

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

**CRITERES DE RETOUR A DOMICILE D'UN PATIENT
HEMIPLEGIQUE.**

Rapport de travail écrit personnel
Présenté par **Elodie LEONARD**
Etudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
En vue de l'obtention du diplôme d'état
De Masseur –Kinésithérapeute
2004-2005.

SOMMAIRE

RESUME

	Page
1. INTRODUCTION	1
2. LES CRITERES A PRENDRE EN COMPTE DES L'ADMISSION DU PATIENT.	2
2.1. Les critères propres au patient.	2
2.1.1. L'âge.	2
2.1.1.1. Les patients âgés.	3
2.1.1.2. Les patients jeunes.	3
2.1.2. La situation familiale.	4
2.1.3. L'habitat.	5
2.2. Les critères propres à la maladie.	5
2.2.1. Le côté de l'atteinte.	5
2.2.2. L'étiologie.	5
2.2.3. La comorbidité.	6
2.2.4. Le délai de prise en charge.	6
2.2.5. La marche et l'activité manuelle.	7
2.2.6. La spasticité.	8
2.2.7. Les troubles cognitifs.	8
2.2.8. Les troubles associés.	9
2.2.8.1. Incontinence urinaire et ou fécale.	9
2.2.8.2. Les troubles de la sensibilité.	9
2.2.8.3. Les troubles du langage.	9
2.3. Conclusion.	10
3. LES CONSEQUENCES SUR LA REEDUCATION.	10
3-1 Les buts de la rééducation.	10
3-2 La précocité de la prise en charge.	10
3.2.1. Cas des patients âgés.	10

3.2.2. Cas des patients jeunes.	11
3.3. La rééducation.	12
3.3.1. Rééducation à la marche.	12
3.3.2. La rééducation du membre supérieur.	14
3.3.3. La rééducation vésico-sphinctérienne.	16
3.3.4. La prise en charge des troubles associés.	16
3.3.4.1. L'aphasie.	16
3.3.4.2. Troubles de la négligence spatiale.	17
3.3.4.3. Troubles praxiques.	18
4. BILAN FINAL ET EVALUATION DE L'AUTONOMIE.	18
4.1 Bilan.	18
4.2 L'évaluation de l'autonomie.	19
4.2.1. La M.I.F.	19
4.2.2. L'indice de Barthel.	20
4.2.3. L'épreuve de Tinetti.	20
4.2.4. La M.I.F et l'indice de Barthel.	20
4.2.5. Le time up and go test.	21
4.2.6. La grille AGGIR	21
4.2.7. L'échelle de Berg.	21
5. LE RETOUR A DOMICILE.	21
5.1. La préparation du retour à domicile.	22
5.2. Le retour à domicile.	22
5.3. Les aides pour le maintien à domicile.	23
5.4. Reprise de l'activité professionnelle.	23
5.5. La conduite automobile.	24
6. CONCLUSION.	24

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTON

L'hémiplégie peut se définir comme un déficit de la motricité volontaire d'un hémicorps, liée à l'atteinte d'une des deux voies pyramidales.

La principale cause, conduisant à une hémiplégie, est un accident vasculaire cérébral (AVC). Cet accident peut se présenter sous deux formes : l'ischémie est la plus fréquente et représente 80 % des cas, l'autre forme est dite hémorragique. Dans le cas d'un AVC d'origine ischémique, les principaux facteurs de risques sont : l'athérome, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabac et le cholestérol.

A ce déficit moteur, sont souvent associés des troubles de la sensibilité, du langage, de l'équilibre, des contrôles sphinctériens, etc. Ces troubles surajoutés vont majorer le temps de récupération de l'hémiplégie et entraîner des gênes fonctionnelles qui rendront plus difficile le retour à domicile.

Environ 125 000 nouveaux cas par an sont recensés en France. 20% de ces patients décéderont au cours de la première année et 12% conserveront un handicap sévère qui nécessitera une prise en charge lourde (10). Actuellement les AVC représentent la troisième cause de mortalité chez les adultes en France. D'après les études réalisées en 1988, 10% des survivants ne garderont aucune séquelle, 40% conserveront des séquelles légères, 40% seront porteurs de graves déficits et enfin 10% resteront en institution (20).

Pour un patient hémiplégique, et pour sa famille, le souhait le plus fréquemment exprimé est le retour à domicile dans les meilleures conditions possibles. De plus, la politique française actuelle est de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à leur domicile, afin de ne pas surcharger les différentes structures d'accueil pour personnes âgées

dépendantes (les unités de soins de longue durée, les maisons de retraite médicalisées, structures d'accueil en nombre insuffisant à ce jour).

Selon les différents auteurs, ce retour à domicile est réalisable dans environ 80 à 85 % des cas (9). Il est lié à la reprise de la marche. Une adaptation du logement a été effectuée dans 30% des cas, un changement de domicile dans 16% des cas (20).

Nous verrons tout d'abord, que dès l'admission du patient en centre de rééducation, certains critères sont importants à prendre en compte pour envisager son devenir et ses chances de retour à domicile. A partir de ces critères, nous mettrons en évidence les buts et les moyens de la rééducation. Nous verrons ensuite quelles sont les techniques d'évaluation de l'autonomie du patient.

2. LES CRITERES A PRENDRE EN COMPTE DES L'ADMISSION DU PATIENT.

Certains facteurs de pronostic péjoratifs doivent être évalués dès l'entrée du patient au centre de rééducation afin de préciser les chances de retour à domicile. Le bilan initial du patient hémiplegique est donc primordial, il doit être le plus complet possible et doit prendre en compte l'avis du patient ainsi que celui de sa famille.

2.1. Les critères propres au patient.

2.1.1 L'âge

Selon les études de PELISSIER, la fréquence de survenue d'un accident vasculaire cérébral est de 1 pour 1000 pour les personnes âgées entre 45 et 54 ans, et de 40 pour 1000 après 80 ans (20).

2.1.1.1. Les personnes âgées. (Patients âgés de plus de 80 ans).

Pour une personne âgée, l'hémiplégie entraîne une altération brutale des capacités (souvent déjà faible avant l'AVC).

De plus, le handicap engendré par l'hémiplégie s'additionne souvent à d'autres pathologies liées à l'âge du patient (Hypertension artérielle, diabète, arthrose, problème cardiaque...).

Au début de la prise en charge, il arrive que le patient ne comprenne pas toujours l'intérêt de sa rééducation (cependant l'existence d'une anosognosie doit être prise en compte). A cette altération de la motivation, il faut ajouter une faible participation du patient aux soins. Il finit donc par s'enfermer dans une spirale de passivité. Seuls les premiers progrès réalisés par le patient, mis en évidence par l'équipe soignante, lui feront prendre conscience de ses capacités et de ses progrès même s'ils restent faibles (26).

L'âge du conjoint est aussi prédominant car il présente souvent des déficiences liées au vieillissement. Celles-ci pouvant compromettre le retour à domicile.

Quant au patient âgé seul, le retour à domicile peut être délicat à envisager, il demande des aménagements du domicile et des aides extérieures parfois compliquées à obtenir ; la proportion d'hémiplégique âgé seul qui regagnent leur domicile est nettement inférieure à la moyenne, puisqu'elle n'est que de 55% (16).

2.1.1.2. Le patient jeune.

Même si l'hémiplégie est principalement une pathologie de la personne âgée, il ne faut pas oublier que l'AVC peut survenir chez un sujet jeune. Un quart des AVC surviennent avant 60 ans (3). Chez ce dernier, elle est perçue comme une cassure dans le projet de vie et dans la réalisation de soi.

L'étape la plus difficile pour ces jeunes patients est, sans aucun doute, celle de l'acceptation du handicap, aussi minime soit il, en fonction de la récupération. Une fois cette étape franchie, s'ensuit une phase de reconstruction de l'image de soi, et de réalisation d'un nouveau projet de vie en accord avec le handicap.

Pour un patient encore en activité sur le plan professionnel, la rééducation devra être la plus complète possible, pour permettre, non seulement une marche parfaite, mais aussi une reprise de ses activités antérieures (travail, sport, loisirs). Nous envisagerons donc ici une possible adaptation du poste de travail, voire même une réorientation professionnelle, en fonction du handicap final.

2.1.2. La situation familiale.

L'entourage du patient joue un rôle très important dès les premiers stades de la maladie pour le stimuler.

Lors de la décision du retour à domicile, l'équipe soignante doit prendre en compte les désirs du patient et de sa famille. Ainsi que les possibilités de prise en charge du patient par ses proches.

Les recommandations publiées par l'ANAES en décembre 2003 précise « qu'il est indispensable de rencontrer la famille dès le deuxième jour après l'admission, avant sa demande, à l'initiative de l'équipe pour informer du diagnostic quand cela est possible, discuter du pronostic vital et fonctionnel et recueillir les informations relatives à l'environnement social, familial et professionnel» (25). Selon l'étude réalisée en 2001, sur 93 patients au CHU de Rennes, plus de 96% des patients vivants en famille ou en communauté, sont retournés chez eux, contre seulement 72% des patients vivants seuls (21).

2.1.3. L'habitat.

Lors du bilan d'entrée du patient, il est nécessaire de recueillir le maximum d'informations concernant l'habitat du patient et ses habitudes de vie. Nous prendrons donc en compte la présence ou non d'escalier, d'une douche ou d'une baignoire, si le patient conduit, etc.

Nous cherchons aussi à évaluer le niveau de confort du domicile et si celui-ci n'est pas trop isolé. Pour préparer au mieux le retour du patient, la visite de son domicile, effectuée par les ergothérapeutes accompagnés du patient et de sa famille, permet de faire le point sur les aménagements à réaliser, et de mettre le patient en situation réelle.

2.2. Critères propres à la maladie.

2.2.1. Le côté de l'atteinte.

On distingue deux sortes d'hémiplégie :

-Celles qui atteignent l'hémisphère majeur vont toucher le côté dominant du corps humain et peuvent être associées à des aphasies, apraxies et agnosies.

-Les hémiplégies de l'hémisphère mineur, quant à elles, touchent le côté considéré comme étant le plus faible du patient et sont associées à des phénomènes d'héminégligences.

2.2.2. L'étiologie.

A la phase initiale, l'AVC d'origine hémorragique a souvent des manifestations plus complètes. Ces lésions sont souvent plus étendues que pour un AVC d'origine ischémique.

Cependant, pour les patients ayant survécus à cette première phase, le pronostic de récupération est meilleur. En effet, la résorption de la compression laisse place à des tissus sains alors qu'avec un AVC ischémique, les tissus sont altérés et des zones cérébrales peuvent

êtres détruites (10). Nous avons donc un pronostic de récupération sensiblement moins positif que dans le cas d'une lésion hémorragique.

2.2.3. La comorbidité.

La comorbidité se définit par l'ensemble des pathologies associées à une maladie, sans résulter de celle-ci.

Le patient âgé est parfois porteur d'autres pathologies comme l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol.

Suite à l'AVC, d'autres pathologies peuvent émerger comme une insuffisance respiratoire, une pathologie coronarienne et/ou une phlébite. Ces pathologies associées doivent être prises en compte lors de la rééducation.

Lors de la décision du retour à domicile par l'équipe de soins, l'équipe médicale et les infirmières doivent évaluer la capacité du patient à prendre son traitement, (respect des horaires, modalités de prise).

2.2.4. Le délai de prise en charge en centre de rééducation.

Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Cependant l'étude de S.Petrilli réalisée en 2001 sur 93 patients hémiplegiques, a démontrée que les patients pris en charge en rééducation dans les 17 jours post AVC sont rentrés chez eux, alors que les patients pris en charge après le vingt-cinquième jour post AVC ont été admis en institution spécialisée (21).

Une autre étude réalisée par FEIGENSON en 1977 conclut à une influence négative si le délai d'admission en rééducation est supérieur à 30 jours (7). Il convient donc de débiter au plus vite la rééducation afin de guider au mieux la récupération du patient.

2.2.5. La marche et l'activité manuelle.

Le mécanisme de récupération neurologique s'effectue en moyenne sur les six premiers mois suivant la survenue de l'AVC.

En ce qui concerne la marche, nous notons une réelle récupération lors des trois premiers mois suivant l'AVC. Environ 80 % des patients récupèrent une marche réalisée bien souvent avec une aide technique (sous la forme d'une canne tripode ou d'un rolator).

Cependant la marche n'est pas nécessaire pour permettre un retour à domicile. En effet, un patient hémiplegique autonome au fauteuil roulant et dont le domicile permet la circulation, pourra rentrer chez lui. Ce patient devra juste être capable de se transférer du lit au fauteuil, du fauteuil à la douche etc. Nous pourrions appeler cela la «marche d'appartement». Pour les différents patients autonomes à la déambulation, la prochaine étape consiste en la montée et descente des escaliers, ceci peut constituer une étape importante en vue du retour à domicile dans une maison à étage sans possibilité de vivre au rez de chaussé ou d'adapter les escaliers.

Du point de vue du membre supérieur, 80% des patients sont autonomes pour leurs activités de la vie quotidienne (AVQ), avec une récupération optimale durant les trois premiers mois. Le plus souvent, il s'agit des mêmes patients qui sont autonomes à la marche et pour les activités de tous les jours (10). Une activité manuelle peu précise et donc peu efficace nécessitera la mise en place d'aides techniques et humaines pour faciliter le retour et le maintien à domicile. Il faudra par exemple avoir recours à une tierce personne pour la prise des repas, la toilette, l'habillage.

2.2.6. La spasticité

La spasticité est une hyperexcitabilité de l'arc réflexe myotatique, entraînant une augmentation, sensible à la vitesse, du réflexe d'étirement (5). Nous considérons ici uniquement les conséquences délétères de la spasticité.

La spasticité du triceps sural qui sera compensée par un steppage à la marche, ou une spasticité accrue au niveau des fléchisseurs des doigts et du poignet, va rendre difficile la réalisation des activités de la vie quotidienne.

2.2.7. Les troubles cognitifs.

Lors d'une atteinte de l'hémisphère mineur, les troubles les plus fréquents sont :

-L'anosognosie : le patient n'a pas conscience de sa maladie. Cela entraîne des difficultés de rééducation car le patient n'a pas connaissance de ses troubles.

-L'hémianopsie latérale homonyme : Perte totale de la vue dans un hémichamps visuel. Le patient, qui a donc une vision perturbée de ce côté, va percuter ou emporter tout ce qui s'y trouve (Fig.1).

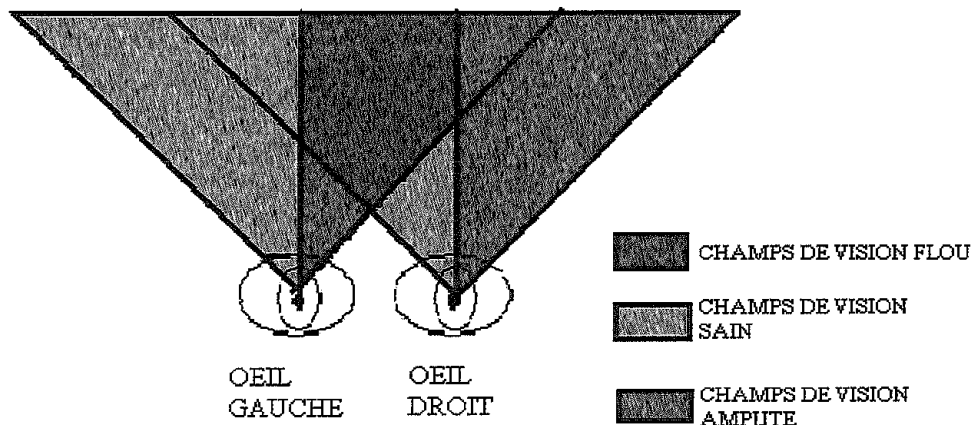


Fig 1: Schéma d'une hémianopsie latérale homonyme.

-L'héminégligence : le patient n'a pas conscience de son côté paralysé. (Quand son bras glisse hors du fauteuil roulant, il ne le sent pas et ne fait rien pour le réinstaller. Il risque alors de se blesser).

2.2.8. Les troubles associés.

2.2.8.1. L'incontinence urinaire et / ou fécale.

Des troubles de la continence sphinctérienne sont fréquents dans les premiers jours de l'hémiplégie. Quand le patient rentre chez lui, on peut mettre en place un système de couches, ou alors avoir recours aux services d'une infirmière pour réaliser les sondages et prévenir tous signes d'infection urinaire.

2.2.8.2. Les troubles de la sensibilité.

Une atteinte de la sensibilité superficielle va majorer le risque d'apparition d'escarres et ralentir la prise en charge du patient. Un déficit de sensibilité superficielle au niveau du membre supérieur augmente le risque de brûlures et de toutes autres lésions cutanées. L'altération de la sensibilité profonde, quant à elle, entraîne un mauvais contrôle des articulations du patient dans l'espace. Cela augmente, entre autre, les risques de chutes.

2.2.8.3. Les troubles du langage.

Les aphasies, fréquentes dans l'hémiplégie, vont engendrer une gêne quant à la communication, avec un problème majoré si le patient doit appeler à l'aide. En effet, l'aphasie est responsable d'un handicap social et de troubles de la compréhension. Le handicap occasionné peut-être plus important pour une personne vivant seule (21).

2.3. Conclusion.

Les facteurs de mauvais pronostic sont donc :

- L'absence de famille ou de conjoint.
- Un âge avancé (supérieur à 80 ans).
- Une habitation vétuste ou mal adaptée.
- Une atteinte ischémique.
- La présence de pathologies associées.
- La présence de troubles associés tels que l'aphasie, l'héminégligence.

3. CONSEQUENCE SUR LA REEDUCATION.

Nous allons envisager ici, ce que nous devons faire en rééducation pour qu'au final le retour à domicile se réalise le mieux possible.

3.1. Buts de la rééducation.

Le principal but de cette rééducation est de redonner au patient une autonomie maximale. Cette autonomie dépendra; de la récupération, de l'âge du patient, de sa situation familiale, de son habitat et de sa volonté à prendre part à la rééducation.

3.2. La précocité de la prise en charge : la sortie du lit.

3.2.1. Cas des patients hémiplésiques âgés.

Pour ces patients, la rééducation doit commencer le plus précocement possible afin d'éviter un alitement trop long, source de graves complications. En effet, ils risquent de développer différentes complications sur le plan respiratoire (encombrement), des problèmes

circulatoires (phlébites), des troubles cardiaques (décompensation à l'effort), des problèmes urinaires (lithiases), des troubles cutanés et trophiques (escarres), et surtout des phénomènes de désorientation temporo-spatiale.

Il est donc nécessaire de ne pas laisser trop longtemps un patient âgé au lit. Il faut le lever et le mettre au fauteuil le plus vite possible.

En dehors de contres indications médicales (persistance d'un hématome intracrânien, fragilité des carotides), le critère à prendre en compte pour la mise au fauteuil du patient est le bon maintien du tronc pour éviter que le patient ne s'effondre. Cependant, si le maintien postural n'est pas correct, la mise au fauteuil pourra être réalisée avec une installation spécifique (coussins spécifiques, sangles...) qui ne devra en aucun cas majorer la spasticité. Il faut ensuite adapter le fauteuil au patient, avec une assise recouverte d'un coussin anti-escarre, une gouttière pour l'avant bras du patient, pour éviter que la main de celui-ci ne tombe hors du fauteuil. Le choix du fauteuil se fait de manière progressive selon les capacités du patient à manoeuvrer l'appareil.

Au départ, le fauteuil est manoeuvré par la famille ou par l'équipe soignante. Au fur et à mesure des récupérations fonctionnelles du patient, nous passons à un fauteuil à double main courante ou un fauteuil à manillette pour l'autonomiser dans ces déplacements (11).

3.2.2. Cas d'un patient hémiplegique jeune.

Pour un patient jeune, les troubles du décubitus à éviter sont la décompensation à l'effort et l'apparition d'attitudes vicieuses par absence de mobilisation. Il convient donc, là aussi, de fournir au patient, le plus rapidement possible, un fauteuil roulant adapté.

L'amélioration motrice étant bien souvent plus rapide chez le sujet jeune, nous solliciterons plus rapidement le patient à la conduite de son fauteuil, afin de le rendre autonome le plus rapidement possible.

3.3. La rééducation.

3.3.1. La rééducation à la marche.

Pour un patient âgé, le principal objectif de la rééducation à la marche est d'obtenir une marche réalisée avec ou sans aides techniques, mais surtout avec le moins de risques de chutes possibles. La marche s'effectue donc le plus souvent avec un rolator ou une canne tripode. L'apprentissage de la marche est accompagné d'une rééducation de l'équilibre, de conseil de prévention des chutes et de l'apprentissage du relever du sol (12).

Comme vu précédemment, la marche n'est pas un critère pris en compte lors de la décision du retour à domicile du patient. En effet, un patient pratiquant une «marche d'appartement», c'est-à-dire le fait de se déplacer uniquement sur des petites distances entre le lit et le fauteuil, est tout à fait capable de rentrer chez lui avec un fauteuil roulant (à condition que l'habitat soit assez grand pour se mouvoir en fauteuil).

Cependant pour un sujet jeune, la marche est bien souvent nécessaire pour pouvoir espérer un retour à domicile et surtout une reprise des activités antérieures (travail, sport et loisirs).

Pour espérer recouvrer une marche la plus efficace mais surtout la plus sécurisante possible, nous devons avant tout restituer une station debout parfaite. Pour cela, nous commençons par des exercices en appui bipodal, pieds écartés d'une cinquantaine de centimètres et face à un miroir (18). Chez un patient hémiplegique, la répartition du poids du corps est bien souvent inégale. Nous allons donc le stimuler pour qu'il réalise une translation

d'un côté et de l'autre. Au début, nous pouvons nous aider des basculines pour offrir au patient un système de feed-back. Puis il fait l'exercice les yeux fermés. La difficulté est peu à peu majorée en demandant au patient de diminuer son polygone de sustentation, c'est-à-dire de rapprocher les pieds.

Pour préparer à la marche, nous nous devons de rééduquer les défauts les plus fréquents existant lors de la station debout, sinon ceux-ci seront majorés lors de la marche.

Nous travaillerons aussi l'équilibre du patient hémiplégique, avec une progression allant des plans stables puis instables et avec les yeux ouverts puis fermés.

Lorsque l'on a réussi à faire prendre conscience au patient de sa station debout, du bon contrôle de ces articulations, et de la translation du bassin d'un côté puis de l'autre, nous commençons à travailler la marche.

Pour commencer, nous nous plaçons dans les barres parallèles pour rassurer le patient, limiter son effort et favoriser un contrôle moteur sans syncinésies (18). Pour suppléer le tibial antérieur, si aucune flexion dorsale ne peut être obtenue au cours de la récupération neuromotrice, nous avons recours le plus souvent à la mise en place d'une aide technique (exemple du releveur interne à la chaussure du patient). Pour l'articulation du genou, l'apport du bio-feed back par indication goniométrique s'avère très utile pour le contrôle postural.

La marche en terrain accidenté sera travaillée pour tous les patients qui devront sortir de chez eux, seuls ou accompagnés.

Le travail de montée et descente des escaliers sera effectué chez tous les patients capables de se déplacer, même sur de très courtes distances. Dans bien des cas, la montée et descente des escaliers ne se fait que grâce à la présence d'une rampe. Or, dans les cas où le membre supérieur sain est inutilisable, nous devons aménager les escaliers avec une rampe de chaque côté, ou fournir au patient une aide technique. Pour la montée des escaliers, le membre

inférieur sain se trouve sur la marche supérieure. Ce qui peut être difficile pour le patient puisqu'il doit conserver un appui unipodal plus long que d'habitude sur le membre hémiplégique (13). Pour la descente des escaliers, le problème le plus souvent évoqué par les patients est la «peur du vide». Dans les premiers temps, nous nous plaçons devant le patient, et nous le stimulons pour qu'il se serve de la rampe. Le membre inférieur hémiplégique est descendu en premier.

La marche en enchaînant les deux pas, tels qu'elle est faite dans une montée ou descente normale, est rarement possible pour les patients hémiplégiques, nous pouvons cependant la travailler pour des patients présentant une aisance à la montée des escaliers.

3.3.2. La rééducation du membre supérieur

Quelque soit l'âge du patient, la rééducation du membre supérieur est primordiale pour un retour à domicile et pour une reprise des activités antérieures.

Le patient travaillera donc tous les gestes de la vie courante nécessaire pour un retour à domicile (la toilette, l'habillage, la cuisine, la prise de nourriture, la prise de médicaments, l'utilisation du téléphone en cas de problème...).

Nous tenterons donc de récupérer le maximum des amplitudes, nécessaires à la reprise des activités antérieures. Une épaule douloureuse, chez un patient hémiplégique, risque fort de compromettre les objectifs du patient, cette douleur est donc très importante à prendre en compte. Il existe souvent une subluxation inférieure de la gléno-humérale, mise en évidence par le signe du piston réalisé en position assise et par la palpation du vide sous acromial engendré. Nous pouvons l'évaluer grâce à la cotation de DE BATS (17) et [Annexe I]. Elle est due à une hypotonie des muscles deltoïdes et supra épineux. Pour lutter contre cette luxation, nous recommandons, par exemple, le port d'une écharpe deux points, lors de la mise

en charge et lors de la position assise du patient (si celui-ci ne peut poser son avant bras sur un plan stable). La stimulation électrique sur les muscles deltoïdes et supra épineux est utilisée en complément des orthèses de jour (écharpe, contention adhésive). Elle peut être portée en continu pendant plusieurs heures. Cette stimulation musculaire diminue la luxation en agissant sur les muscles coaptateurs de la gléno-humérale. Elle agit aussi sur les phénomènes douloureux et prévient l'algodystrophie (4).

La rééducation fonctionnelle du membre supérieur ne pourrait être globale sans la rééducation plus spécifique de la main.

Une main est dite fonctionnelle, quand elle permet de réaliser le plus de prises possibles.

Mais aussi et surtout, quand nous avons recouvré une sensibilité la plus parfaite qui soit. Nous commençons donc par la rééducation sensitive, avec des sensations de plus en plus fines. Tout au long de la rééducation, nous demandons au patient de localiser les différentes zones d'applications des stimulations.

On rééduque aussi la sensibilité profonde en stimulant la main et les doigts du patient lors de mobilisations passives. Le patient doit ressentir les différentes positions dans lesquelles nous le plaçons, et distinguer le sens de la mobilisation.

La rééducation motrice de la main sera vraiment efficace lorsque l'on aura retrouvé un début de sensibilité profonde de la main. Cette rééducation peut s'effectuer grâce aux techniques de rééducation cognitives de Perfetti.

Pour optimiser les chances du patient, la rééducation de la main doit plus que jamais avoir lieu en étroite collaboration entre les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.

3.3.3. La rééducation vésico-sphinctérienne.

A la phase aiguë de l'AVC, le sondage vésical est indiqué en cas de rétention urinaire et plus rarement afin de surveiller la diurèse. Il n'y a pas de prise en charge spécifique de l'incontinence urinaire. La récupération spontanée étant fréquente, l'exploration et les traitements ne seront habituellement abordés que dans un deuxième temps (3).

La rééducation sphinctérienne, dans le cas d'une vessie hyperactive est principalement basée sur une rééducation comportementale. On sollicite l'attention du patient sur la prise de conscience du premier besoin, et sur le temps de sécurité mictionnelle (18).

En général une rééducation sphinctérienne, si elle est correctement effectuée par le patient, et surveillée par l'équipe soignante (surveillance des mictions), sera couronnée de succès (23).

3.3.4. La prise en charge des troubles associés.

3.3.4.1. L'aphasie.

La capacité du patient à communiquer est importante à prendre en compte pour envisager le retour à domicile. Dans l'hémiplégie, le trouble associé le plus fréquent est l'aphasie. On distingue deux types d'aphasies :

-Aphasie de Broca ou aphasie motrice, se caractérise par un trouble de l'expression. Le patient reste muet ou émet quelques sons inarticulés ou quelques phrases brèves, toujours les mêmes. La compréhension du langage est aussi perturbée.

-Aphasie de Wernicke ou aphasie avec prédominance des troubles de la compréhension. Le patient ne comprend pas ce qu'on lui dit. Il déforme les mots où utilise les uns pour les autres.

En cas d'aphasie, environ un quart des patients récupèrent un niveau de langage comparable au niveau antérieur, la moitié garde des séquelles invalidantes, un dernier quart conserve des difficultés sévères de communication (22).

La rééducation de l'aphasie se fait principalement par des séances d'orthophonie, mais une fois de plus, toute l'équipe soignante doit stimuler le patient lors de chaque soin.

Cette rééducation est commencée dès le début de la prise en charge. La famille joue un rôle très important pour stimuler le patient, mais aussi pour l'aider à se concentrer et à travailler sa mémoire. Nous commençons par l'exercer sur des mots courts et simples, les premiers mots venant à l'esprit du patient, ils seront ensuite associés pour former des phrases de plus en plus complexes.

Pour des patients atteints d'aphasie grave, quand il paraît évident qu'il sera impossible de rétablir le langage, il faut appliquer des techniques visant à maintenir la communication active entre le patient et sa famille. On utilisera donc des moyens différents du langage parlé : gestes, mimiques, dessins schématiques, onomatopées (19).

3.3.4.2. Les troubles de la négligence spatiale.

L'atteinte la plus fréquemment associée dans le cas d'une hémiplegie gauche chez un patient droitier, est l'héminégligence. Le patient néglige totalement et inconsciemment son côté gauche. La rééducation est commencée très précocement, dès la phase hospitalière, en attirant l'attention du patient sur la gauche.

Toute l'équipe soignante et la famille doivent participer à cette rééducation, pour que le patient prenne conscience de son hémicôté gauche, où qu'il compense son héminégligence.

3.3.4.3. Les troubles praxiques.

Le patient hémiplégique présente souvent des troubles praxiques associés. Ces troubles ont principalement des conséquences au niveau fonctionnel. Pour mettre en évidence ces troubles, nous demandons au patient de réaliser certains gestes de la vie courante (tourner une clé dans la serrure, se brosser les dents...).

La rééducation de ces troubles se fera principalement grâce à l'ergothérapie, mais toute l'équipe doit stimuler le patient lors des différentes activités (la toilette, le repas, l'habillage...).

En décembre 2003, l'ANAES et son groupe de travail ont retenu comme condition favorable au retour précoce : «l'intégrité des fonctions supérieures (orientation temporo-spatiale, praxies et gnosies)» (25).

Lors de la décision du retour à domicile, nous devons donc prendre en compte les capacités du patient à se repérer dans un nouvel élément (hors de la structure du centre de rééducation) et la capacité à réaliser des actes de la vie courante. Tout ceci sera évalué par des tests validés, concernant l'autonomie, l'équilibre et l'absence de risque de chute du patient.

4. LE BILAN FINAL ET L'EVALUATION DE L'AUTONOMIE.

4.1. Le bilan.

Le bilan final sera principalement fonctionnel. Nous tâcherons de mettre en évidence si le patient est apte à retourner chez lui sans risque pour lui, ni pour les autres.

En plus des bilans traditionnels sur les amplitudes, la sensibilité, la force musculaire. La récupération fonctionnelle sera le point le plus important à évaluer.

Ceci se fera grâce à des échelles, et des scores spécifiques pour l'évaluation de l'autonomie des patients hémiplégiques et/ou âgés.

4.2. L'évaluation de l'autonomie.

Il existe différentes échelles et scores pour évaluer l'autonomie du patient hémiplégique. Nous nous contenterons ici de ne détailler que les échelles les plus fréquemment utilisées par les services de rééducation.

4.2.1. La M.I.F [Annexe IV]

La M.I.F (la mesure de l'indépendance fonctionnelle) évalue les possibilités du patient à réaliser des actes de la vie quotidienne, regroupés en 6 grandes catégories. Chacune d'elles regroupent plusieurs items, qui sont cotés selon 7 niveaux. On obtient donc une note globale, avec un maximum de 126.

Cette évaluation est réalisée à l'entrée du patient au centre de rééducation et tout au long de la rééducation (avec des fréquences propres à chaque centre et unité de soins), la dernière est réalisée avant la sortie du centre. Cette échelle d'évaluation étant plutôt subjective, nous faisons en sorte qu'elle soit réalisée par le même soignant.

Dans une étude sur la M.I.F, Alexander, propose que «les patients ayant une M.I.F supérieure à 80 à l'admission, bénéficient d'une rééducation ambulatoire ou d'un court séjour pour préparer le retour à domicile. Pour tous les patients avec une M.I.F entre 40 et 80, un séjour dans un service de rééducation est nécessaire» (1).

Dans le cas où un patient présente une MIF inférieure à 40, en fin de récupération, se posera alors le problème du choix de la structure d'accueil (24).

4.2.2. L'indice de BARTHEL. [Annexe VI]

L'indice de BARTHEL, proposée en 1955 par Mahoney et Dorothea Barthel reste le plus utilisé chez les hémiplésiques. Il comprend 10 rubriques d'activité simple de la vie quotidienne, le score total est établi sur 100. Il se révèle être un bon prédicteur de l'évolution de l'hémiplégie. Nous savons que les patients qui atteignent le seuil de 30 avant la fin du 1^{er} mois d'évolution, retrouvent tous la marche.

Le score de 60 correspond à une autonomie compatible avec le retour à domicile avec une aide moyenne (indépendance assistée). A 85, l'hémiplésique peut pratiquement vivre seul (aide minime) (10). Dans son étude, Condouret prouve que si le score du bilan initial est supérieur ou égal à 20, le retour à domicile est possible dans 92% des cas, mais dans le cas contraire il est possible dans 50% des cas (2).

4.2.3. L'épreuve de TINETTI. [Annexe III]

Ce test proposé par Maria TINETTI en 1986, permet une évaluation quantitative de l'équilibre et de la marche, dans diverses situations. Le score de 5 anomalies apparaît comme une valeur limite permettant de séparer sans ambiguïté les chuteurs des non chuteurs (12).

4.2.4. MIF et BARTHEL.

Dans son étude, LE BOT-LE BORGNE, considère que les patients rentrent facilement à domicile à partir d'une MIF à 100 et d'un BARTHEL à 60. Une aide totale semble nécessaire pour une MIF à 50 et un BARTHEL à 10 (15).

4.2.5. Le timed up and go test. (Version chronométrée du get up and go test.) [Annexe I]

Le patient se lève d'un fauteuil, marche 3 mètres, se retourne, revient et s'assied dans le fauteuil. Ce test permet de déterminer la mobilité des patients selon 3 groupes :

Les sujets qui réalisent le test en moins de 20 secondes sont totalement indépendants (possibilité de sortir dehors avec sécurité).

Les sujets qui réalisent le test en 30 secondes ou plus sont dépendants physiquement pour l'ensemble des actes de la vie courante.

Les sujets qui réalisent le test en plus de 20 secondes mais moins de 30 secondes ont des aptitudes de mobilité incertaines (27).

4.2.6. La grille AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources.

[Annexe II]

Cette grille d'évaluation mise au point par le Syndicat national de gérontologie clinique sert à évaluer l'état fonctionnel et à classer les besoins de soin et d'aide du sujet au sein d'un référentiel à 6 niveaux.

Les groupes iso ressources (GIR) correspondent aux profils les plus fréquents d'association de variables. Le GIR 1 correspond aux personnes les plus dépendantes, le GIR 6 pour les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante. Elle permet aussi aux patients reconnus GIR 1 à 4, de bénéficier de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) (8).

4.2.7. Echelle d'équilibre de BERG. [Annexe VII]

L'échelle d'équilibre de Berg est composée de 14 tests cotés de 0 à 4. Plus le score est haut, plus le sujet a de l'équilibre. On obtient un score maximal sur 56 points (5).

5. LE RETOUR A DOMICILE.

5.1. La préparation du retour à domicile.

Afin de préparer au mieux le retour à domicile du patient, nous devons prendre en compte ce que le patient réussit à faire au niveau fonctionnel. Nous devons confronter la demande du patient, l'environnement dans lequel il se prépare à retourner, et ses capacités à vivre dans ses conditions.

Pendant la rééducation et pour préparer le retour à domicile, une visite à domicile est souhaitable, voire indispensable. Elle sera réalisée par une équipe comprenant : un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une infirmière et une assistante sociale. Cette visite se fera en présence ou non du patient et de sa famille. Elle aura pour but de prévoir les modifications éventuelles à apporter, les services d'aides à mettre en place, et les aides techniques nécessaires.

Le patient et sa famille éprouvent fréquemment de l'appréhension face au retour à domicile. Pour les rassurer, nous proposerons des permissions de fin de semaines ou des sorties thérapeutiques de quelques jours.

Le patient et ses proches pourront ainsi rendre compte à l'équipe de rééducation des difficultés rencontrées et si le retour à domicile leur paraît réalisable. L'équipe proposera alors des solutions qui faciliteront le retour à domicile.

5.2. Le retour à domicile.

L'annonce de la sortie du centre de rééducation est vécue comme une grande nouvelle, mais s'accompagne aussi d'une certaine appréhension pour le patient comme pour sa famille.

Le retour à domicile, même s'il est souhaité depuis le début de la rééducation, ne doit cependant pas être effectué dans la précipitation.

5.3. Les aides pour le maintien à domicile.

Les aides proposées au patient pour faciliter son adaptation au domicile sont nombreuses. Parmi celles-ci nous pouvons noter le système de l'hospitalisation à domicile (HAD) : ce service est proposé sur une durée de 1 à 2 mois. L'équipe de l'HAD est le plus souvent composée d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'une infirmière et d'une assistante sociale, sur la prescription du médecin de rééducation ou du médecin traitant. Elle intervient à tour de rôle chez le patient. Elle évalue les capacités du patient à s'adapter à son domicile et continue la rééducation. Tout au long de l'HAD, l'équipe précise les progrès du patient et ses doléances sur un livret de suivi. La fin de l'HAD est décidée en accord avec le patient, la famille, le médecin et toute l'équipe.

Pour aider le patient dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne, nous pouvons proposer aux patients des services d'aides ménagères, de garde à domicile. Dans l'objectif de sécuriser le patient et sa famille, nous pouvons mettre en place un système de surveillance par téléalarme. Les activités de la vie quotidienne nécessitant le plus souvent des aides sont : la toilette, l'habillage, la prise des repas et la montée des escaliers. [Annexe V]

5.4. Reprise de l'activité professionnelle.

Les possibilités de reprises de l'activité professionnelle dépendent de nombreux facteurs, individuels, liés directement aux déficiences et aux incapacités. Mais dépendent surtout du contexte social dans lequel évolue le patient. Il nous faudra évaluer le plus précisément possible les séquelles du patient : problèmes sensitifs du membre supérieur, héminégligence, HLH, des séquelles cognitives (22).

La reprise d'une activité professionnelle après un an d'évolution, chez les patients en âge de travailler, se réalise dans 15% des cas. La poursuite de l'activité antérieure toutefois, ne dépasse pas 10% des sujets (16). La reprise est souvent organisée à deux ans de l'AVC.

Des démarches sociales sont à envisager auprès de la CPAM, de la COTOREP, l'assistante sociale, l'employeur et le médecin du travail.

5.5. La conduite automobile.

L'évaluation de l'aptitude à conduire d'un sujet hémiparétique, suite à un AVC, est une entreprise pluridisciplinaire. Le handicap locomoteur en soi n'est pas une contre-indication à la reprise du volant. On y pallie facilement en adaptant le véhicule. Les troubles cognitifs sont plus problématiques et doivent être recherchés systématiquement.

Un test pratique permettra plus facilement de donner un réel aperçu des capacités du patient à reconduire sans danger pour lui et pour les autres (14).

Pour pouvoir reconduire le patient devra : passer une visite médicale, et passer une épreuve technique destinée à vérifier que les aménagements nécessités par le handicap, sont bien adaptés et utilisés correctement par le candidat.

6. CONCLUSION.

De nombreux facteurs jouent un rôle important, quant aux possibilités pour un patient hémiparétique de retourner à son domicile.

Au-delà de ses facteurs, il faut surtout prendre en compte les désirs du patient et de sa famille. Nous ne pourrions obliger un patient à rentrer chez lui, si celui-ci préfère rester dans une structure de soins adaptée.

Le facteur qui paraît le plus important à prendre en compte, semble être celui de l'entourage familial. Sa présence auprès du patient, sa volonté de l'accueillir ou de s'occuper de lui plus souvent que d'habitude est un facteur capital pour la réussite du retour à domicile.

La possibilité de retour à domicile doit être entrevue dès l'admission du patient dans le service de rééducation. Elle devra être évaluée continuellement en fonction de ses progrès, des changements d'avis du patient ou de sa famille.

Malgré plusieurs facteurs prédictifs d'un non retour à domicile présents à l'entrée au centre de rééducation, nous devons cependant tout mettre en œuvre, pour permettre un éventuel retour chez lui, si tel en est son vœu.

Ses facteurs ne doivent pas décider arbitrairement du sort d'un patient en se basant uniquement, sur son âge, sa situation familiale ou son habitation. A chaque fois que nous serons confrontés à une décision de retour à domicile, nous devons étudier au cas par cas, les motivations du patient et de sa famille.

Un patient motivé et soutenu par sa famille, pourra réaliser les aménagements nécessaires à son retour chez lui. Il fera bien souvent preuve de beaucoup de motivation en rééducation pour être considéré comme apte à rentrer chez lui.

Il serait intéressant de pouvoir réaliser un suivi à long terme de ces patients, de mettre en évidence les difficultés rencontrées au quotidien et leur qualité de vie dans une structure moins protectrice qu'un centre de rééducation ou qu'une autre structure spécialisée.

1-ALEXANDER MP.- Stroke rehabilitation outcome. A potential use of predictive variables to establish levels of care. *Stroke*1994; 25, p128-134.

2-AYMARD C. -Médecine de rééducation et hémiplégie vasculaire. Ed : Frisson Roche. Paris 1994. 178 p.

3-AZOUVI P, BUSSEL B. -Médecine de rééducation et hémiplégie vasculaire. Ed : Frisson Roche. Paris 1994. 178 p.

4-CHANTRAINE A, GREMION G, FRISCHNKNECHT R, DE BOSSET C. -Correction de la sub-luxation de l'épaule hémiplegique par la stimulation électrique. Actualité en rééducation fonctionnelle et réadaptation. 18^e série. Masson. Paris. 1993.

5-CHAUVIERE C. -La spasticité. Kinésithérapie, les cahiers. N° 2-3. Février Mars 2002. p.66-71.

6-Echelle d'équilibre de BERG-*Berg balance scale*. Kinésithérapie les cahiers. N° 32-33- Août septembre 2004/ p.50-53.

7-FEIGENSON JS, MAC DOWELL FH, MEESE P, MAC ACRTHY ML, GREENBERG SD. -Factor influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. Part 1: analysis of 148 unscreened patients, medical and functional prognostic indicators. *Stroke* 1977, 8, p651-656.

8-FRANCO A, COUTURIER P. -Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. La revue du praticien. 2002, 52 14, p1599-1604.

9-GALIEN P. -Prise en charge de l'hémiplégique après le retour à domicile.

10-GIRARD R. -Vivre avec une hémiplégie. Collection handicap et réadaptation. 1987.

11-GOMEZ F. -Hémiplégie : rééducation précoce de l'adulte. Paris Libbey 1988. 90 p.

12-GONZALEZ L, GREGOT J-P, ALBRAND G, COUPRON P. -Intérêt de l'épreuve de TINETTI dans l'évaluation des troubles de l'équilibre et du risque de chutes en pratique gériatrique hospitalière. Actualité en rééducation fonctionnelle et réadaptation. 19^e série. Masson. Paris 1994. p315-324.

13-JOHNSTONE M. -Le patient hémiplégique : principes de rééducation.- 2^eème éd.-Paris : Masson, 1987. -100p

14-KIEKENS C, STRYPSTEIN E, BATEN G. -Hémiplégie vasculaire et conduite automobile. Médecine de rééducation et hémiplégie vasculaire. Ed : Frisson Roche. Paris 1994. p 165-173.

15-LE BOT-LE BORGNE MP, GALLIEN P, NICOLAS B, ANFRE G, BRISSONT R.
-Réinsertion à domicile de l'hémiplégique : intérêt de la MIF. Actualité en rééducation fonctionnelle et réadaptation, 19^e série. Masson. Paris 1994. p304-309.

BIBLIOGRAPHIES

16-LE THIEC F, MANE M, GUINCESTRE JY, LECOUTOUR X, LEROY F.

-L'hémiplégie vasculaire en Basse-Normandie mortalité et devenir fonctionnel. Annales réadaptation médecine physique 1996, 39 ; 131-142.

17-LIGNY Y, BOR Y, PERRIGOT M. -Apport de l'électro-stimulation dans la prévention du syndrome algo-dystrophique de l'épaule chez l'hémiplégique. Actualité en rééducation fonctionnelle et réadaptation. 11^e série. Masson. Paris. 1986. p33-39.

18-MAZAUX J-M, LION J, BARAT M. -Rééducation des hémiplégies vasculaires de l'adulte. Paris Masson, 1995. – 200 p.

19- MAZZUCHI -Aphasie 2000. Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires. Paris Masson 2000. Problèmes en médecine de rééducation n°39, p 107-113.

20-PELISSIER J, MOULIN M, BOUFFARD VERCELLI M, BRUN V, GALTIER F, CODINE P, PERPERE F. -L'hémiplégie un an après l'ictus. Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation. Masson. Ed. Paris 1988, 347-355.

21-PETRILLI S, DURUFLE.A, NICOLAS.B, PINEL.J.F, KERDONCUFF.V, GALLIEN P. -Hémiplégie vasculaire et retour à domicile. Annales réadaptation de médecine physique. 2002 ; 45 ; 69-76.

22-PRADAT-DIEHL P, SCHNITZLER A, MAZEVET D, CHEVIGNARD M. -Reprise du travail après accident vasculaire cérébral. Médecine de rééducation et hémiplegie vasculaire. Ed : Frisson Roche. Paris 1994. p 157-164.

23-ROBAIN G, LAURENT.L, VU.P, PIERA.JB. -Troubles vésico-spinctériens et ano-rectaux dans les hémiplegies vasculaires. Rééducation de l'hémiplegie vasculaire. Actes des 16^e entretiens de l'institut de Garches. Ed : Frisson roche. Paris 1994. 124-130.

24-VUADENS P, BARAT.B. -Quelle prise en charge en rééducation pour le patient hémiplegique âgé. M&H, 1999, 57, 1077-1080.

Autres références

25-ANAES : Service des recommandations professionnelles. Retour à domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Décembre 2003.

26-www.geh.be : Groupe d'entraide pour hémiplégique. Article de DE PLAEN M, CARIERE T.

27- www.adorado.populus.org : **MOUREY F.** Docteur es science. Service de médecine gériatrique. Centre de gérontologie de Champmaillot. CHU DIJON CEDEX ;

ANNEXES

ANNEXE I

Test «Get up and go» de MATHIAS & version chronométrée «Time up and go»

Test effectué avec chaussures et aide technique si nécessaire.

- Demander à la personne de se lever de la chaise d'une hauteur de 46 cm avec accoudoir.
- La personne marche droit devant elle sur 3 mètres
- La personne effectue un demi-tour rapidement
- La personne retourne en direction de la chaise
- La personne s'assied sur la chaise

Chronométrage du temps total mis pour effectuer ce test : 10 secondes = temps normal.

Un 1er essai est effectué sans chronométrage

Classification de DE BATS.

Stade 1 : Perte du cintre gléno-huméral.

Stade 2 : Tangente au pôle supérieur de la glène.

Stade 3 : Tangente dans le tiers supérieur de la glène.

Stade 4 Tangente dans le tiers moyen de la glène.

Stade 5 : Tangente dans le tiers inférieur de la glène.

ANNEXE II

La grille AGGIR

La grille nationale **AGGIR** (**A**utonomie **G**érontologique - **G**roupes Iso-Ressources) est l'outil officiel d'évaluation de la dépendance des personnes âgées.

Elle est remplie par un médecin ou une équipe spécialisée et permet de déterminer le degré de dépendance d'une personne.

Elle se présente sous la forme d'un questionnaire destiné à apprécier les difficultés d'une personne dans l'exercice des actes quotidiens de la vie : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la préparation des repas, les déplacements, etc.

Elle comporte :

- 10 variables (ou critères) dites **discriminantes**, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, et
- 7 autres variables dites **illustratives**, se rapportant à la perte d'autonomie sociale et domestique.

Variables discriminantes : les actes essentiels de la vie

N°	Variables Discriminantes	Dépendance physique et psychique	Evaluation		
			A	B	C
1	Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises			
2	Orientation	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels ...			
3	Toilette	Faire seul, habituellement et correctement, sa toilette du haut et du bas du corps.	Haut		
			Bas		
4	Habillage	S'habiller seul, totalement et correctement.	Haut		
			Moyen		
			Bas		
5	Alimentation	S'alimenter seul et correctement. On considère que les aliments sont <u>déjà préparés</u> .	Se servir		
			Manger		
6	Élimination	Assure seul et correctement l'hygiène de l'élimination.	Urinaire		
			Anale		

7	Transfert	Se lève (du lit, du canapé, du sol), se couche et s'assoit seul.			
8	Déplacement Intérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).			
9	Déplacement extérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement : obstacles, escaliers, transports en communs.			
10	Communication a distance	Utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) dans le but d'alerter.			

Variables illustratives : la vie domestique et sociale

N°	Variables illustratives	Dépendance domestique et sociale	Evaluation		
			A	B	C
11	Gestion	Gère seul ses propres affaires, son budget, ses biens. Connaît la valeur de l'argent.			
12	Cuisine	Prépare seul ses repas et les conditionne avant de s'alimenter.			
13	Ménage	Effectue seul l'ensemble des travaux ménagers.			
14	Transport	Prend seul, ou éventuellement commande, un moyen de transport.			
15	Achats	Achète régulièrement, éventuellement par correspondance, les produits indispensables à son alimentation, son hygiène...			
16	Suivi du traitement	Suit seul et observe correctement les prescriptions médicales ou diététiques.			
17	Temps Libre	Exerce seul une ou plusieurs activités de loisir, de distractions diverses, sportives, culturelles.			

Remplissage de la grille AGGIR

Chaque variable doit recevoir l'évaluation **A**, **B** ou **C**.

- **A** signifie : Bon, fait seul, totalement, régulièrement et correctement.
- **B** signifie : Fait partiellement ou irrégulièrement ou incorrectement.
- **C** signifie : Ne fait pas (ne sait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire).

Certaines variables se subdivisent en sous variables. Par exemple, la variable **Toilette** se subdivise en :

- toilette du **Haut** (visage, tronc, membres supérieurs) et
- toilette du **Bas** (régions intimes, membres inférieurs).

Dans ce cas, il suffit de répondre à chacune des sous variables pour déterminer la valeur qui convient à la variable principale : **Toilette**.

Incidence des lunettes, prothèses ...

Les aides procurées par les lunettes, prothèses, fauteuil roulant... sont considérées comme faisant partie de la personne.

Par exemple, une personne en fauteuil roulant, capable de s'en servir facilement dans un logement sans obstacle, pourra recevoir l'évaluation "A" pour la variable n° 8 : **Déplacement intérieur**.

Détermination du degré de dépendance

Selon la valeur **A**, **B** ou **C**, attribuée aux variables de la grille AGGIR, un procédé d'évaluation établi par le Syndicat National de Gériatrie Clinique détermine la valeur du GIR.

Le GIR représente le degré de dépendance d'une personne. sous la forme d'un nombre de 1 à 6. Ses valeurs sont les suivantes :

Valeur du GIR	Signification succincte
1	Dépendance totale, mentale et corporelle
2	Grande dépendance
3	Dépendance corporelle
4	Dépendance corporelle partielle
5	Dépendance légère
6	Pas de dépendance notable ou suffisante

Les GIR 1 à 4 permettent aux personnes âgées de 60 ans et plus, de bénéficier de l'APA : l'Allocation **P**ersonnalis**ée** à l'**A**utonomie.

ANNEXE III

L'ÉPREUVE DE TINETTI

L'épreuve de Tinetti permet une estimation validée du risque de chute d'un sujet âgé. L'observation des anomalies de l'équilibre repose sur 13 situations posturales cotées selon 3 niveaux (normal, adaptatif et anormal) et celle de la marche sur 9 autres.

Evolution statique.

Situation	Normal	Adapté	Anormal
Equilibre assis			
Se relever d'une chaise			
Equilibre immédiat après s'être relevé.			
Equilibre debout les yeux ouverts.			
Equilibre debout les yeux fermés.			
Equilibre debout après avoir fait un tour complet de 360°			
Résistance à trois poussées sternales.			
Equilibre après rotation de la tête.			
Equilibre en station unipodale plus de 5 secondes ;			
Equilibre avec extension de la colonne cervicale.			
Equilibre avec extension de la colonne cervicale et élévation des bras.			
Equilibre penché en avant, en ramassant un objet à terre.			
Equilibre en s'asseyant.			

Evolution dynamique

Situation	Normal	Adapté	Anormal
Equilibre au début de la marche.			
Hauteur des pas.			
Longueur des pas.			
Symétrie des pas.			
Continuité de la marche.			
Déviation du trajet			
Stabilité du tronc			
Postures pendant la marche			
Demi-tour pendant la marche.			

ANNEXE IV

La M.I.F : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle.

NIVEAUX	7-Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger)	SANS AIDE
	6-Indépendance modifiée (appareil). <i>Dépendance modifiée</i>	AVEC AIDE
	5-Surveillance	
	4-Aide minimale (autonomie = 75%)	
	3-Aide moyenne (autonomie = 50%) <i>Dépendance complète.</i>	
	2-Aide maximale (autonomie =25%)	
	1-Aide totale (autonomie = 0%)	
	Soins personnels	
	A. Alimentation	
	B. Soins de l'apparence	
C. Toilette		
D. Habillage partie supérieure		
E. Habillage partie inférieure		
F. Utilisations des toilettes Contrôle des sphincters		
G. Vessie		
H. Intestins Mobilité/Transferts		
I. Lit, chaise, fauteuil roulant.		
J. W.C		
K. Baignoire, douche Mobilité/Locomotion		
L Marche, fauteuil roulant		
M. Escaliers Communication		
N. Compréhension		
O. Expression Conscience du monde extérieur		
P. Interaction sociale		
Q. Résolutions de problèmes.		
R. Mémoire		
TOTAL		

ANNEXE V

Hémiplégie et vie sociale. Pourcentage de patient pratiquant une activité de loisirs avant et après un accident vasculaire cérébral. (N=109)		
ACTIVITE	POURCENTAGE AVANT L'AVC	POURCENTAGE APRES AVC
Télévision	93%	92%
Visite à des amis/sortie	84%	66%
Lire les journaux	84%	73%
Promenade	80%	51%
Vacances	76%	33%
Radio	75%	73%
Jardiner	67%	23%
Rester assis sans rien faire	62%	76%
Cuisiner	51%	25%
Cinéma	34%	17%
Danser	17%	2%
Pratique sportive	13%	4%

MAZAUX J-M, LION J, BARAT M. Rééducation des hémiplégies vasculaires de l'adulte. Paris

Masson, 1995. – 200 p.

ANNEXE VI

L'INDICE DE BARTHEL

L'évolution du score pendant un séjour, ou au décours d'une série de traitements permet de mettre en valeur les progrès accomplis dans le domaine de l'autonomie.

La valeur 0 indique la dépendance totale du patient.

La valeur 100 correspond à une complète autonomie.

ITEMS	DESCRIPTION	SCORE	DATE
Alimentation	Autonome, capable de se servir des instruments nécessaires Prend ses repas dans un temps raisonnable	10	
	A besoin d'aide, par exemple pour couper sa viande.	5	
Bains	Possible sans aide	5	
Continence rectale	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	
Continence urinaire	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	
Déplacement	Pas besoin de fauteuil roulant. Autonome sur une distance de 50 mètres, éventuellement avec des cannes.	15	
	Peut faire 50 mètres avec aide.	10	
	Autonome dans un fauteuil roulant si incapable de marcher	5	
Escaliers	Autonome. Peut se servir de cannes.	10	
	A besoin d'aide et de surveillance	5	
Habillage	Autonome, met ses chaussures, attache ses boutons, met ses bretelles.	10	
	A besoin d'aide mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable.	5	
Soins personnels	Se lave le visage, se rase, se coiffe, se brosse les dents. Peut brancher un rasoir électrique.	5	
Usage des W.C	Autonome, se sert seul du papier hygiénique, de la chasse d'eau.	10	
	Besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique.	5	
Transfert lit/ fauteuil.	Autonome y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.	15	
	Surveillance ou aide minimale.	10	
	Capable de s'asseoir mais à besoin d'une aide maximum pour le transfert.	5	

ANNEXE VII

L'échelle d'équilibre de Berg (« Berg Balance scale »)

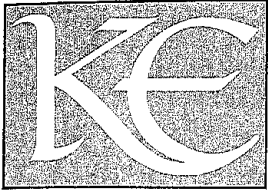
Il s'agit d'une évaluation de l'équilibre qui repose sur l'observation de la performance de 14 mouvements habituels de la vie quotidienne. Le système de cotation est une échelle à 5 niveaux (0 à 4) déterminé selon la qualité du mouvement et de la posture et le temps pris pour la réalisation de la tâche. La validation de ce test est un modèle du genre.

L'utilisation de l'échelle d'équilibre de Berg semble particulièrement intéressante dans le suivi de la réhabilitation afin d'établir un pronostic fonctionnel chez des patients pris en charge pour AVC.

Instructions items et cotations.	
1. Transfert assis debout: Levez-vous. Essayez de ne pas utiliser vos mains pour vous levez.	4 : capable de se lever sans les mains et se stabilise indépendamment.
	3 : Capable de se lever indépendamment avec les mains.
	2 : Capable de se lever avec les mains après plusieurs essais.
	1 : A besoin d'un minimum d'aide pour se lever ou se stabiliser.
	0 : A besoin d'une assistance modérée ou maximale pour se lever.
2. Station debout sans appui. Restez debout sans vous tenir.	4 : Capable de rester debout en sécurité 2 minutes.
	3 : Capable de rester debout 2 minutes avec une supervision.
	2 : Capable de rester debout 30 secondes sans se tenir.
	1 : A besoin de plusieurs essais pour rester debout 30 secondes sans se tenir.
	0 : Incapable de rester debout 30 secondes sans assistance.
Si le sujet peut se tenir debout 2 minutes sans se tenir, attribuer le score maximum à l'item 3 et passer à l'item 4.	
3. Assis sans dossier mais les pieds en appuis au sol ou sur les repose pieds. Restez assis les bras croisés pendant 2 minutes.	4 : Capable de rester assis en sûreté et sécurité pendant 2 minutes.
	3 : Capable de rester assis en sûreté et sécurité pendant 2 minutes avec une supervision.
	2 : Capable de rester assis 30 secondes.
	1 : Capable de rester assis 10 secondes.
	0 : Incapable de rester assis sans appuis 10 secondes.
4. Transfert debout assis. Asseyez-vous.	4 : S'assoit en sécurité avec une aide minimale des mains.
	3 : Contrôle la descente en utilisant les mains.
	2 : Utilise l'arrière des jambes contre le fauteuil pour contrôler la descente.
	1 : S'assoit indépendamment mais à une descente incontrôlée.
	0 : A besoin d'une assistance pour s'asseoir.

5. Transfert d'un siège à l'autre.	4 : Se transfert en sécurité avec une aide minimale des mains.
	3 : Se transfert en sécurité mais a absolument besoin des mains.
	2 : Se transfert mais avec des directives verbales et/ou une supervision.
	1 : A besoin d'une personne pour aider.
	0 : A besoin de deux personnes pour assister ou superviser.
6. Station debout les yeux fermés. Fermez les yeux et restez debout 10 secondes.	4 : Capable de rester debout 10 secondes en sécurité.
	3 : Capable de rester debout 10 secondes mais avec une supervision.
	2 : Capable de rester debout 3 secondes.
	1 : Incapable de garder les yeux fermés 3 secondes mais reste stable.
	0 : A besoin d'aide pour éviter les chutes.
7. Station debout avec les pieds joints. Serrez vos pieds et restez debout sans bouger.	4 : Capable de placer ses pieds joints indépendamment et reste debout 1 minute en sécurité.
	3 : Capable de placer ses pieds joints indépendamment et reste debout 1 minute avec supervision.
	2 : Capable de placer ses pieds joints indépendamment et de tenir 30 secondes.
	1 : A besoin d'aide pour atteindre la position mais est capable de rester debout ainsi 15 secondes.
	0 : A besoin d'aide pour atteindre la position et est incapable de rester debout ainsi 15 secondes.
8. Station debout atteindre vers l'avant, bras tendus. Levez les bras à 90°. Etendez les doigts vers l'avant aussi loin que vous pouvez.	4 : Peut aller vers l'avant en toute confiance ≥ 25 cm.
	3 : Peut aller vers l'avant $\geq 12,5$ cm en toute sécurité.
	2 : Peut aller vers l'avant ≥ 5 cm en toute sécurité.
	1 : Peut aller vers l'avant mais avec une supervision.
	0 : Perd l'équilibre quand essaye le mouvement ou a besoin d'un appui extérieur.
9. Ramassage d'un objet au sol. Ramassez le chausson qui est placé devant vos pieds.	4 : Capable de ramasser le chausson en sécurité et facilement.
	3 : Capable de ramasser le chausson avec une supervision.
	2 : Incapable de ramasser le chausson mais l'approche à 2-5 cm et garde un équilibre indépendamment.
	1 : Incapable de ramasser et a besoin de supervision lors de l'essai.
	0 : Incapable d'essayer ou a besoin d'assistance pour éviter les pertes d'équilibre ou les chutes.
10. Debout. Se tourner en regardant par-dessus son épaule droite et gauche. Regardez derrière vous par-dessus l'épaule gauche. Répétez à droite.	4 : Regarde bien des deux côtés et déplace son poids.
	3 : Regarde bien d'un côté et déplace moins bien son poids de l'autre.
	2 : Tourne latéralement seul mais garde l'équilibre.
	1 : A besoin de supervision lors de la rotation.
	0 : A besoin d'assistance pour éviter les pertes d'équilibre ou les chutes.

<p>11. Tour complet (360°). Faites un tour complet. De même dans l'autre direction.</p>	4 : Capable de tourner de 360° en sécurité en 4 secondes ou moins.
	3 : Capable de tourner de 360° d'un côté seulement en 4 secondes ou moins.
	2 : Capable de tourner de 360° en sécurité mais lentement.
	1 : A besoin d'une supervision rapprochée ou de directives verbales.
	0 : A besoin d'une assistance lors de la rotation.
<p>12 Debout. Placer alternativement un pied sur une marche ou un marche-pied. Placez alternativement chacun de vos pieds sur la marche/le marche-pied. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait réalisé cela 4 fois.</p>	4 : Capable de rester debout indépendamment et en sécurité et complète les 8 marches en 20 secondes.
	3 : Capable de rester debout indépendamment et complète les 8 marches en plus de 20 secondes.
	2 : Capable de compléter 4 marches sans aide et avec une supervision.
	1 : Capable de compléter plus de 2 marches avec une assistance minimale.
	0 : A besoin d'assistance pour éviter les chutes/incapable d'essayer.
<p>13. Debout un pied devant l'autre. (Montrer au sujet). Placez un pied directement devant l'autre. Si vous sentez que vous ne pouvez pas le faire, essayez de placer votre talon plus loin que les orteils du pied opposé.</p>	4 : Capable de placer son pied directement devant l'autre (tandem) indépendamment et de tenir 30 secondes.
	3 : Capable de placer son pied devant l'autre indépendamment et de tenir 30 secondes.
	2 : Capable de réaliser un petit pas indépendamment et de tenir 30 secondes.
	1 : A besoin d'aide pour avancer le pied mais peut le maintenir 15 secondes.
	0 : Perd l'équilibre lors de l'avancée du pas ou de la position debout.
<p>14. Station unipodale. Restez sur un pied aussi longtemps que vous pouvez tenir.</p>	4 : Capable de lever un pied indépendamment et de tenir plus de 10 secondes.
	3 : Capable de lever un pied indépendamment et de tenir entre 5 et 10 secondes.
	2 : Capable de lever un pied indépendamment et de tenir au moins 3 secondes.
	1 : Essaye de lever le pied, incapable de tenir 3 secondes
	0 : Incapable d'essayer ou a besoin d'assistance pour éviter les chutes.
Score total : maximum 56 points	



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

22/10/04

Mademoiselle LEONARD Elodie

Nancy, le

Mademoiselle,

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

Je vous prie d'agréer, Mademoiselle, 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