

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

**ELABORATION D'UNE FICHE BILAN D'UN PATIENT  
HEMIPLEGIQUE PRESENTANT UN SYNDROME DE  
L'HEMISPHERE MINEUR.**

Rapport de travail écrit personnel  
présenté par **Marie-Gabrielle ROUSSEAUX**  
étudiante en 3<sup>ème</sup> année de kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat  
de Masseur-Kinésithérapeute  
2004-2005.

## SOMMAIRE.

### RESUME.

1. INTRODUCTION.	1
2. ANATOMIE DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL ET DU RESEAU VASCULAIRE DE L'ENCEPHALE.	2
2.1. Système nerveux central.	2
2.1.1. Le tronc cérébral.	3
2.1.2. Le cervelet.	3
2.1.3. Le cerveau.	3
2.2. La vascularisation du cortex cérébral.	4
3. BILAN DIAGNOSTIC MASSO-KINESITHERAPIQUE TYPE D'UN PATIENT HEMIPLEGIQUE PORTEUR D'UN SYNDROME DE L'HEMISPHERE MINEUR.	5
3.1. Bilan des déficiences.	5
3.1.1. Déficiences dues à la douleur.	5
3.1.2. Déficiences trophiques.	5
3.1.3. Déficiences motrices.	5
3.1.3.1. Troubles mis en évidence à l'examen passif.	5
3.1.3.1.1. Limitations d'amplitude articulaire.	6
3.1.3.1.2. Spasticité.	7
3.1.3.2. Examen de la motricité.	7
3.1.4. Déficiences sensitives et visuelles.	8
3.1.4.1. Informations sensitives.	8
3.1.4.2. Informations visuelles.	9
3.1.5. Déficiences cognitives.	9
3.1.6. Déficiences des troubles associés.	10
3.1.6.1. Troubles de la déglutition.	10
3.1.6.2. Troubles vésicosphinctériens.	10
3.1.6.3. Troubles du transit intestinal.	10
3.2. Bilan des incapacités.	11
3.3. Bilan des désavantages.	11
4. L'ELABORATION DE LA FICHE BILAN.	11
4.1. Le choix des cotations.	11
4.1.1. Présentation des niveaux de validation des bilans.	11
4.1.2. Evaluation de la spasticité selon ASHWORTH.	11
4.1.3. Mini Mental State Examination.	12
5. PROTOCOLE D'UTILISATION DE LA FICHE DE BILAN.	14
5.1. Attitude spontanée du patient.	14
5.2. Moyen de maintien.	15
5.3. Bilan de la douleur.	15

5.4. Bilan de la sensibilité.	16
5.4.1. Sensibilité superficielle.	16
5.4.2. Sensibilité profonde.	17
5.5. Bilan trophique.	17
5.5.1. Œdème.	17
5.5.2. Cicatrice.	18
5.5.3. Escarre.	18
5.5.4. Température cutanée.	18
5.6. Bilan des troubles du tonus.	19
5.7. Mouvement volontaire.	19
5.8. Les syncinésies.	20
5.8.1. D'imitation.	20
5.8.2. De coordination.	21
5.8.3. D'effort.	21
5.9. Bilan fonctionnel du Membre Supérieur pathologique.	21
5.10. Bilan fonctionnel de l'équilibre.	22
5.11. Bilan de la déambulation.	22
6. DISCUSSION.	23
7. CONCLUSION.	25
BIBLIOGRAPHIE.	
ANNEXES.	

## 1. INTRODUCTION

Il existe deux catégories d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) constitués (la survenue rapide de symptômes persistants au-delà des 24 heures) :

- AVC ischémique par infarctus cérébral dans un territoire artériel. Cette cause représente 80 % des cas d'AVC ;
- AVC hémorragique par hémorragies spontanées consécutives à une artériopathie, une rupture d'anévrisme ou une malformation artérioveineuse ; cette forme d'AVC est la moins habituelle. Elle ne survient que dans 20 % des cas d' AVC.

En France, le nombre d'AVC est estimé à 100 000 nouveaux cas par an. (1) Il augmente exponentiellement avec l'âge pour passer de 238 pour 100 000 habitants entre 45 et 84 ans et 1 300/100 000 après 84 ans. (3)

Malgré les mesures de prévention, notamment le traitement de l'hypertension artérielle, les AVC restent, en France, la troisième cause de mortalité après les cancers et les affections cardiovasculaires.

Depuis plusieurs années, nous notons une augmentation de la durée moyenne de survie après un AVC. Mais un tiers des survivants gardent des séquelles neurologiques majeures.

L'évaluation après un AVC est conditionnée par :

- des tableaux cliniques multiples selon la localisation de la ou des lésion (s) ;
- une coexistence de plusieurs déficiences qui interfèrent entre elles ;
- une co-morbidité fréquente ;
- des troubles cognitifs fréquents pouvant bouleverser les conditions de l'évaluation et de la rééducation.

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

La lésion cérébrale va atteindre d'autres zones corticales et d'autres voies intimement liées au faisceau pyramidal et entraîner un déficit complexe au patient hémiplégique.

## 2. ANATOMIE DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL ET DU RESEAU VASCULAIRE DE L'ENCEPHALE. (6)

### 2.1. Système nerveux central.

Le système nerveux central est constitué du cerveau ou encéphale et de la moelle épinière.

Le cerveau comprend :

- les deux hémisphères cérébraux réunis par les commissures inter-hémisphériques ;
- le diencephale qui est la région médiane profonde et impaire. Il communique avec les deux hémisphères ;
- le tronc cérébral qui réalise la jonction entre le cerveau et la moelle épinière ;
- le cervelet en arrière du tronc cérébral.

La moelle épinière est un long cordon blanc se trouvant dans le canal rachidien et donnant naissance aux nerfs rachidiens.

### 2.1.1. Le tronc cérébral.

Le tronc cérébral est la structure de transition entre le cerveau et la moelle épinière, il est constitué de trois étages (de bas en haut) :

- le bulbe rachidien qui est constitué notamment par les pyramides bulbaires dans lesquelles passent les voies pyramidales (motricité) ;
- la protubérance annulaire ;
- le mésencéphale ou pédoncule cérébral.

Le tronc cérébral contient les grandes voies ascendantes et descendantes (sensitive, motrice,...), des noyaux (amas de corps cellulaire) : les noyaux des nerfs crâniens et les noyaux propres du tronc cérébral.

### 2.1.2. Le cervelet.

Le cervelet est une masse arrondie en arrière du tronc cérébral, il comprend deux parties latérales : les hémisphères cérébelleux et une partie centrale : le Vermis.

### 2.1.3. Le cerveau.

Le cerveau est constitué des deux hémisphères cérébraux et du diencephale.

Chaque hémisphère comprend trois faces : latérale ou externe ; médiane ou interne et inférieure. Les deux hémisphères sont reliés par des commissures (inter-hémisphérique : corps calleux, intra-hémisphériques, inter et intra-hémisphériques : trigone).

Les hémisphères cérébraux sont creusés de sillons qui permettent d'individualiser des lobes : frontal, temporal, occipital et pariétal.

## 2.2. La vascularisation du cortex cérébral.

L'apport sanguin est assuré par trois troncs :

- les artères vertébrales droite et gauche montent à la partie postérieure du cou, à l'intérieure d'un canal osseux dans les vertèbres cervicales et se réunissent au niveau du bulbe pour former un tronc unique : le tronc basilaire unique médian en arrière. Le système vertébro-basilaire assure l'irrigation artérielle du tronc cérébral, du cervelet et la partie postéro-inférieure des hémisphères cérébraux.

- les carotides internes droite et gauche sont de volumineuses artères en arrière du larynx et montent au niveau latéral du cou. Le système carotidien quant à lui irrigue la plus grande partie des hémisphères cérébraux.

Ils se réunissent à la base du cerveau par des anastomoses formant un polygone : le cercle de Willis.

Les artères cérébrales corticales :

- l'artère cérébrale moyenne située à la partie latérale des hémisphères cérébraux. Ses branches ascendantes couvrent la plupart de la surface latérale de l'hémisphère au niveau des lobes frontal et pariétal, ses branches descendantes (artères temporales et temporo-occipitales) vascularisent la surface latérale du lobe occipital et temporal.

- l'artère cérébrale antérieure dont le territoire vascularise principalement la surface médiale des lobes frontal et pariétal en débordant sur le bord supérieur de l'hémisphère.

- l'artère cérébrale postérieure irrigue les faces inférieures et médiales des lobes temporal et occipital.

### 3. BILAN DIAGNOSTIC MASSO-KINESITHERAPIQUE TYPE D'UN PATIENT HEMIPLEGIQUE PORTEUR D'UN SYNDROME DE L'HEMISPHERE MINEUR.

Le syndrome de l'hémisphère mineur est lié le plus souvent à l'atteinte du carrefour pariéto-temporo-occipital droit (chez le droitier). L'atteinte est le plus souvent liée à une pathologie vasculaire ischémique due à l'atteinte de l'artère sylvienne superficielle. Sinon il peut se rencontrer lors d'un hématome ou un traumatisme crânien.

Il se définit, chez un droitier, comme une atteinte de l'hémisphère droit et donc de l'hémicorps gauche.

#### 3.1. Bilan des déficiences.

##### 3.1.1. Déficiences dues à la douleur.

La douleur étant un élément subjectif et dépendant du vécu de chacun, les déficiences qu'elle entraîne varient d'un patient à un autre.

##### 3.1.2. Déficiences trophiques.

Elles dépendent de l'état vasculaire et des troubles métaboliques associés (diabète, dyslipidémie,...).

##### 3.1.3. Déficiences motrices.

###### 3.1.3.1. Troubles mis en évidence à l'examen passif.

L'évaluation passive a pour objectif de rechercher les limitations d'amplitude articulaire et de définir les troubles du tonus comme la spasticité.



#### 3.1.3.1.1. Limitations d'amplitudes articulaires.

Elles sont d'installation rapide. Elles résultent des rétractions musculaires, facilitées par l'immobilisation due à une « paralysie » de l'hémicorps gauche. Les rétractions musculaires entraînent l'apparition d'une spasticité qui sera plus tardive.

Lors du bilan, il faudra donc réaliser les mobilisations de façon douce, lente et indolore afin de ne pas augmenter le réflexe d'étirement et par conséquent d'entretenir le cercle vicieux.

Le plus souvent, les membres sont en positions spontanées décrites comme suit :

- au membre supérieur pathologique :
  - légère adduction, flexion et rotation médiale de l'épaule ;
  - flexion et pronation de coude ;
  - flexion et inclinaison ulnaire du poignet ;
  - flexion des doigts et adduction du pouce.
- au membre inférieur pathologique :
  - des atteintes au niveau de la hanche et du genou sont rares ;
  - varus équin de l'arrière pied ;
  - flexion des quatre derniers orteils (attitude en griffe) ;
  - hyper-extension de l'hallux.

Ces attitudes spontanées sont les plus fréquentes.

Mais nous pouvons rencontrer d'autres positions vicieuses. Plus rarement, nous pouvons rencontrer des positions de flexum et abductum de hanche ; des attitudes en recurvatum de genou.

### 3.1.3.1.2. Spasticité.

Il s'agit d'un « trouble moteur caractérisé par une augmentation, vitesse dépendante, du réflexe tonique d'étirement (tonus musculaire), avec exagération des réflexes ostéo-tendineux... ».(3)

Lors de l'étirement d'un muscle, au cours d'une mobilisation passive d'un segment de membre en direction opposée à son action physiologique, une contraction réflexe se déclenche qui, dans le contexte de l'hémiplégie, se trouve exagérée. Il y a une résistance à l'étirement dont l'intensité croît avec la vitesse de mobilisation. Mais il existe une vitesse seuil, en dessous de laquelle, le réflexe d'étirement ne se déclenche pas. Nous distinguons des postures d'inhibition qui permettent de diminuer l'expression de la spasticité et que le thérapeute recherche lors de la rééducation.

La spasticité prédomine classiquement :

- au membre supérieur : sur les muscles fléchisseurs, adducteurs et rotateurs médiaux.
- au membre inférieur : sur les muscles extenseurs principalement.

### 3.1.3.2.Examen de la motricité volontaire.

La motricité volontaire est une motricité où chaque geste est pensé puis exécuté. Elle isole une contraction d'un seul groupe de muscles.

Chez un hémiplégique, l'intention et l'automatisation du mouvement ne se manifestent plus. La motricité perd son adaptation et sa flexibilité. Elle devient stéréotypée, désorganisée, archaïque et sa fonctionnalité peut être diminuée.

Le plus souvent, il s'agit de mouvements syncinétiques. Les schémas syncinétiques se réalisent en flexion au niveau du membre supérieur et en extension pour le membre inférieur.

L'examen analytique de la commande se réalise sur la capacité de l'hémiplégique à effectuer le mouvement sans fonctionnalité apparente.

L'amplitude, le mouvement contre la pesanteur ou une résistance supérieure sont donc recherchés lors du bilan. Pour faciliter le mouvement, il est nécessaire de rechercher des positions de facilitation. De plus, il est important de faire exécuter le mouvement activement par le membre sain ou de le mimer afin que le patient puisse intégrer le mouvement et ainsi le réaliser correctement du côté pathologique.

#### 3.1.4. Déficiences sensitives et visuelles.

##### 3.1.4.1. Informations sensitives.

Les troubles sensitifs, hypo- ou anesthésies, influencent la fonction gestuelle et manuelle, l'équilibre, la statique et la marche.

La sensibilité superficielle (tact, algique et thermo-algique) est analysée par les techniques habituelles (stimulations nociceptives, chaud-froid). Lorsque les signes sont discrets, il faut rechercher une atteinte plus fine par l'intermédiaire du test aux mono-filaments. Elle est plus importante au membre supérieur (protection) tout en sachant que l'adaptation du pied au sol nécessite également une bonne sensibilité superficielle de la voûte plantaire.

La sensibilité profonde (statesthésie et kinesthésie) est bilantée au membre inférieur par le sens de la position du côté sain par rapport au côté hémiplégique fixé passivement dans une position. Pour la tester au niveau du membre supérieur, la préhension aveugle du pouce est la plus souvent utilisée. Elle est plus importante au membre inférieur (statique, équilibre, marche). Au niveau du membre supérieur, ce type de sensibilité est essentiel pour la réalisation des activités de la vie journalière.

#### 3.1.4.2. Informations visuelles.

Les informations visuelles sont importantes pour compenser les troubles de l'équilibre et de la coordination.

Nous pouvons rencontrer une hémianopsie latérale homonyme. Elle correspond à une diminution voire à une perte de l'acuité visuelle dans les deux moitiés correspondantes de chaque œil. Pour la mettre en évidence, une simple demande de poursuite d'un doigt peut être réalisée. Mais il faut un examen complémentaire effectué par un ophtalmologue pour diagnostiquer une hémianopsie latérale homonyme. (3)

A la différence d'une hémianopsie, le patient prend conscience le plus souvent de ce trouble et explore l'hémichamp visuel déficitaire lors d'exercices de rééducation.

#### 3.1.5. Déficiences cognitives.

L'hémiplégie gauche est caractérisée par une déficience de la reconnaissance et de l'exploration de l'espace extracorporel et de l'espace corporel.

Lors d'une atteinte de l'hémisphère mineur, le patient ne se rend pas compte, ne réagit pas, et ne s'oriente plus vers des stimulations situées vers l'hémicorps controlatéral au côté cérébralisé. (3)

Il est souvent noté une déviation spontanée de la tête et des yeux du côté droit (côté sain) et une absence de réponse lors d'une stimulation visuelle ou verbale du côté de l'hémiespace gauche. Le patient se heurte systématiquement à tous les obstacles sur sa gauche, il lit un texte en commençant par le milieu ou par l'extrémité droite de la ligne sans s'en rendre compte.

Le patient hémiplégique peut présenter une hémiasomatognosie, qui correspond à une perte de la représentation mentale de l'hémicorps gauche. Cette hémiasomatognosie peut aller jusqu'à la totale ignorance de l'hémicorps, à un sentiment de non-appartenance.

Le patient hémiplégique peut ne pas se rendre compte de son hémiplégie, ce qui se définit comme une anosognosie.

Dans 15 à 20 % des cas, les patients hémiplégiques présentent des troubles mnésiques, souvent de la mémoire antérograde épisodique. (3)

### 3.1.6. Déficiences des troubles associés.

#### 3.1.6.1. Troubles de la déglutition.

Les troubles de la déglutition sont présents dans 50 à 70 % des cas en phase initiale. (3) Ils sont fréquemment compliqués par des pneumopathies d'inhalation, entraînant une altération de l'état général, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

#### 3.1.6.2. Troubles vésicosphinctériens.

Il s'agit de troubles de la miction fréquents, lors de la phase initiale, mais diminuant au cours de l'évolution de la pathologie. (3)

Ces troubles peuvent compromettre l'autonomie du patient et obliger à mettre en place des aides à domicile (infirmières, aide-soignantes, auxiliaires de vie).

#### 3.1.6.3. Troubles du transit intestinal.

La constipation touche jusqu'à 65 % des hémiplégiques. (3) Elle est liée à l'alitement et à l'immobilité mais peut être également due à une atteinte du système neurovégétatif.

### 3.2. Bilan des incapacités.

Les incapacités résultent du bilan des déficiences. Il peut s'agir, dans le cas d'une atteinte de l'hémisphère mineur, d'inaptitudes à la marche autonome et sûre, à l'utilisation de son membre supérieur pathologique, à effectuer les gestes simples pour une hygiène corporelle correcte, etc.

### 3.3. Bilan des désavantages.

Les désavantages découlent de l'état de chaque patient avant son A.V.C, de l'évolution de ses incapacités mais également de son environnement familial, social et professionnel.

## 4. L'ELABORATION DE LA FICHE BILAN.

### 4.1. Le choix des cotations.

#### 4.1.1. Présentation des niveaux de validation des bilans. (8)

0 : local ;

1 : national ;

2 : international, largement accepté ;

3 : international, validé.

#### 4.1.2. Evaluation de la spasticité selon ASHWORTH. (5)

L'évaluation se fait en appréciant la résistance au mouvement passif (résistance opposée à la contraction du muscle soit dans le sens de l'étirement).

Cette cotation est validée sur le plan international par un niveau 3.

Les difficultés à appliquer cette cotation proviennent de l'approche subjective que chaque thérapeute a de l'augmentation du tonus musculaire.

L'évolution du score : la classification s'échelonne du score le plus faible (1=normal) vers le plus élevé (5=spasticité permanente).

- 1 : tonus musculaire normal ;
- 2 : augmentation discrète du tonus musculaire ;
- 3 : augmentation modérée mais aisément perceptible ;
- 4 : augmentation considérable du tonus ;
- 5 : spasticité permanente en flexion ou en extension.

#### 4.1.3. Mini Mental State Examination. (MMSE) (4)

Le MMSE est composé d'une série de questions regroupées en 7 subtests et conçues de telle façon que les sujets normaux puissent aisément répondre à chaque question. Les questions portent sur : l'orientation dans le temps (5 points), l'orientation dans l'espace (5points), le rappel immédiat de trois mots (3 points), l'attention (5 points), le rappel différé des trois mots cités précédemment (3 points), le langage (8 points) et les praxies constructives (1 point).

Le score maximum est de 30 points.

Cette cotation est validée sur le plan international par un niveau 3.

Ce test présente une excellente reproductibilité inter observateur et test-retest.

Mini Mental State examination version GRECO, 1999

**Orientation :** (1 point par réponse juste ; maxm A=5 ; B=5)

- A. - « En quelle année sommes-nous ? »
- « En quelle saison ? »
  - « En quel mois ? »
  - « Quel jour du mois ? »
  - « Quel jour de la semaine ? »
- B. - « Dans quelle ville sommes-nous ? »
- « Dans quel département est située cette ville ? »
  - « Dans quelle province est situé ce département ? »
  - « Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? »
  - « A quel étage sommes-nous ? »

**Apprentissage :** (1 point par mot répété correctement ; maxm 3)

-« Je vais vous donner 3 mots, je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, je vous les redemanderai tout à l'heure : citron, clé, ballon (cigare, fleur, porte). » [Nombre d'essais pour une répétition correcte : maxm 6]

**Attention et calcul :** (1 point par soustraction exacte ; maxm 5)

-« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête ? » [Faire effectuer 5 soustractions]

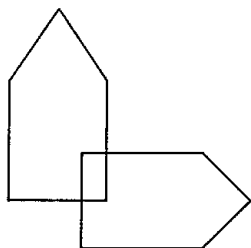
-« Voulez-vous m'épeler le mot « monde » à l'envers, en commençant par la dernière lettre » (EDNOM)

**Rappel des 3 mots.** ( 1 point par mot rappelé, maxm 3)



### Langage, praxies

- « Comment s'appelle cet objet ? » Crayon, montre ( 1 point par objet, maxm 2)
- « Répétez ma phrase : pas de mais, de si, ni de et ». (1 point seulement si la répétition est parfaitement correcte)
- « Prenez mon papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez-le par terre. » ( 1 point par partie de la consigne exécutée)
- « Faites ce qui est marqué : « FERMER LES YEUX » »
- « Voulez-vous recopier mon dessin » ( 1 point si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de deux côtés différents)



- « Ecrivez-moi une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière » ( 1 point si au moins un sujet et un verbe).

## 5. PROTOCOLE D'UTILISATION DE LA FICHE DE BILAN. (annexe I)

### 5.1. Attitude spontanée du patient.

Lorsque le patient est en position assise, il peut transférer son poids sur le coté sain, ce que le thérapeute note en vérifiant l'existence d'une hémignégligence du coté pathologique.

Au membre supérieur, le patient peut présenter une légère abduction, une flexion et une rotation médiale de l'épaule ; une flexion et une pronation du coude ; une flexion et une

inclinaison ulnaire du poignet ; une flexion des doigts longs et une fermeture de la première commissure.

Au membre inférieur, le thérapeute peut noter un varus équin de l'arrière pied, une attitude en griffe des orteils ainsi qu'une hyper-extension de l'hallux et plus rarement un flexum, un abductum de hanche et un recurvatum de genou.

Ces attitudes représentent les schémas classiques de spasticité. Leurs mises en évidence conduisent le thérapeute à considérer une spasticité des muscles entraînant ces postures.

### 5.2. Moyen de maintien.

Au membre supérieur, la présence d'une écharpe ou d'une gouttière anté-brachiale installée sur l'accoudoir d'un fauteuil roulant nous oriente vers la recherche d'une subluxation de l'articulation gléno-humérale qu'il faut vérifier à la palpation. Cette disjonction articulaire peut provoquer des douleurs au niveau du membre supérieur et rendre celui-ci inemployable.

Au membre inférieur, le thérapeute remarque la présence ou l'absence d'une attelle de Zimmer, souvent rencontrée lors d'un recurvatum de genou. Ce mode de contention permet de maintenir le genou dans une position d'extension sans autoriser une hyper-extension. Le thérapeute, en voyant cette attelle, oriente sa recherche vers une spasticité du quadriceps.

### 5.3. Bilan de la douleur.

Pour l'évaluation de la douleur, le masseur-kinésithérapeute utilise une Echelle Visuelle Analogique (E.V.A) et demande au patient de quantifier la douleur ressentie à différents moments de la journée (lors d'un travail, au repos et la nuit). Il faut également la localiser précisément et demander les sensations perçues par le patient (fourmillement, écrasement,...).

Le thérapeute peut alors définir le type de douleur :

- mécanique : la douleur est perçue après un travail. Elle diminue au repos et ne réveille pas le patient ;
- inflammatoire : la douleur réveille le patient lors de la deuxième partie de nuit. Le patient ressent ce type de douleur comme une douleur pulsatile ;
- mixte : ce type de douleur regroupe les deux modes mécanique et inflammatoire.

#### 5.4. Bilan de la sensibilité.

##### 5.4.1. Sensibilité superficielle.

Il s'agit d'appliquer des stimulations tactiles ou thermiques au niveau des membres du patient.

La sensibilité tactile est explorée à l'aide d'un coton afin de diminuer les pressions ; alors que la sensibilité thermique sera bilantée par l'application alternative de surfaces chaude et froide.

La sensibilité thermique est examinée grâce à l'application de tubes à essai remplis pour l'un d'eau froide (12°C) et pour l'autre d'eau chaude (27°).

L'évaluation de la sensibilité algique n'est pas réalisée. En effet ce test sollicite l'aide d'un pique-touche qui peut augmenter la réaction douloureuse.

Le thérapeute n'oubliera pas de comparer avec le côté controlatéral et vérifiera que le bilan sera bien réalisé les yeux fermés pour ne pas mettre en compte les afférences visuelles. Procéder simultanément de chaque côté pour comparer avec le coté sain.

#### 5.4.2. Sensibilité profonde.

Elle permet d'étudier le sens de la position (statésthésique) et de mouvement (kinesthésique) de l'hallux (puisque la récupération se fait du proximal vers le distal) et d'autres articulations importantes. Lors de ce bilan, le patient a les yeux fermés.

Dans un premier temps, pour la statésthésie, le praticien définit avec le patient, trois positions du gros orteil ; le patient doit retrouver le numéro de la position dans laquelle le thérapeute a placé l'articulation.

Exemple : position 1= extension globale ;

position 2= position neutre ;

position 3= flexion globale.

D'autre part, pour la kinesthésie, le thérapeute définit les positions identiques à celles de la statésthésie mais les applique du côté sain. Le patient doit alors retrouver l'amplitude articulaire du côté hémiparalysé.

### 5.5. Bilan trophique.

#### 5.5.1. Œdème.

Le masseur-kinésithérapeute réalise une mesure controlatérale pour effectuer une comparaison avec le côté sain.

Le godet sert à déterminer si l'œdème est fibrosé ou non. Le thérapeute applique une pression unidigitale sur l'œdème.

La centimétrie permet de discerner l'aspect évolutif de l'œdème et le praticien n'oublie pas de noter à quel niveau il réalise cette mesure.

### 5.5.2. Cicatrice.

Il faut noter son aspect : sous-pansement, adhérente, chéloïde, inflammatoire (rougeur, chaleur, tuméfaction, test de vitro pression) ou normale.

Sa localisation est un élément important de sa répercussion sur les déficiences articulaires (une bride cutanée peut limiter les amplitudes articulaires).

### 5.5.3. Escarre.

Nous pourrions retenir la classification suivante :

- le stade 1, érythème : rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt,
- le stade 2, désépidermisation : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme, dont une variante au niveau du pied est la phlyctène (ou ampoule) hémorragique ou séreuse, selon qu'elle contient ou non du sang,
- le stade 3, nécrose : plaie profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus sous-jacents dévitalisés,
- le stade 4, ulcère : plaie ouverte profonde, résultant le plus souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

Elles se localisent uniquement au niveau des points d'appui et dépendent ou non des attitudes vicieuses adoptées par le patient. Elles dépendent également de l'état général du patient, de sa fragilité cutanée, de son alimentation, etc. Elles peuvent induites par une attitude vicieuse et un matériel inadéquat.

### 5.5.4. Température cutanée.

Elle est appréciée à l'aide de la face dorsale de la main du masseur-kinésithérapeute et est comparée au côté controlatéral.

Si l'augmentation de température cutanée est accompagnée d'une rougeur anormale, d'une peau luisante, d'un œdème global du membre et d'une diminution importante et brutale des amplitudes articulaires d'un ou plusieurs segments de membre, le thérapeute peut craindre l'apparition d'une algodystrophie ou d'un syndrome algodystrophique.

#### 5.6. Bilan des troubles du tonus : la spasticité.

L'évaluation de la spasticité se réalise par une mobilisation passive d'une articulation selon ses différents degrés de liberté.

Les prises du thérapeute sont le plus loin de l'articulation testées et les contres-prises sont elles les plus proches (au dessus de l'articulation). Le masseur-kinésithérapeute réalise les différents mouvements de chaque articulation.

S'il existe une disjonction de l'articulation gléno-humérale, le masseur-kinésithérapeute maintient le bras au niveau de son tiers proximal lorsqu'il recherche la spasticité au niveau de l'articulation du coude.

#### 5.7. Mouvement volontaire.

Dans un premier temps, le Masseur-Kinésithérapeute effectue une mobilisation passive afin d'évaluer la nature des déficits articulaires, s'il y en a, en appréciant la fin de course (capsulo-ligamentaire, musculaire ou osseux).

Puis, le praticien demande un mouvement bilatéral évitant ainsi les compensations (importantes au niveau de l'épaule), réalisant une évaluation globale du mouvement et comparant les amplitudes articulaires.

Il sollicite une mobilisation active du côté sain ayant pour but la bonne intégration du mouvement par le patient ; enfin un mouvement du côté hémiplégique en évaluant les déficits articulaires révélés par la mobilité active et les syncinésies.

Le thérapeute doit rechercher la position diminuant l'action de la spasticité et permettant ainsi une plus grande motricité volontaire. Il inscrit alors la position du patient dans la case prévue à cet effet dans notre fiche bilan.

Le masseur-kinésithérapeute demande au patient de réaliser les mouvements de chaque articulation selon ses différents degrés de liberté articulaire.

Par exemple, il demande une élévation antérieure (flexion) du bras, tout en estimant la qualité de fixation de l'articulation omo-serrato-thoracique.

La dorsiflexion de la cheville est rarement obtenue en extension de genou, le mouvement se réalise le plus souvent avec un schéma syncinétique de flexion de hanche et de genou.

## 5.8. Les syncinésies.

Les mouvements syncinétiques doivent être recherchés lors du bilan, lors de la prise en charge, nous devons diminuer leur seuil de déclenchement puis leur apparition puisqu'ils ne permettent pas une utilisation fonctionnelle des membres.

### 5.8.1. D'imitation.

Un mouvement volontaire du côté sain peut entraîner un mouvement symétrique du côté hémiplégique. Quelque fois notamment au niveau du pied nous pouvons observer un mouvement inverse. (2)

### 5.8.2. De coordination.

Ce sont les plus fréquentes et les plus importantes. La contraction volontaire d'un groupe de muscles du côté hémiparalysé entraîne la contraction de muscles synergiques. (2)

### 5.8.3. D'effort.

Ces mouvements synchroniques apparaissent lors d'une fatigue importante du patient. Cette fatigue peut être due à une répétitivité des mouvements.

## 5.9. Bilan fonctionnel du Membre Supérieur pathologique.

Selon la fatigabilité et les possibilités du patient, cette évaluation est faite soit en position assise ou en position debout : cette dernière permet également de qualifier l'équilibre bipodal du patient lors de mouvements de faibles amplitudes.

**Main-Hanche opposée** : le patient réalise une adduction en allant toucher l'épine iliaque antéro-supérieure controlatérale.

**Main-Epaule opposée** : il s'agit d'une adduction horizontale coude fléchi.

**Main-Bouche** : l'abduction se réalise dans plan de la scapula.

**Main-Tête** : l'abduction se fait dans le plan de la scapula.

**Main-Nuque** : en partant de la position main-tête, le patient fait descendre sa main le long de la face postérieure du crâne jusqu'à la colonne cervicale tout en ramenant son coude vers l'avant.

Le thérapeute fait attention aux différentes compensations (rotation du tronc, flexion de la colonne cervicale,...) et demande au patient de recommencer le mouvement si celui-ci n'est pas bien accompli.



#### 5.10. Bilan fonctionnel de l'équilibre.

Pour le bilan de l'équilibre assis, les pieds du patient sont dans le vide.

L'ordre établi des gestes à effectuer permet de passer de la position assise à la position debout. Si l'équilibre bipodal est jugé satisfaisant, le thérapeute apprécie les équilibres unipodaux

Le Masseur-Kinésithérapeute applique des stimulations déstabilisantes au niveau de la ceinture pelvienne puis progressivement au niveau de la ceinture scapulaire augmentant ainsi la difficulté.

#### 5.11. Bilan de la déambulation.

Lors de l'arrivée du patient, le thérapeute note le moyen de déambulation.

S'il s'agit d'un fauteuil roulant, préciser le type (manuel, double main courante, électrique,...) ; l'autonomie du patient (besoin d'aide humaine pour manœuvrer son fauteuil roulant).

Si le patient est capable de marcher, le thérapeute évalue qualitativement et quantitativement cette marche. Il constate ou non la présence :

- d'aides techniques (déambulateur, canne tripode, cannes anglaises, canne simple, etc.) ;
- de boîtiers (salutation, fauchage ou steppage, etc.) ;
- d'attelle ou de releveurs.

Il évalue le périmètre de marche et le temps de réalisation.

Il note également la possibilité du patient à monter et à descendre des escaliers (nombre de marches, besoin d'une rampe) mais aussi la marche en terrain varié (périmètre et temps).

## 6. DISCUSSION.

Dans l'élaboration de cette fiche bilan, nous avons utilisé des tableaux pour faciliter son utilisation. Ce choix nous a également permis de clarifier la fiche bilan ; ils rendent le remplissage plus commode et plus rapide, permettant ainsi une meilleure lisibilité et une meilleure compréhension inter thérapeute. Elle facilite le travail de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient à l'intérieur d'un centre de rééducation et de réadaptation et améliore son suivi en milieu libéral après son retour à domicile.

L'évaluation de la motricité volontaire est ciblée sur un aspect fonctionnel et non sur une cotation selon un déficit d'amplitude articulaire. La prise en charge d'un patient hémiplégique a pour objectif principal un maximum d'autonomie et donc la fonctionnalité des mouvements.

Il est tout de même utile de réaliser une goniométrie en cas de diminution importante des valeurs articulaires. Nous pouvons donc quantifier ce déficit et ainsi avoir un critère évolutif de celui-ci en fonction des bilans ultérieurs.

La cotation d'Ashworth (5) est préférée à celle de Held et Tardieu. (7). (annexe II)

Cette cotation de Tardieu modifiée par Held permet une évaluation de la spasticité ; le score s'échelonne de 0 = pas de réflexe d'étirement à 5 = rigidité.

L'échelle d'Held et Tardieu permet une meilleure évaluation de la spasticité puisqu'elle prend en compte l'angle articulaire d'apparition de la spasticité.

Mais sa validation est seulement de niveau 1.

L'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A) est choisie afin de codifier la douleur ressentie par le patient. L'E.V.A demeure la cotation la plus utilisée par les différents thérapeutes composant une équipe multidisciplinaire. Elle permet une compréhension simple et rapide de tous. Elle mesure subjectivement le ressenti du patient à un instant « t » précis

Malgré tout, son explication reste difficile à mettre en pratique lors de la prise en charge de certains patients hémiplegiques.

En cas de difficultés de mise en place de l'E.V.A, le thérapeute peut utiliser une échelle numérique simple (9) (annexe III) ou une échelle verbale simple de la douleur (9) (annexe IV).

L'utilisation de cotation pour l'appréciation du mouvement volontaire aurait pu aboutir à une addition de ces codes numériques et ainsi permettre une comparaison de l'évolution du patient hémiplegique entre les différents bilans réalisés lors de sa prise en charge. Le choix de ne pas la réaliser réside dans le fait qu'elle ne permet pas une évaluation précise des progrès du patient. L'évolution doit se faire quantitativement mais également qualitativement. L'appréciation qualitative n'est pas soulignée si le thérapeute ne se base que sur un aspect chiffré de l'évolution.

Cette fiche bilan est réalisée à la demande du service de Médecine Physique et Réadaptation de Briey ; elle est destinée aux Masseurs-Kinésithérapeutes professionnels ainsi qu'aux étudiants.

Elle permet une évaluation complète et rapide des déficiences, incapacités et désavantages d'un patient hémiplegique par atteinte de l'hémisphère mineur. En effet, cette fiche est réalisée de telle sorte que le bilan diagnostic masso-kinésithérapique puisse être effectué dans

un délai maximal d'une demi-heure voire vingt minutes (temps accordé aux étudiants masseurs-kinésithérapeutes lors des Mises en Situation Professionnelle). Cette évaluation est réalisée avec des valeurs fiables, reproductibles et comparatives dans le temps.

Nous avons réalisé une fiche bilan d'un patient hémiparétique par atteinte de son hémisphère mineur parce que les troubles qui en résultent sont intéressants à prendre en charge.

A la fin de notre fiche, nous avons fait figurer un bilan diagnostic masso-kinésithérapique permettant de résumer les différentes atteintes du patient. Le suivi de ce dernier au sein d'une équipe pluridisciplinaire est alors plus aisé.

## 7. CONCLUSION.

Le bilan des déficiences d'un patient hémiparétique par atteinte de l'hémisphère mineur est complexe. Puisque ce patient peut présenter des troubles de la trophicité, de la sensibilité, de la motricité volontaire, de l'équilibre et de la déambulation.

L'utilisation d'une fiche bilan est donc fortement conseillée pour sa prise en charge complète : elle se veut être facile à utiliser, claire et rapide à remplir.

Cette fiche est destinée aux masseurs-kinésithérapeutes travaillant dans les services hospitaliers, les centres de rééducation mais également aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Elle permet donc de suivre l'évolution des déficiences du patient tout au long de sa convalescence.

## BIBLIOGRAPHIE.

1.BETHOUX F., CALMELS P. – Evaluation, mesure et Accident Vasculaire Cérébral (AVC) - BETHOUX F., CALMELS P. – Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. – Paris : Frison-Roche, mars 2003. – p. 238 – 257.

2.BOUBEE M. - Bilans analytiques et fonctionnels en rééducation neurologique : membres supérieurs et bilans spécifiques. - Deuxième édition. - Paris : Masson. - 132 p.

3.DAVIET JC., DUDOGNON PJ., SALLE JY., MUNOZ M., LISSANDRE JP., REBEYROTTE I., BORIE MJ. – Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-455-A-10, 2002, 24 p.

4.DEROUESNE C., POITRENEAU J., HUGONOT L., KALAFAT M., DUBOIS B., LAURENT B. - Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. – La presse médicale, 1999, 28, 21, p.1141 – 1148.

## AUTRES REFERENCES

5.ASHWORTH B. Preliminary trial of carisdoprol in multiple sclerosis. - Practitioner 1964; 192:540-542. [www.afrek.com](http://www.afrek.com)

6.HASBOUN D. – Neuromorphologie. Première année, notes de cours 2002 – 2003. Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière. [www.chu-ps.fr](http://www.chu-ps.fr)

7.HELD DL, DIZIEN O. - Traité de médecine physique. – Paris. – Flammarion 1998. [www.afrek.com](http://www.afrek.com)

8.Niveaux de validation des cotations. [www.afrek.com](http://www.afrek.com)

9.Recommandation ANAES 1999 : « Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. » Echelle Numérique de la douleur et Echelle Verbale Simple de la douleur. [www.afrek.com](http://www.afrek.com)

# **Annexes**

---

Annexe I : Fiche bilan d'un patient présentant une hémiplégie par atteinte de l'hémisphère mineur.

## FICHE BILAN HEMIPLEGIE DE L' HEMISPHERE MINEUR.

Date du bilan : \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom du thérapeute :

### Anamnèse.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_

Profession :

Latéralité :

Etat civil :

Type d'habitat :

Loisirs :

Capacité fonctionnelle antérieure à l'A.V.C :

Date de l'A.V.C : \_\_ / \_\_ / \_\_

Antécédents chirurgicaux et médicaux :

Traitements :

Objectifs du patient :

Préciser la position du patient : Assis=A ; Décubitus =D ; Procubitus=P ; Debout =De ; Latérocubitus : La.

Les mouvements seront demandés au patient de façon à être réalisés bilatéralement puis du côté sain et enfin du côté hémiplegique.

### Bilan membre supérieur.

Présence d'un moyen de maintien de la gléno-humérale(GH) : écharpe : oui – non  
gouttière : oui – non

Attitude du MS : main pendante  
main genou

Palpation : subluxation de la GH  
signe du piston : oui non

Bilan de la douleur : EVA (0 à 10) au travail/ au repos/ la nuit : \_\_ / \_\_ / \_\_  
localisation :  
sensation perçue (fourmillement, écrasement, ...) :

Bilan de sensibilité :

Normale=N ;  
Augmentée= ↗ ;  
Diminuée= ↘

Sensibilité Superficielle		Sensibilité Profonde	
Tactile	Thermo-algique	Stateshésique	Kinesthésique

Bilan trophique :

	Oui/Non (O/N)	Localisation	Centimètrie	Aspect
Cicatrice	/			
Escarre	/			
Œdème	/			
Différence température	/		<del> </del>	<del> </del>
Rougeur	/		<del> </del>	<del> </del>
Sudation	/		<del> </del>	<del> </del>

algodystrophie : oui - non

Syncinésies :

Membre Supérieur sain	Membre Inférieur sain	Membre Inférieur hémiplegique

Coordination=C ; Imitation=I ; Effort=E.



Cotation du mouvement volontaire :

3 : amplitude subnormale ; 2 : amplitude diminuée ; 1 : ébauche de mouvement ;  
0 : absence de mouvement.

Evaluation de la spasticité : (d'après ASHWORTH)

5=spasticité permanente en flexion ou en extension ; 4=augmentation considérable du tonus ;  
3=augmentation modérée mais aisément perceptible ; 2=augmentation discrète du tonus musculaire (sensation d'acrochage) ; 1=tonus musculaire normal.

		Position	Mouvement volontaire	Spasticité
EPAULE	Flexion/Extension		/	/
	Abduction (plan scapula)		/	/
	Abd. Horiz/Add. Horiz		/	/
	Rotation médiale/Rotation latérale		/	/
COUDE	Flexion/Extension		/	/
	Pronation/Supination		/	/
POIGNET	Flexion/Extension		/	/
	Inclinaison ulnaire/Inclinaison radiale		/	/
DOIGTS	II Flexion/Extension		/	/
	III Flexion/Extension		/	/
	IV Flexion/Extension		/	/
	V Flexion/Extension		/	/
POUCE	Flexion/Extension		/	/
	Adduction		/	/
	Opposition		/	/

Bilan Fonctionnel :

3=Normal ;  
2=Difficulté de réalisation mais exécution du mouvement ;  
1=Ebauche du mouvement ;  
0=Absence de mouvement.

Date de l'examen	
Main-Hanche opposée	
Main-Epaule opposée	
Main-Bouche	
Main-Tête	
Main-Nuque	
Opposition du pouce avec doigts	
Préhension fine	
Préhension de force	

**Bilan membre inférieur.**

Attitude spontanée :

Bilan de la douleur :

EVA (0 à 10) au travail/ au repos/ la nuit : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  
localisation :  
sensation perçue (fourmillement, écrasement, ...) :

Bilan de sensibilité :

Normale=N ;  
Augmentée= $\nearrow$  ;  
Diminuée= $\searrow$  .

Sensibilité Superficielle		Sensibilité Profonde	
Tactile	Thermo-algique	Statesthésique	Kinesthésique

Bilan trophique :

	Oui/Non (O/N)	Localisation	Centimétrie	Aspect
Cicatrice	/			
Escarre	/			
Œdème	/			
Différence température	/			
Rougeur	/			
Phlébite	/			
Bas de contention	/			

Syncinésies :

Membre Supérieur sain	Membre Supérieur hémiplegique	Membre Inférieur sain

Coordination=C ; Imitation=I ; Effort=E.

Cotation du mouvement volontaire : cotation identique à celle du membre supérieur.

Evaluation de la spasticité : (ASHWORTH) cotation identique à celle du membre supérieur.

			Mouvement volontaire	Spasticité
		Position		
HANCHE	Flexion/Extension		/	/
	Abduction/Adduction		/	/
	Rotation médiale/Rotation latérale		/	/
GENOU	Flexion/Extension		/	/
CHEVILLE	Flexion/Extension		/	/
ORTEILS	Flexion/Extension		/	/

Bilan fonctionnel de l'équilibre.

Equilibre	Statique		Face à des déstabilisations	
	YO	YF	YO	YF
Assis				
A genoux dressés				
Chevalier servant coté sain en avant				
Chevalier servant coté hémi en avant				
Bipodal (chronomètre)				
Unipodal coté sain (chronomètre)				
Unipodal coté hémi (chronomètre)				

Bilan de la déambulation.

Déambulation : fauteuil roulant : oui non type : autonome : oui non

	Oui/Non (O/N)	Aides Techniques (canne(s), attelle(s), rampe(s))	Périmètre/temps
Marche	/		
Verrouillage du genou	/		
Boiteries	/		
Marche extérieure	/		
Escaliers	/		

## Bilan des fonctions supérieures.

Mini Mental State examination version GRECO, 1999

**Orientation :** (1 point par réponse juste ; maxm A=5 ; B=5)

- A. - « En quelle année sommes-nous ? »  
- « En quelle saison ? »  
- « En quel mois ? »  
- « Quel jour du mois ? »  
- « Quel jour de la semaine ? »
- B. - « Dans quelle ville sommes-nous ? »  
- « Dans quel département est situé cette ville ? »  
- « Dans quelle province est situé ce département ? »  
- « Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? »  
- « A quel étage sommes-nous ? »

**Apprentissage :** (1 point par mot répété correctement ; maxm 3)

-« Je vais vous donner 3 mots, je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, je vous les redemanderai tout à l'heure : citron, clé, ballon (cigare, fleur, porte). » [Nombre d'essais pour une répétition correcte : maxm 6]

**Attention et calcul :** (1 point par soustraction exacte ; maxm 5)

-« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête ? » [Faire effectuer 5 soustractions]

-« Voulez-vous m'épeler le mot « monde » à l'envers, en commençant par la dernière lettre » (EDNOM)

**Rappel des 3 mots.** (1 point par mot rappelé, maxm 3)

**Langage, praxies**

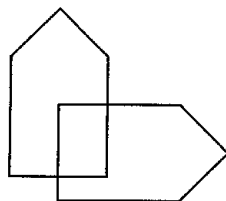
-« Comment s'appelle cet objet ? » Crayon, montre (1 point par objet, maxm 2)

-« Répétez ma phrase : pas de mais, de si, ni de et ». (1 point seulement si la répétition est parfaitement correcte)

-« Prenez mon papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez-le par terre. » (1 point par partie de la consigne exécutée)

-« Faites ce qui est marqué : « FERMER LES YEUX » »

-« Voulez-vous recopier mon dessin » (1 point si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de deux côtés différents)



-« Ecrivez-moi une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière » (1 point si au moins un sujet et un verbe) :

### Troubles associés.

Paralysie faciale :                      oui - non  
Troubles vésicosphinctériens :      oui - non  
Troubles de la déglutition :        oui - non

### Bilan Diagnostic Masso-Kinésithérapique.

Déficiences :

Incapacités :

Désavantages :

## Annexe II : La cotation Held et Tardieu.

Cette cotation permet une évaluation de la spasticité.

Ce bilan est partagé en deux parties :

- Intensité du réflexe :
  - 0 = pas de réflexe d'étirement ;
  - 1 = contractions musculaires visibles ou palpables ;
  - 2 = contractions avec ressaut ;
  - 3 = trépidations épuisables ou hypertonie marquée permettant une mobilisation aisée ;
  - 4 = trépidations inépuisables ou hypertonie considérable avec mobilisation difficile ;
  - 5 = rigidité sans mobilisation possible.
  
- Vitesse à l'étirement :
  - V1 = vitesse inférieure à celle de la pesanteur ;
  - V2 = vitesse égale à celle de la pesanteur ;
  - V3 = vitesse supérieure à celle de la pesanteur.

Dans cette cotation, nous devons noter également l'angle articulaire d'apparition du réflexe.



## Annexe IV : L'Echelle Verbale Simple.

Cette échelle verbale permet au patient d'exprimer l'intensité de la douleur ressentie.

Elle s'échelonne de 0 (= douleur absente) à 4 (= extrêmement intense)

Douleur au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
---------------------------------	--------------	-------------	--------------	--------------	-----------------------------

Douleur habituelle des 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
---	--------------	-------------	--------------	--------------	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
---	--------------	-------------	--------------	--------------	-----------------------------

