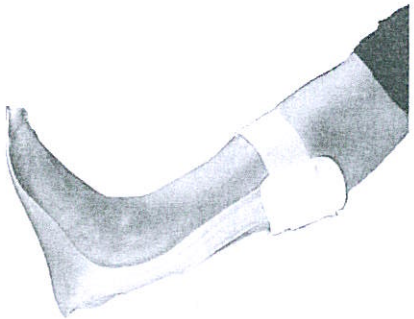
Lors de la déambulation et pour éviter les risques de chute, nous pouvons utiliser une canne tripode.

Remarque :
Cette canne, beaucoup plus stable qu'une canne anglaise classique, est placée du coté sain.

Le releveur de cheville

Il aide à « **relever** » le pied pendant la marche. De ce fait, il facilite le passage du pas. (les orteils ne raccrochent plus le sol)

Il diminue aussi les risques d'**entorses** en maintenant fermement l'articulation de la cheville.



Avec un releveur, nous vous conseillons l'utilisation de **chaussures « montantes »**.

L'habillage

L'habillage du haut :

2 façons de procéder :

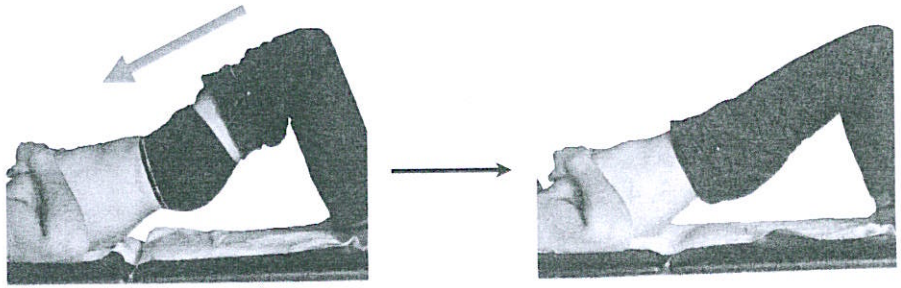
- soit nous passons les **deux** membres supérieurs **en commençant par le bras atteint**, puis nous enfilons la tête. (nécessite un vêtement ample)
- Soit nous enfilons **d'abord le bras atteint**, puis la tête, pour terminer avec le membre sain.

L'habillage du bas :

L'habillage du bas est un peu plus délicat.

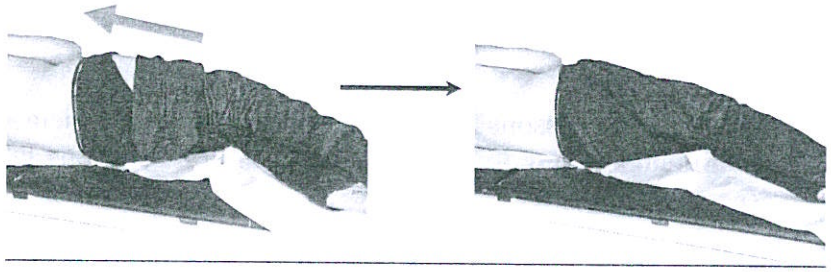
Là aussi, il existe **deux manières** de **terminer** l'habillage :

- soit votre proche est suffisamment actif pour pouvoir **soulever son bassin** en fléchissant ses jambes (cf. photos). Dans ce cas, le passage du vêtement reste aisé et rapide.



Réalisation du pont fessier en demandant au patient de soulever ses fesses du plan du lit.

- Soit la récupération n'est pas suffisante : nous devons alors enfiler côté par côté en commençant toujours par le côté atteint (en plaçant le malade sur le côté droit, puis sur le côté gauche ou inversement avec une attention particulière sur l'épaule atteinte).



Les chaussures

Nous utiliserons préférentiellement des chaussures :

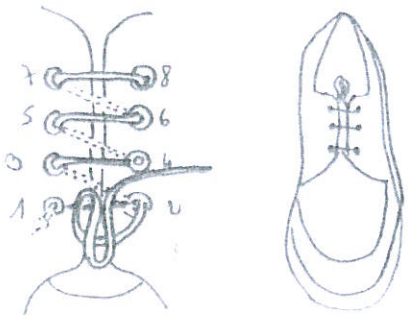
- Qui s'enfilent facilement (vérifiez que les orteils ne soient pas « repliés » dans la chaussure).
- Si possible avec des fermetures « velcro ou scratch».
- D'une pointure supérieure si votre proche porte un releveur.

Le laçage est réalisable **d'une seule** main, comme vous le montre le croquis A ci-contre. (ce schéma est à titre indicatif car il est difficilement réalisable en phase aiguë)

Faire un nœud à une extrémité du lacet, enfiler l'autre extrémité dans le trou n°1.

Continuer à lacer en passant dans les trous 2, 3, 4, 5, 6, 7 puis finir en 8.

Passer du 8 au 2. Enfin, pour faire le nœud de serrage, passer dessus puis dessous la portion de lacet tendu entre 1 et 2.



Croquis A

CONCLUSION

Nous espérons que ce livret a apporté un certain nombre de réponses aux questions que vous vous posiez.

Ces quelques pages se veulent être un bon moyen de vous accompagner dans le processus thérapeutique de votre proche tout au long de sa phase hospitalière et de permettre d'aborder les phases suivantes avec plus de sérénité.

N'hésitez surtout pas à rencontrer les différents membres de l'équipe pour avoir des réponses plus personnalisées à vos attentes, quels que soient les domaines.

Nous restons à votre disposition pour vous informer, vous accompagner et vous aider.