

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

**ETUDE D'UN CAS CLINIQUE EN  
PSYCHIATRIE :  
PRISE EN CHARGE MASSO-  
KINÉSITHÉRAPIQUE D'UNE PATIENTE  
ATTEINTE D'UN TROUBLE DE CONVERSION  
ET D'UN NEURINOME.**

Mémoire présenté par **Amandine AUBERT**  
étudiante en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'État  
de Masseur-Kinésithérapeute.  
2013-2014.

# SOMMAIRE

## RESUME

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Généralités.....	1
1.2. Présentation de la patiente et de la démarche thérapeutique.....	1
1.3. Physiopathologie du trouble de conversion.....	3
1.4. Traitement du trouble de conversion.....	4
1.5. Anatomie et physiopathologie de la compression neurologique.....	5
1.6. Traitement neurologique.....	6
2. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	8
3. BILAN DE DEPART.....	8
3.1. Réalisation du bilan le 10 septembre 2013.....	8
3.1.1. Renseignements sur la patiente.....	8
3.1.2. Imagerie.....	10
3.1.3. Bilan de la douleur.....	10
3.1.4. Bilan trophique.....	10
3.1.5. Bilan des déformations orthopédiques.....	11
3.1.6. Goniométrie articulaire.....	11
3.1.7. Bilan des rétractions musculaires.....	11
3.1.8. Bilan de la force musculaire.....	11
3.1.9. Bilan de la spasticité.....	12
3.1.10. Bilan somesthésique.....	12
3.1.11. Bilan de l'équilibre.....	13
3.1.12. Bilan fonctionnel.....	13
3.2. Le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK).....	15
3.3. Les objectifs du traitement masso-kinésithérapique.....	16
4. LE TRAITEMENT MASSO-KINESITHERAPIQUE.....	17
4.1. Les grands principes.....	17
4.2. Prise en charge de la douleur.....	17
4.3. Maintien des amplitudes du pied droit.....	18
4.4. Maintien des amplitudes de la cheville.....	18
4.5. Stabilisation de la cheville.....	19

4.6. Etirement du droit fémoral.....	20
4.7. Renforcement musculaire.....	21
4.8. Travail des transferts.....	21
4.9. Travail de la marche.....	22
4.10. Travail de l'équilibre.....	22
5. BILAN DE FIN DE STAGE J+7 SEMAINES.....	23
6. DISCUSSION.....	23
6.1. Cadre législatif de la prise en charge.....	23
6.2. Données de la littérature.....	24
6.3. Intérêts de la prise en charge.....	25
6.4. Rôles du kinésithérapeute en psychiatrie.....	26
6.5. Difficultés rencontrées.....	27
6.5.1. Le doute permanent.....	27
6.5.2. La variabilité de l'ampleur des symptômes.....	27
6.5.3. Influence de la maladie psychiatrique et du traitement sur le comportement.....	28
6.6. Limites de l'étude.....	28
7. CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

# RESUME

Au cours de notre stage dans un service de psychiatrie nous prenons en charge madame B, une patiente de 42 ans. Elle est atteinte d'un trouble de conversion et d'un neurinome qui comprime son tronc cérébral.

Le trouble de conversion (communément appelé hystérie) est caractérisé par des symptômes corporels dont l'origine est psychologique.

La patiente nous est adressée sur prescription médicale pour une monoparésie du membre inférieur droit avec des boiteries à la marche et des chutes fréquentes. Nous ne savons pas quelle part des symptômes est due à la conversion et quelle part est due à la compression du tronc cérébral par le neurinome. Il s'agit d'une prise en charge au long cours par une équipe pluridisciplinaire.

Nous effectuons un bilan à orientation neurologique du membre inférieur droit ainsi que le bilan fonctionnel et le bilan de la marche.

Les objectifs du traitement sont déterminés à partir du bilan diagnostic kinésithérapique et en fonction des objectifs de la patiente : maintenir son autonomie et éviter une dégradation de son état en attendant une possible rémission.

Le traitement effectué est adapté au contexte particulier. Nous employons la méthode essai-erreur. La principale difficulté rencontrée est la variabilité de son état et de l'ampleur de ses symptômes.

Le bilan sept semaines plus tard ne montre pas d'évolution significative. C'est à la fois un point positif (il n'y a pas eu de dégradation de son état) et négatif (la symptomatologie psychiatrique ne s'est pas améliorée, ce qui était attendu).

Cette prise en charge n'a pas été évidente. Nous avons rencontré des difficultés pour aborder ce cas peu commun, notamment par l'absence de recommandations de bonne pratique, et la rareté des publications sur ce sujet.

## Mots clés

- Français : trouble de conversion, kinésithérapie, syndrome pyramidal, neurinome.
- Anglais : conversion disorder, physiotherapy, pyramidal tract syndrome, neurinoma.

## **1. INTRODUCTION**

### **1.1. Généralités**

Du point de vue étiologique, la neurologie et la psychiatrie sont deux domaines médicaux distincts. Une atteinte neurologique est due à une lésion anatomique, alors qu'une atteinte psychiatrique est due à un dysfonctionnement du cerveau sans lésion anatomique. Le diagnostic différentiel se fait en partie grâce à la neuro-imagerie.

Dans ce mémoire, nous nous intéressons à Madame B, une femme de 42 ans pour qui le diagnostic médical est à la frontière de ces deux domaines. Elle est atteinte à la fois d'une pathologie neurologique centrale (compression du tronc cérébral par un neurinome) et d'une pathologie psychiatrique (trouble de conversion). Si l'étiologie est bien différente, la pathologie neurologique et le trouble psychiatrique peuvent avoir des répercussions somatiques semblables. Il est alors difficile de départager l'origine des symptômes, et de donner une orientation au traitement.

Quelles sont les particularités de la prise en charge masso-kinésithérapique de la patiente liées à la présence d'une maladie psychiatrique ?

### **1.2. Présentation de la patiente et de la démarche thérapeutique**

Madame B, âgée de 42 ans exerçait la profession de secrétaire médicale jusqu'en 2004, moment où sa pathologie psychiatrique (syndrome de conversion) s'est déclarée.

Le syndrome de conversion a entraîné des changements sur le plan relationnel, psychologique, comportemental et un épisode somatique à type de paralysie du membre supérieur droit durant quatre ans.

En décembre 2012 au moment de la récupération fonctionnelle spontanée de son membre supérieur, un nouveau symptôme de conversion est apparu. Il s'agit d'une monoparésie du membre inférieur droit avec des signes d'atteinte pyramidale. Madame B

présente des boiteries à la marche de plus en plus marquées qui l'exposent à des chutes très fréquentes.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale est effectuée le 10 janvier 2013. Elle révèle la présence d'un neurinome du neuvième ou dixième nerf crânien à gauche, contre le tronc cérébral. D'après le diagnostic médical, la compression du tronc cérébral ne permet pas d'expliquer tous les symptômes du membre inférieur droit.

Un scanner lombaire est réalisé le 08/03/2013. Il ne met pas de conflit disco-radiculaire en évidence.

La monoparésie du membre inférieur droit est donc due à deux pathologies :

- un terrain psychiatrique favorable aux symptômes de conversion,
- une compression neurologique des voies nerveuses centrales.

La pathologie entraîne une phase de dégradation lente de son état. L'ampleur des symptômes varie d'un moment à l'autre, selon les circonstances, les personnes en présence, la fatigue et l'état psychologique.

La prise en charge est effectuée dans un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie par une équipe pluridisciplinaire. Elle est composée du médecin psychiatre, du médecin de réadaptation, des psychologues, des infirmiers, des aides soignants, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, du professeur d'activité physique adaptée, de l'assistante sociale et des bénévoles qui organisent des activités et sorties.

La maladie psychiatrique est une maladie chronique. L'objectif principal est de redonner de l'autonomie à la patiente et de lui permettre d'élaborer un projet de vie.

Madame B vit actuellement dans un pavillon de séjour de longue durée. Plusieurs tentatives de retour à domicile, de séjour dans une famille d'accueil ou chez ses parents ont été un échec à long terme.

Madame B, du fait de sa pathologie psychiatrique ressent le besoin d'être constamment au centre de l'attention et que l'on s'occupe d'elle. Elle obtient ce «bénéfice secondaire» dans le domaine médical (1). Ce comportement est un frein à l'aboutissement de la prise en charge et à la démarche d'autonomisation.

La patiente est habituée aux séances de kinésithérapie dont elle bénéficie depuis 2004. Notre prise en charge s'effectue pendant la durée du stage (sept semaines, à raison de deux séances par semaine). Elle s'inscrit dans une continuité des soins visant à maintenir son autonomie et à diminuer le risque de chutes, ceci est primordial pour prévenir la dégradation de son état.

### 1.3. Physiopathologie du trouble de conversion

Le trouble de conversion, communément appelé hystérie, est une pathologie psychiatrique classé dans les névroses (2). Le mode d'expression est somatique (3).

- La névrose (4).

La névrose est toujours due à des facteurs psychologiques. Elle se définit comme un ensemble de «symptômes, troubles du comportement et conduites qui ont une répercussion sur la vie affective, relationnelle, sexuelle et sociale» (4).

Le symptôme principal est l'angoisse. Le sujet névrotique ne perd pas contact avec la réalité et peut conserver une adaptation sociale. Il a également conscience de ses troubles.

- Le trouble de conversion.

C'est une pathologie chronique rare, avec une incidence de 5 à 10 cas pour 100 000 sujets (5). Elle touche deux à six femmes pour un homme (6).

Il s'agit de « la perte ou l'altération d'une fonction physique suggérant la présence d'une maladie organique, principalement neurologique, mais dont le clinicien pense qu'elle est due à des facteurs psychologiques » (6).

La conversion constitue un mode de défense qui permet la diminution de l'angoisse. La personne semble calme face à ce qui lui arrive, les symptômes ne la préoccupent pas, c'est la « belle indifférence » (7). C'est le cas de madame B, qui ne se rend pas compte à quel point ses symptômes affectent son état.

Les symptômes ne respectent aucune organisation anatomique, et peuvent être divers :

- crises d'agitation psychomotrice de courte durée généralement en présence de spectateurs ou pertes de connaissance,
- troubles de la mémoire liés à un événement ou traumatisant,
- modification de la conscience avec des états de transe ou somnambulisme,
- symptômes corporels durables : paralysies, anesthésies sensitives ou sensorielles, algies, contractures et crampes, troubles du tonus musculaire,
- troubles de la marche.

Ces symptômes peuvent devenir chroniques, disparaître spontanément ou récidiver lorsque les conflits psychiques réapparaissent. Lorsqu'il y a récurrence, la symptomatologie peut être totalement différente de la précédente (6).

#### 1.4. Traitement du trouble de conversion

- Prise en charge psychologique

Une prise en charge est effectuée par le psychiatre, pour aider madame B à comprendre l'origine de ses troubles (6).

Souvent, l'annonce du caractère normal des examens complémentaires permet de résoudre les problèmes (8), ce qui n'est pas le cas pour la patiente.

- Traitement médical du trouble de conversion et effets (9), (10)

La prescription médicamenteuse est faite par le psychiatre :

- un anxiolytique pour diminuer l'anxiété et l'émotivité,
- des sédatifs et hypnotiques si besoin.

Ces médicaments entraînent une somnolence. Il est donc possible que la diminution de la vigilance, les risques de chutes, la fatigabilité, les difficultés de concentration soient augmentés par la prise des médicaments. Leur action calmante a un effet sur l'état général. Nous devons en tenir compte dans la rééducation.



- Traitement physique des symptômes de conversion

Il n'y a pas de recommandations pour la prise en charge masso-kinésithérapique. Peu d'études sont publiées. A titre d'exemple nous citons des traitements proposés pour les mêmes types de symptômes que madame B : les troubles de la marche et la paralysie.

- Renforcer les comportements positifs, et ignorer les comportements indésirables (11).
- Favoriser un traitement actif, impliquer le patient dans la rééducation (12).
- Employer la stimulation électrique fonctionnelle en cas de paralysie (11).
- Utiliser les bio-feed-back pour corriger les boiteries à la marche (11).
- Adapter la technique de thérapie contrainte pour les troubles à la marche : empêcher le patient de marcher en dehors des séances de rééducation (12).

Ces études de cas ne constituent aucune preuve (Grade C).

### 1.5. Anatomie et physiopathologie de la compression neurologique

Le tronc cérébral appartient au système nerveux central. Il est situé à la base de l'encéphale. Il donne naissance à douze paires de nerfs crâniens qui appartiennent au système nerveux périphérique.

- La neuvième paire de nerfs crâniens correspond aux nerfs glosso-pharyngiens.
- La dixième paire correspond aux nerfs pneumo-gastriques (13).

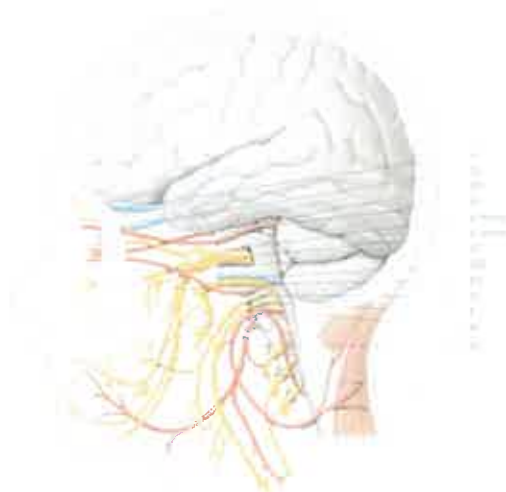


Figure 1 : diagramme général des nerfs crâniens (13)

- Le neurinome et la compression du tronc cérébral (14)

Chaque nerf périphérique est entouré par une gaine de myéline constituée de cellules de Schwann. Le neurinome est une tumeur bénigne qui se développe à partir des cellules de Schwann. Le développement de cette tumeur reste local, il n'y a pas de prolifération.

Par l'interprétation de l'imagerie, le médecin soupçonne un neurinome du neuvième ou dixième nerf crânien à gauche. Le test des paires crâniennes est cependant normal.

Dans le cas étudié, l'emplacement du neurinome comprime le tronc cérébral. Le faisceau pyramidal (ANNEXE I) passe dans le tronc cérébral. C'est la voie de la motricité volontaire. Une atteinte du faisceau pyramidal provoque un syndrome pyramidal.

- Le syndrome pyramidal (15)

Lorsque le faisceau pyramidal est atteint, des symptômes typiques apparaissent :

- un **déficit moteur** : la patiente a des difficultés pour recruter certains muscles (troubles de la commande motrice volontaire),
- la **spasticité** : c'est une exagération du réflexe myotatique (contraction réflexe en réponse à l'étirement des fibres d'un muscle),
- un **réflexe monosynaptique exagéré**, donnant des réflexes ostéo-tendineux vifs et amplifiés,
- un **réflexe cutané plantaire inversé**, avec la présence du signe de Babinski (extension lente et majestueuse du gros orteil en réponse à une stimulation de la voûte plantaire).

## 1.6. Traitement neurologique

- Le neurinome

Le **traitement chirurgical** consiste en une exérèse de la tumeur. Dans le cas présent la décision a été prise de ne pas faire cette opération. Le rapport bénéfice/risque est défavorable.

Les principaux risques sont :

- le risque lié à l'acte chirurgical dans une zone vitale,
- la perturbation psychologique chez une patiente atteinte d'un trouble psychiatrique.

La patiente bénéficie d'un suivi régulier et une exérèse sera peut être nécessaire par la suite.

**Le traitement par radiothérapie n'est pas envisagé.** La taille de la tumeur est stable. Pour les mêmes raisons, le rapport bénéfice/risque est défavorable.

De plus madame B n'est pas au courant de la présence du neurinome (décision médicale pour ne pas la perturber).

- Les symptômes pyramidaux (16)

La **spasticité** engendre à long terme une rétraction musculaire, qui risque de limiter les amplitudes articulaires et donc d'entraîner une gêne fonctionnelle à long terme. Le kinésithérapeute intervient en prévention de ces rétractions musculaires en effectuant des postures des muscles spastiques.

Si la spasticité cause des douleurs ou une gêne fonctionnelle, il est possible d'avoir recours à un traitement médical (Baclofène, injection de toxine botulique) ou chirurgical en dernière intention (neurotomie).

La spasticité « n'est pas toujours invalidante, et peut même se révéler utile compensant un défaut de force musculaire » (17).

Dans le cas de madame B, il n'y a pas de douleurs ni de gêne fonctionnelle importante. De plus la spasticité du triceps sural est utile pour la propulsion lors de la marche. Une prise en charge masso-kinésithérapique est suffisante.

Les **troubles de la commande musculaire** sont également pris en charge en kinésithérapie. Dans le cas de madame B, nous ne savons pas si ses difficultés pour contracter les muscles sont dues au syndrome pyramidal, ou à la conversion. Selon le médecin, ces troubles seraient dus à la conversion, puisqu'ils sont variables.

## **2. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

Nos recherches ont été effectuées entre le 15 septembre 2013 et le 10 avril 2014. Notre bibliographie est constituée d'articles et d'ouvrages publiés entre 2002 et 2013.

Les mots clé français sont : trouble de conversion, kinésithérapie, syndrome pyramidal, neurinome.

Les mots clé anglais sont : conversion disorder, physiotherapy, pyramidal tract syndrome, neurinoma.

Nous avons interrogé les bases de données suivantes: PubMed, PEDro, psychINFO, la Haute Autorité de Santé (HAS), le site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Réédoc, le catalogue SUDOC. Nous avons complété par des recherches à la bibliothèque universitaire de médecine.

Nous avons sélectionné les articles en fonction de la présence des mots clé dans le titre ou le résumé, de la date de publication, la lecture du résumé, puis de l'article.

## **3. BILAN DE DÉPART**

Introduction: le bilan de départ que nous effectuons est un bilan à orientation neurologique, puisque il y a une compression du tronc cérébral. Les symptômes de conversion, même s'ils n'ont pas d'origine anatomique, sont tout de même dus à un dysfonctionnement cérébral, c'est pourquoi un bilan neurologique nous semble approprié. Nous développons dans ce mémoire les points importants pour la patiente : le bilan du membre inférieur droit, l'analyse de la marche, et le bilan fonctionnel.

### **3.1. Réalisation du bilan le 10 septembre 2013**

#### **3.1.1. Renseignements sur la patiente**

Les informations qui suivent sont issues du dossier médical.

- Madame B, 42 ans, était secrétaire médicale. En arrêt de travail depuis 2004, elle exerce actuellement un emploi thérapeutique en tant que serveuse dans une cafétéria.
- Elle vit au centre hospitalier spécialisé (CHS) dans un pavillon de séjour de longue durée.
- Elle a un compagnon qui vit aussi au CHS, n'a pas d'enfants, et les relations avec ses parents sont très tendues.
- Ses antécédents sont : une entorse du ligament latéral externe de la cheville droite lors d'une chute six semaines plus tôt (nous sommes donc en phase de cicatrisation acquise), des chutes fréquentes, une hospitalisation en réanimation pour un coma après avoir ingéré du subutex en 2012, une phlébite.
- Le traitement pharmacologique :
  - Imovane (hypnotique et sédatif, apparenté aux benzodiazépines),
  - Théralène (hypnotique),
  - Lysanxia (anxiolytique, benzodiazépines),
  - Parkinane (contre le syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques),
  - Gutron (sympathomimétique anti-hypotenseur),
  - Doliprane (antalgique de palier 1),
  - Nexplanon (implant contraceptif).

L'interrogatoire de Madame B n'a pas donné beaucoup de réponses appropriées, en effet la patiente semble désorientée à propos de l'origine de ses troubles, des événements et dates. Les seules informations obtenues sont ses loisirs et son projet :

- Ses loisirs sont les sorties en ville avec son compagnon, jouer à la pétanque, les activités au CHS (danse country, chorale, activités manuelles), et d'après madame B son travail qu'elle aime réellement exercer.
- Son projet de vie est de continuer de travailler à la cafétéria, et de pouvoir vivre un jour dans un appartement thérapeutique avec son compagnon (ses dires sont différents avec d'autres thérapeutes, elle ne souhaiterait pas quitter le CHS).

### **3.1.2. Imagerie (ANNEXE II)**

L'interprétation médicale de l'imagerie précise :

- un neurinome du neuvième ou dixième nerf crânien à gauche en région latéro bulbaire,
- l'absence de hernie discale lombaire,
- la suspicion d'une fissure de la styloïde du cinquième métatarsien du pied droit.

### **3.1.3. Bilan de la douleur**

Suite à son entorse du ligament latéral externe, Mme B se plaint d'une douleur diffuse de la face latérale de la cheville droite, et d'une douleur punctiforme au niveau de la styloïde du cinquième métatarsien. Le bilan radiologique n'a rien mis en évidence. Une fissure de la styloïde est suspectée.

Ces douleurs surviennent à la marche et à la palpation, elles sont de type mécanique, il n'y a pas de douleurs nocturnes.

Nous demandons à la patiente de coter la douleur sur une échelle verbale numérique, elle cote à 5/10 pour la cheville et 5/10 pour la styloïde. La patiente prend un traitement antalgique médicamenteux sur demande (doliprane).

### **3.1.4. Bilan trophique**

Il existe une discrète amyotrophie de la cuisse et du mollet à droite comparativement au membre inférieur gauche, que nous objectivons par la centimétrie (ANNEXE III).

La patiente ne présente pas d'autres signes de troubles trophiques : pas d'œdème, tests pour la phlébite négatifs, absence de varices, les téguments sont normaux, la chaleur cutanée est normale et identique au côté sain.

### **3.1.5. Bilan des déformations orthopédiques**

Madame B ne porte actuellement plus de semelles orthopédiques. Nous observons l'attitude spontanée de la patiente debout :

- pieds creux associés à un métatarsus varus et des orteils en griffe en bilatéral,
- cheville en équin à droite,
- genoux en récurvatum bilatéral (15°) et valgum bilatéral (10°),
- bilan rachidien normal (courbures sagittales et frontales lorsque le bassin est équilibré).

### **3.1.6. Goniométrie articulaire (ANNEXE IV)**

Les mouvements sont réalisés de manière passive pour mettre en évidence les rétractions d'origine capsulo-ligamentaire et musculaire. Nous trouvons une diminution de l'amplitude de flexion dorsale de cheville à droite plus marquée qu'à gauche.

### **3.1.7. Bilan des rétractions musculaires**

Nous trouvons :

- une rétraction bilatérale des gastrocnémiens et du soléaire, plus importante à droite (ANNEXE IV).
- une rétraction du droit fémoral à droite : distance talon-fesse 20 cm à droite et 2 cm à gauche.

### **3.1.8. Bilan de la force musculaire (ANNEXE V)**

Il y a une atteinte du faisceau pyramidal. Il peut y avoir des troubles de la commande motrice volontaire, donc des difficultés de recrutement musculaire. Le bilan de la force

musculaire par fonction en employant l'échelle de Held et Pierrot Deseilligny nous semble le plus approprié. Il n'y a pas de syncinésies lors de la réalisation du bilan. Nous trouvons une diminution de la force musculaire de tout le membre inférieur droit.

### 3.1.9. Bilan de la spasticité

Nous mobilisons les articulations de manière passive à vitesse rapide afin de mettre en évidence une exagération du réflexe myotatique à l'étirement. Nous utilisons l'échelle d'Ashworth modifiée (ANNEXE VI) pour coter la spasticité.

Tableau I : récapitulatif des muscles spastiques.

Muscle testé	Position de la patiente	Spasticité selon l'échelle d'Ashworth modifiée	
		Côté droit	Côté gauche
Gastrocnémiens	Décubitus dorsal, membre inférieur en extension	3	1+
Soléaire	Décubitus dorsal, hanche et genou fléchis pour détendre les gastrocnémiens	3	1+

### 3.1.10. Bilan somesthésique (ANNEXE VII)

Tous les tests sont réalisés au calme et les yeux fermés. Nous testons la **sensibilité extéroceptive**.

- Sensibilité tactile.

Avec une boule de coton, nous testons la sensibilité des deux membres inférieurs et particulièrement la plante du pied (important pour la marche et la station debout). La sensibilité est normale et identique des deux côtés.



- Sensibilité de protection.

C'est la distinction d'un stimulus douloureux d'un stimulus non douloureux. Nous réalisons le test du pique touche : avec un trombone (pique) et une gomme (touche).

Cette sensibilité est normale.

Nous testons également la **sensibilité proprioceptive**. La patiente a des difficultés de concentration et de recrutement musculaire. Nous utilisons des tests passifs pour qu'elle n'ait pas d'autre tâche à réaliser, et ne pas perturber sa concentration.

- Sensibilité statesthésique.

C'est la perception de la position du segment dans l'espace. Nous plaçons l'articulation dans une position donnée. La patiente doit décrire cette position simplement.

- Sensibilité kinesthésique.

C'est la perception du mouvement d'un segment de membre. Nous mobilisons le segment de membre. La patiente doit dire quel est le sens du mouvement.

La sensibilité proprioceptive (statesthésique et kinesthésique) est anormale à la cheville et au genou du côté droit.

### **3.1.11. Bilan de l'équilibre**

D'après le dossier médical, madame B chute fréquemment (plusieurs fois par mois/semaine). Le test de Tinetti (ANNEXE VIII) permet d'objectiver le risque de chutes. Il teste l'équilibre dans plusieurs situations. Les résultats du test montrent un risque très élevé de chute (score inférieur à 20 points).

### **3.1.12. Bilan fonctionnel**

- Analyse de la marche : la patiente refuse toute aide technique. Une canne simple serait indiquée. Le test des 10 mètres de marche à vitesse confortable est effectué (ANNEXE IX). La patiente parcourt cette distance en 11 secondes et 18 pas.

Tableau II : analyse de la marche.

Paramètres de la marche	Observations	
	Membre inférieur droit	Membre inférieur gauche (sain)
Attaque du talon	non, pied équin	oui
Longueur du pas	raccourcie	normale
Phase d'appui unipodal	esquive (temps raccourci)	normale
Pas postérieur	non	non
Phase oscillante	steppage	normale
Stabilité de la cheville	non, mais risque d'entorse latérale diminué par le maintien dans ses basket	oui
Genou	flexum	flexum
Hanche	flexum	flexum
Boiteries	Trendelenburg : chute du bassin du côté gauche, signe d'une faiblesse du moyen fessier à droite	
Dissociation des ceintures	non, pas de balancement de la ceinture scapulaire	
Polygone de sustentation	élargi	

- Accroupissements, sauts, course impossibles.
- Les escaliers : montée et descente d'un étage avec une rampe et sous surveillance.
- Les transferts :
  - couché-assis et assis-couché : sont réalisés de manière autonome et en sécurité,
  - les retournements au lit : autonome,
  - les transferts assis-debout se font avec difficulté : les accoudoirs sont indispensables pour pallier à son manque de force,
  - transfert debout-assis : madame B se laisse tomber sur la chaise par manque de force du quadriceps droit, et par habitude. Il y a un risque de chute.

- Les activités de la vie quotidienne: toutes les tâches sont réalisées de manière autonome : habillage, toilette, alimentation.

### **3.2. Le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)**

#### **Les déficiences :**

- pathologie psychiatrique, et compression du tronc cérébral,
- douleur mécanique à la stiloïde du cinquième métatarsien du pied droit et à la face latérale de la cheville cotée à 5/10 EVA,
- spasticité du triceps sural droit cotée à 3 à droite et 1+ à gauche sur l'échelle d'Ashworth modifiée,
- équin de 20° à droite d'origine capsulo-ligamentaire et musculaire (rétraction du triceps sural),
- rétraction musculaire du droit fémoral à droite,
- amyotrophie et diminution de force musculaire globale au membre inférieur droit,
- troubles de la sensibilité proprioceptive du genou et de la cheville droite,
- troubles de l'équilibre.

#### **Les incapacités :**

- déambulation sans boiterie et sans risque de chute,
- transferts debout-assis en sécurité,
- accroupissements, sauts, course.

#### **Les désavantages :**

- familial : en raison de sa pathologie psychiatrique, ses relations avec sa famille (parents, frère) sont perturbées,
- social : madame B vit au centre hospitalier spécialisé,
- professionnel : n'a plus d'emploi et bénéficie d'un emploi thérapeutique (thérapie occupationnelle qui ne lui permet pas de gagner sa vie).

### 3.3. Les objectifs du traitement masso-kinésithérapique.

Des objectifs généraux sont déterminés en équipe pluridisciplinaire : autonomiser, donner des repères, faire respecter les règles de la vie en société. Ils donnent les grands principes de la prise en charge pour l'équipe des soignants.

En kinésithérapie, les objectifs sont déterminés à partir du BDK en concertation avec l'équipe des kinésithérapeutes.

Il s'agit d'un cas particulier. La patiente ne se rend pas compte de son état physique en voie de dégradation. La difficulté est de déterminer des objectifs en accord avec ceux de la patiente et de l'impliquer dans la rééducation. Nous devons chercher un objectif commun avec la patiente : lui permettre de continuer les activités au centre et son emploi thérapeutique, maintenir son niveau d'autonomie.

Nos objectifs de rééducation pendant la durée du stage sont :

- traiter la douleur,
- étirer les muscles spastiques (les triceps suraux) pour prévenir leur rétraction et l'aggravation de l'équin. Récupérer les amplitudes de flexion dorsale de cheville,
- prévenir l'enraidissement du pied (lié aux déséquilibres musculaires),
- prévenir les récurrences d'entorse latérale de cheville,
- renforcer les muscles faibles, aider au recrutement musculaire,
- étirer le quadriceps droit,
- corriger le schéma de marche,
- travailler les transferts, travail fonctionnel, mise en place d'aide technique,
- rééduquer la proprioception et exercices de prise de conscience du corps,
- travailler l'équilibre.

Compte tenu de la pathologie, la prise en charge est principalement à visée de prévention et d'entretien des capacités fonctionnelles restantes.

## 4. LE TRAITEMENT MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE

### 4.1. Les grands principes

- Le respect de la non douleur. La patiente ressent des douleurs à la stiloïde et à la cheville causées par une chute. Ces douleurs sont réveillées lors des exercices en charge. Nous lui demandons régulièrement de coter cette douleur sur une échelle verbale numérique. Nous adaptons le rythme de la séance.

- Demander un travail actif. Le but est d'obtenir une participation active lors de la séance, dans une démarche d'autonomisation.

- Variation des exercices, trouver des exercices ludiques. La patiente a du mal à rester concentrée sur une tâche et manque de motivation.

- Respecter des temps de repos. Madame B dépense beaucoup d'énergie dans ses déplacements qui ne sont pas physiologiques. Les exercices simples lui demandent beaucoup de concentration. Sa fatigue est donc plus précoce et plus grande. De plus, ses problèmes psychologiques augmentent sa fatigabilité.

### 4.2. Prise en charge de la douleur

Nous effectuons un massage à visée antalgique de la cheville et du pied. Nous utilisons une crème neutre. Les manœuvres sont constituées d'effleurage, de pressions glissées et de frictions sur les points douloureux du ligament latéral externe qui ont un effet « gate control » : elles inhibent les voies de la douleur. Ces frictions réalisées perpendiculairement aux faisceaux ligamentaires entraînent une hyperémie locale qui améliore la cicatrisation des tissus et oriente cette cicatrisation (MTP massage transversal profond).

A la fin de la séance nous appliquons un glaçon à même la peau sur les zones douloureuses. L'effet est anesthésiant, c'est pourquoi nous le faisons après la séance, pour ne pas compromettre la rééducation proprioceptive.

Nous lui conseillons de demander une poche de glace entourée d'un linge humide le soir pour soulager ses douleurs. La poche est à appliquer pendant vingt minutes sur la zone douloureuse. Dans un but d'éducation de la patiente, nous lui demandons le lendemain si la démarche a été faite.

#### **4.3. Maintien des amplitudes du pied droit**

La patiente ne parvient plus à recruter ses releveurs, ni les fibulaires. Il y a un risque d'enraidissement. De plus, le pied doit rester souple pour compenser le manque d'amplitude dans l'articulation tibio-tarsienne. Nous effectuons une mobilisation analytique des os du pied. Nous évitons la mobilisation du cinquième métatarsien pour ne pas déclencher de douleurs de la stiloïde.

#### **4.4. Maintien des amplitudes de la cheville**

La spasticité du triceps sural entraîne un équin de cheville. Les postures permettent d'éviter une aggravation de la rétraction des muscles spastiques, elles diminuent aussi transitoirement la spasticité. Nous effectuons des postures manuelles des triceps suraux : genou tendu pour les gastrocnémiens et genou fléchi pour le soléaire. La mise en tension est réalisée à vitesse lente (sous le seuil de déclenchement de la spasticité). Le temps de maintien est d'une minute. Le relâchement se fait doucement.



Figure 1 : étirement du soléaire (à gauche) et des gastrocnémiens (à droite).

#### 4.5. Stabilisation de la cheville

Nous recherchons un recrutement musculaire des fibulaires. Ce sont les muscles qui empêchent l'entorse du ligament latéral externe de cheville, par leur travail en chaîne fermée et en excentrique.

Stimulation électrique fonctionnelle des fibulaires : nous recherchons une prise de conscience du muscle à contracter, dans un premier temps, puis un recrutement musculaire de manière volontaire.

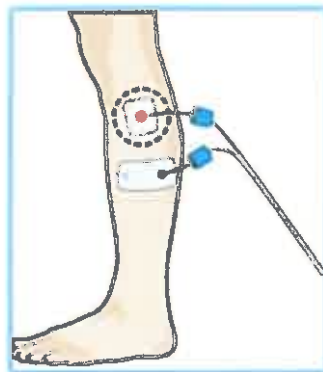


Figure 2 : placement des électrodes pour l'électrostimulation des fibulaires.

Source : [http://www.compex.info/fr\\_FR/53493.html?taxonomyId=80640](http://www.compex.info/fr_FR/53493.html?taxonomyId=80640)

Nous utilisons un programme de renforcement musculaire avec les paramètres suivants : 6 secondes de contraction et 7 secondes de repos (4Hz, 350 micro secondes pour l'échauffement et la récupération, 35Hz, 350 micro secondes pour le renforcement). Nous demandons une participation active de la patiente pendant la stimulation. A la fin des 10

minutes, la patiente est capable d'effectuer le mouvement seule. L'effet s'estompe après 3 à 4 mouvements.

Aux séances suivantes la patiente ne parvient pas à recruter les fibulaires sans l'aide de l'électrothérapie. Nous ne pouvons pas faire évoluer cet exercice. En accord avec l'équipe nous arrêtons cette technique après plusieurs séances.

Discussion pour le port d'une attelle de cheville avec le médecin de rééducation. Le médecin de rééducation juge qu'une attelle serait nécessaire mais madame B la refuse malgré les explications.

#### 4.6. Etirement du droit fémoral



Figure 3 : phase d'étirement du droit fémoral

Nous utilisons la manœuvre du contracté-relâché (levée de tension).

- Dans un premier temps nous emmenons le muscle en course externe maximale en dessous du seuil de la douleur.
- Puis nous demandons une contraction isométrique du muscle à étirer (contre résistance manuelle), maintenue 6 secondes. L'ordre donné est « tendez le genou ».
- Temps de repos de 6 secondes pour permettre à l'effet inhibiteur de s'installer.
- Poursuite de l'étirement, la patiente accompagne le mouvement. La contraction du muscle antagoniste favorise le relâchement du muscle étiré.



#### **4.7. Renforcement musculaire**

Les exercices ne peuvent pas être réalisés sur table ou assis : madame B participe peu et somnole malgré nos encouragements. Nous trouvons donc des exercices à réaliser debout, avec un but précis pour capter son attention.

Les exercices sont très variés. Ils ne durent pas plus de deux séries de dix répétitions car sa fatigue est importante. Nous adaptons les exercices, le nombre de répétitions à chaque séance en fonction de son état.

Il s'agit d'un renforcement global et non pas analytique des muscles. Par exemple, le travail de la triple flexion, pour le passage du pas pendant la phase oscillante à la marche : passage au dessus d'un obstacle.

Ces exercices permettent en même temps un travail de la coordination motrice et une prise de conscience du corps.

#### **4.8. Travail des transferts**

Nous travaillons les transferts assis-debout et debout-assis qui lui posent problème. Une chaise à accoudoirs est nécessaire. Les corrections apportées sont :

- assis-debout : reculer les pieds, se pencher en avant, utiliser les deux accoudoirs.
- debout-assis : se mettre dos à la chaise, ne pas se laisser tomber, freiner la descente, utiliser les accoudoirs.

D'abord nous lui expliquons comment faire, et les erreurs qu'elle commet. Nous nous assurons que la patiente a bien compris. Puis nous lui donnons de moins en moins d'informations au cours de l'exercice. Après plusieurs répétitions, la patiente parvient à le faire seule sans erreur.

La réalisation pendant l'exercice est correcte, mais en dehors du cadre de cet exercice Madame B ne respecte aucune consigne, malgré les remarques. Lors des séances suivantes, nous sommes obligés de redonner les consignes.

#### **4.9. Travail de la marche**

Pendant son temps de travail thérapeutique Madame B marche beaucoup. Notre but est de lui faire prendre conscience de ses boiteries. Au cours de chaque séance nous lui faisons corriger un paramètre de marche. Par exemple, contrôler la longueur du pas à droite et à gauche afin qu'elle soit identique.

Les exercices sont réalisés correctement ou irréalisables selon les jours. Les boiteries sont exagérées lorsqu'elle se sent observée. Nous la faisons donc marcher dans un couloir, seule et au calme. Les consignes sont respectées sur le moment. Dès que l'exercice prend fin, madame B reprend ses habitudes.

Son équilibre à la marche est précaire et nécessite une aide technique. Nous ne parvenons pas à la lui faire accepter. Notre rôle est donc de travailler l'équilibre ainsi que les fléchisseurs de hanche afin qu'elle puisse stepper plus haut (ses chutes sont dues à la pointe de son pied qui traîne au sol).

#### **4.10. Travail de l'équilibre**

- L'équilibre assis sans dossier. Pour faire évoluer l'ex nous lui demandons d'augmenter le temps maintenu.
- L'équilibre debout bipodal : la patiente ne résiste à aucune déstabilisation. Pour faire évoluer l'exercice nous ajoutons un tapis de mousse dense sous ses pieds qui augmente le déséquilibre. Nous lui demandons d'augmenter le temps de maintien pendant les séances suivantes. Nous choisissons cette progression plutôt que des déstabilisations par poussée manuelle, pour mettre la patiente en confiance et ne pas la laisser face à l'échec.
- L'équilibre unipodal dans les barres parallèles. Un appui des deux membres supérieurs est nécessaire. Dans l'évolution la patiente doit essayer d'augmenter le temps de maintien. C'est l'exercice le plus difficile pour madame B.
- Réalisation d'un parcours de marche qui comprend des mousses de différentes densités, un trampoline, des obstacles, un tapis avec marquage pour la position des pieds. Différents appuis sont présents le long du parcours. Nous nous mettons en parade afin d'éviter les chutes. Ce parcours fait travailler à la fois la coordination, la proprioception, l'équilibre.

## **5. BILAN DE FIN DE STAGE**

Nous résumons les points essentiels de ce bilan.

- Le bilan de la douleur : c'est le seul bilan où nous trouvons une évolution positive, ce qui est normal puisque nous sommes éloignés dans le temps de l'accident traumatique.

Il n'y a plus de douleurs à la palpation de la stiloïde ni du ligament latéral externe de la cheville droite.

Madame B décrit une douleur persistant en fin de journée à la stiloïde du cinquième métatarsien du pied droit. C'est une douleur mécanique. Cotation 2/10 sur l'échelle verbale numérique.

- Amélioration de l'extensibilité du droit fémoral : distance talon-fesse 12 cm à droite.
- Pour le reste du bilan nous retrouvons les mêmes valeurs que lors du bilan initial. Le bilan de la marche est identique en terme de critères mais l'intensité des symptômes est moins accentuée que lors du bilan initial. Cependant nous ne pouvons pas en conclure d'amélioration puisque cette intensité varie tous les jours.

## **6. DISCUSSION**

Ce cas clinique nous amène aux limites de la kinésithérapie. Nous développons les problèmes et les interrogations rencontrés au cours de la prise en charge.

### **6.1. Cadre législatif de la prise en charge**

La prise en charge de la maladie psychiatrique relève du domaine de compétences du médecin psychiatre. Il établit le diagnostic, et détermine le traitement approprié. Dans le cas de madame B, le psychiatre a déterminé qu'un traitement masso-kinésithérapique est nécessaire pour prendre en charge les symptômes de conversion. Cela se fait en complément de toutes les autres thérapies dont elle bénéficie.

Nous agissons donc sur prescription médicale, afin de prendre en charge des symptômes somatiques : les problèmes de recrutement musculaire et les troubles de la marche.

Dans le décret des compétences des masseurs kinésithérapeutes, nous trouvons à l'article R4321-5 « sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants : (...) rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur (...) » (18).

Conformément à l'article R4321-1 du décret des compétences des masseurs kinésithérapeutes, nous réalisons des actes qui ont pour but de « (...) prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et lorsque celles-ci sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer (...) » (18).

Nous pouvons donc prendre en charge les déficiences somatiques et incapacités de la patiente quelle qu'en soit l'origine en restant dans notre domaine de compétences.

## **6.2. Données de la littérature**

Il n'existe aucune recommandation de la HAS pour la prise en charge des symptômes de conversion en kinésithérapie.

Il y a peu de publications concernant ce sujet en kinésithérapie, c'est l'un des principaux problèmes que nous rencontrons.

- La plupart des études publiées sont des études de cas clinique.
- Une revue de la littérature publiée en 2013 (19) étudie l'évolution des symptômes de conversion après traitement kinésithérapique. Dans 60% à 70% des cas étudiés une amélioration est constatée.
  - Cependant, cette revue de la littérature ne recense que des études de cas et une étude rétrospective. Le niveau de preuve est faible (grade C).
  - Les principaux biais de sélection sont : des symptômes, un protocole, des traitements médicaux associés différents dans chaque cas.
  - De plus les études publiées sont celles dont le traitement a donné le meilleur résultat. Sans quoi les auteurs n'auraient pas publié.

- Le chiffre 60% à 70% d'amélioration ne doit pas être retenu.
- Seule une étude contrôlée randomisée permettrait d'obtenir une réponse fiable, en supprimant les biais de sélection. Pour le moment aucune étude de ce genre n'a été publiée.

Nous n'avons donc aucune preuve de l'action de la kinésithérapie sur les problèmes somatiques d'origine psychiatrique.

### 6.3. Intérêts de la prise en charge

L'éthique clinique intervient lorsqu'une situation est singulière, qu'il n'existe aucun protocole mis en place, aucun consensus, et que la question entraîne un conflit de valeurs.

Questionnement à propos de la prise en charge en kinésithérapie des symptômes psychiatriques : risquons-nous d'être néfaste pour la patiente? En effet :

- Nous allons dans son sens en traitant ses symptômes somatiques, alors que leur origine est psychologique. La patiente restera persuadée que son problème est au membre inférieur. Or, nous ne souhaitons pas aggraver ses symptômes de conversion.
- Dans l'hypothèse de la guérison des symptômes il est possible qu'elle récidive avec de nouveaux symptômes plus invalidants. C'est ce qui est déjà arrivé précédemment. Est-ce dans ce cas bénéfique de la soigner ?

Les bénéfices attendus de la rééducation sont : une possible amélioration des symptômes, la prévention des séquelles et la prévention de la dégradation de son état général.

De notre point de vue, il est peu probable que nous soyons néfaste pour la patiente. Ses symptômes sont présents depuis longtemps et madame B n'y prête pas beaucoup attention malgré leur ampleur. Nous pensons donc qu'au contraire une prise de conscience est nécessaire et préalable à leur guérison. Nous l'aidons à se réappropriier les sensations corporelles et la maîtrise de son corps.

D'un point de vue éthique nous ne pouvons pas laisser madame B sans prise en charge s'il y a une possibilité d'amélioration grâce à la kinésithérapie. De plus :

- ses symptômes sont très invalidants sur le plan fonctionnel,
- nous voulons conserver un bon état articulaire et musculaire pour limiter les séquelles,
- la patiente chute fréquemment, elle risque donc d'accumuler des déficiences secondaires aux chutes (fractures, entorses). Nous voulons éviter une dégradation de son état général. Le travail de l'équilibre, de la proprioception, et de la marche est donc important.

D'autre part nous prenons en charge les symptômes liés à sa compression du tronc cérébral. Il n'est pas possible de définir quelle part des symptômes est due à la compression neurologique, et quelle part à la pathologie psychiatrique.

La rééducation est donc nécessaire et se fait toujours avec une double visée (neurologique et psychiatrique).

#### **6.4. Rôles du kinésithérapeute en psychiatrie**

Une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire pour gérer un cas complexe. Chaque membre de l'équipe a un rôle important de communication avec les autres pour assurer le bon fonctionnement de la prise en charge. Le médecin psychiatre donne des consignes pour coordonner la prise en charge comportementale de la patiente. Les soignants ont donc une mission supplémentaire :

- un rôle de socialisation,
- un rôle d'encadrement : faire respecter les règles établies,
- un rôle comportemental : surveiller les mensonges et vols.

La difficulté rencontrée est de réaliser une séance complète. La patiente arrive systématiquement en retard, et trouve une excuse pour repartir plus tôt. Notre rôle est de communiquer avec le reste de l'équipe pour vérifier les informations données par la patiente. Puis nous lui expliquons que la séance de kinésithérapie fait partie de la prise en charge, qu'elle est tenue de respecter le programme, les horaires.

Contrairement à nos craintes, les problèmes comportementaux n'ont pas été un obstacle à la prise en charge. La patiente s'est montrée coopérante lors des traitements.

## **6.5. Difficultés rencontrées**

### **6.5.1. Le doute permanent**

Nous ne savons pas si les symptômes sont dus uniquement à la maladie psychiatrique. Nous ne savons pas non plus comment traiter des symptômes d'origine psychiatrique. La littérature ne contient pas de protocole de prise en charge, ni de recommandations.

Notre référence pour la rééducation est le bilan diagnostic kinésithérapique que nous avons réalisé. Les techniques employées pour la rééducation sont choisies en fonction des déficiences, incapacités et désavantages trouvés. Comme il n'y a pas de recommandation pour le choix des techniques, nous avons utilisé la méthode essai-erreur (par exemple : dans le cas de la stimulation des fibulaires par électrothérapie nous avons abandonné la technique, en l'absence de résultats).

### **6.5.2. La variabilité de l'ampleur des symptômes**

Madame B a des périodes dépressives et des périodes où son état psychologique s'améliore. En kinésithérapie nous devons adapter la séance à son état général. Cela se voit dès son arrivée dans la salle de kinésithérapie, en fonction de l'intensité de ses boiteries et de ses déséquilibres à la marche. Les risques de chutes sont augmentés en période de dépression. Nous devons surveiller ce paramètre.

Son traitement médical est aussi un facteur de diminution de la vigilance. Il peut avoir une incidence sur l'équilibre, la rapidité des réflexes, la fatigabilité et donc le risque de chutes.

L'ampleur de ses symptômes varie également au cours d'une même séance. Plusieurs facteurs entrent en jeu : les personnes présentes, le type d'exercice demandé, la motivation, la fatigue.

### **6.5.3. Influence de la maladie psychiatrique et du traitement sur le comportement :**

La patiente somnole régulièrement sur la table de kinésithérapie. Compte tenu du contexte (médication, facteurs psychologiques qui augmentent la fatigue) nous comprenons que ce n'est pas uniquement dû à sa motivation. Le décubitus dorsal favorise l'endormissement, ainsi que la position assise avec un appui postérieur.

Nous adaptons donc la séance avec des exercices réalisés en position debout. Les exercices doivent être ludiques pour capter son attention. La durée de chaque exercice est courte car la patiente se désintéresse et se fatigue très vite.

Madame B ne réagit pas de la même manière face à une tâche demandée si celle-ci est présentée en tant que bilan ou en tant que traitement.

- Ses performances sont meilleures lors des bilans.
- Les exercices du traitement sont réalisés au contraire avec de grandes difficultés.

Le psychiatre attribue cela au fait que madame B ne veut pas quitter le centre hospitalier. Les exercices sont une aide à la guérison. Cela va à l'encontre de ce que la patiente recherche. Sa réaction se fait de manière involontaire.

### **6.6. Limites de l'étude**

- Les bilans

La variabilité des symptômes pose problème pour effectuer un bilan représentatif de son état. En effet lors de chaque séance nous pouvons observer des différences au niveau des



boiteries, de la vitesse de marche, des déséquilibres, des difficultés de recrutement musculaire.

C'est pour cette raison que notre bilan initial n'est pas reproductible au fil des séances. Il donne l'état de la patiente à un instant « t ».

- Analyse des résultats obtenus durant le stage

La durée du stage se fait sur un très court terme comparé à la durée de l'évolution de la pathologie. Il est donc normal de ne rien observer sur une courte période.

Le bilan final par rapport au bilan initial ne démontre aucune évolution de la symptomatologie psychiatrique. Il n'y a pas eu de dégradation de son état, c'est un point positif.

La seule évolution que nous notons est la diminution des douleurs de la cheville et de la stiloïde, ce qui est normal puisque la patiente prend un traitement médical et que nous nous éloignons de la date du traumatisme initial.

Les consignes et conseils donnés au cours de la rééducation n'ont pas eu d'impact en dehors des séances (transferts, boiteries à la marche, aides techniques).

- La communication

La patiente ne réalise pas à quel point elle est atteinte physiquement par sa maladie (c'est la « belle indifférence »). Il est difficile de lui faire accepter une aide technique, elle n'en comprend pas l'utilité. De même une chevillère est indiquée pour éviter une récurrence de l'entorse, ainsi qu'un releveur pour pallier aux déséquilibres musculaires.

La difficulté réside au niveau de la communication. Nous ne savons pas comment aborder la patiente pour lui expliquer. Nous ne sommes pas les seuls. Le médecin de rééducation ne parvient pas non plus à lui faire accepter cette aide.

Nous ne pouvons rien lui imposer puisque la personne soignée est libre de refuser les soins (20). De plus, il est essentiel de ne pas créer de conflit. Nous devons maintenir une relation de confiance entre les soignants et la patiente, pour garantir les meilleures chances d'aboutissement de la prise en charge au sein de l'hôpital psychiatrique.

## 1. CONCLUSION

La kinésithérapie en psychiatrie est un domaine encore peu exploré. Le kinésithérapeute doit faire face à l'absence de preuves et de recommandations.

La prise en charge de Madame B n'a pas été évidente. Nous pouvons qualifier son cas de complexe. Pour ne pas être démunis face à cette complexité, une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire.

Le maître mot de cette étude est l'adaptabilité du traitement masso-kinésithérapique. La patiente ne répond pas de manière classique aux techniques de rééducation, et la pathologie psychiatrique complique la communication.

Le kinésithérapeute doit faire preuve d'empathie face à la situation de la patiente. Il doit avoir la maturité nécessaire ainsi que les connaissances pour être juste sur le versant communicationnel et relationnel.

Le grand problème rencontré dans un service de psychiatrie est la gestion du comportement des patients et la communication avec ceux-ci. Il serait intéressant d'aborder dans un prochain mémoire le côté relationnel entre le soignant et la personne soignée en psychiatrie et de développer les différentes techniques de communication (verbales, non verbales) qui peuvent être employées.

# BIBLIOGRAPHIE

- (1) DROUFFE M.- Concept d'hystérie de conversion au XXIème siècle : étude descriptive et pronostique. 2010. p.67, thèse médecine : Limoges.
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F40-F48>> Page consultée le 20 octobre 2013.
- (3) ANDRE C.- Névrose. La revue du praticien, 2007, 8, p. 913-919.
- (4) ANDRE P.- Psychiatrie de l'adulte : formations médicales et paramédicales. 5<sup>e</sup> édition revue et augmentée. Paris : Heures de France, 2013. p.21, p38-42. ISBN 978-2-85385-326-2.
- (5) LEMPERIERE T., FELINE A., ADES J., HARDY P., ROUILLON F.- Psychiatrie de l'adulte. 2<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 2006. 432 p. ISBN 978-2-29400-017-1.
- (6) CATHEBRAS P., REGNY P.- Actualités de la conversion hystérique. La revue du praticien, 2012, 62, p. 1119-1131.
- (7) STONE J., SMYTH R., CARSON A., WARLOW C. SHARPE M.- La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria : Systematic review. The British Journal of Psychiatry, 2006, 188, p. 204-209.
- (8) LETONOFF EJ., WILLIAMS R., SIDHU S.- Hysterical paralysis: a report of three cases and a review of the litterature. Spine, 2002, 15, E441-E445.
- (9) GERARD A., BAUMANN F., Collectif.- Vidal de la santé psy. 1<sup>e</sup> édition. Issy Les Moulineaux : Vidal, 2004, p. 323-324, p. 337, p.442. ISBN 2850911100.
- (10) HEALY D.- Les médicaments psychiatriques démystifiés. 5<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. p.149-157, p 183-186. ISBN 978-2-8101-0116-0.
- (11) HERUTI RJ., LEVY A., ADUNSKI A., OHRY A.- Conversion motor paralysis disorder: overview and rehabilitation model. Spinal Cord, 2002, 40, p. 327-334.
- (12) WON OH D., YOUNG YOO E., HWI YI C., YUN KWON O.- Case report : physiotherapy strategies for a patient with conversion disorder presenting abnormal gait. Physiotherapy research international, 2005, 10, p. 164-168.
- (13) KAMINA P. Anatomie clinique. Tome 5 neuroanatomie. 2<sup>e</sup> édition. Maloine, France, 2013. p. 66, p. 213, p. 241-245. ISBN 978-2-224-03360-6.

- (14) GRAY F., POIRIER J.- Neuropathologies des tumeurs intra-crâniennes. In Campus de Neurochirurgie (en ligne) <<http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article378>>. Page consultée le 19 janvier 2014.
- (15) Collège des enseignants de neurologie (en ligne) <<http://www.cen-neurologie.fr/1er-cycle/propedeutique/analytique/pyramidal/index.phtml>>. Page consultée le 19 janvier 2014.
- (16) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Recommandations de bonne pratique : traitement médicamenteux de la spasticité. <[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/9771c86bf98d7af854c30b202846ab35.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9771c86bf98d7af854c30b202846ab35.pdf)>. Page consultée le 15 mars 2014.
- (17) DECQ PH., MERTENS P., KERAVEL Y., SINDOU M.- Neurochirurgie de la spasticité. In Campus de neurochirurgie (en ligne) <<http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article415>>. Page consultée le 19 janvier 2014.
- (18) Legifrance (en ligne). Code de la santé publique, décret des compétences du masseur-kinésithérapeute. <[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=A27C8D25478F24FBAF82B41392FA7216.tpdjo16v\\_3?idSectionTA=LEGISCTA000006190616&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=22220222](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=A27C8D25478F24FBAF82B41392FA7216.tpdjo16v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006190616&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=22220222)>. Page consultée le 29 mars 2014.
- (19) NIELSEN G., STONE J., MARK JE.- Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013, 75, p. 93–102.
- (20) Legifrance (en ligne). Code de la santé publique, déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Article R4321-84 relatif au consentement de la personne examinée ou soignée. <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000019730233&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140420&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=1670502372&nbResultRech=1>>. Page consultée le 29 mars 2014.

# **ANNEXES**

**Annexe I : le faisceau pyramidal.**

**Annexe II : imagerie et interprétation.**

**Annexe III : mesures goniométriques des déformations orthopédiques.**

**Annexe IV : goniométrie articulaire.**

**Annexe V :**

- **tableau récapitulatif de la force musculaire des membres inférieurs,**
- **échelle de Held et Pierrot-Desseilligny.**

**Annexe VI : échelle d'Ashworth modifiée.**

**Annexe VII : bilan somesthésique : tableau récapitulatif du nombre d'erreurs.**

**Annexe VIII : test de Tinetti.**

**Annexe IX : test des 10 mètres de marche.**

## ANNEXE I : le faisceau pyramidal



FIG. 21.7 Voie motrice volontaire (schématisée)

- |                       |                                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| A. Cerveau            | 1. Nerveuse                           | 6. Bulbus rachidien             |
| B. pyramide corticale | 2. Capsule interne                    | 7. Fibres cortico-spinales      |
| C. Aqueduc            | 3. Fibres cortico-nucléaires          | 8. Tractus cortico-spinal       |
| D. Nucleus ambiguus   | 4. Décussation des pyramides et tronc | 9. Tractus cortico-spinal ant.  |
| E. Nucleus spinalis   | 5. Tractus cortico-spinal latéral     | 10. Tractus cortico-spinal lat. |
|                       |                                       |                                 |

**Source :** KAMINA P. Anatomie clinique. Tome 5 neuroanatomie. 2<sup>e</sup> édition. Maloine, France, 2013. p. 213. ISBN 978-2-224-03360-6.

## ANNEXE II : imagerie et interprétation médicale



Completion Flag  
Verification Flag  
Content Date/Time

PARTIAL  
UNVERIFIED  
2013-01-15 10:04:01

### Report content

### Report content

-----  
COMPTE-RENDU Ref. A10004034046  
-----

#### IRM CEREBRALE

Indications cliniques : complément d'examen (IV +). Lésion de l'angle ponto-cérébelleuse gauche.

Technique : Séquence T1 3D Gado

#### RESULTAT :

Petite masse arrondie, mais légèrement polylobée, latéro-bulbaire inférieure gauche de 13.5 mm de diamètre, discrètement hyper T2, prenant le contraste de façon légèrement hétérogène, pouvant correspondre à un neurinome du IX ou du X. Examen sans autre particularité par ailleurs.

Bien confraternellement.



## Report content

-----  
COMPTE-RENDU Ref. A10004569841  
-----

### SCANNER

Indications cliniques : Sciatique paralysante droite

Technique :  
Abdomen / Pelvis : PDL 270 mGy.cm C'TDI 9 mGy

Scanner lombaire réalisé en acquisition spiralée millimétrique sans injection. Reconstructions multiplanaires. Images natives sur CD-Rom et réseau d'image hospitalier.

### RESULTAT :

Discrets débords discaux postéro-médian bi-millimétrique des trois derniers étages lombaires sans conflit disco-radicaire mise en évidence.

Lombarthrose étagée modérée.

Horizontalisation sacrée sans antélisthésis L5 sur S1.

Atrophie du psoas droit.

Atrophie grasseuse des muscles spinaux.

Respect des espaces péri-vertébraux par ailleurs.

Confraternellement





### ANNEXE III : mesure centimétrique de l'amyotrophie

Périmétrie :

Repère	Membre inférieur droit (centimètres)	Membre inférieur gauche (centimètres)
+25 cm	52	55
+20 cm	50	52
+15 cm	46,5	48
+10 cm	43	45,5
+5 cm	41	42
Bord supérieur de la patella	39	39
Pointe de la patella	/	/
-5 cm	35	35,5
-10 cm	36	36,5
-15 cm	36,5	37
-20 cm	35	35,5
-25 cm	31,5	31,5
Bi-malléolaire	26,5	26
Talon-col du talus	32	32

#### **ANNEXE IV : mesures goniométriques des amplitudes articulaires**

##### **Articulation de la cheville**

	<b>Cheville droite</b>	<b>Cheville gauche (saine)</b>
<b>Flexion/Extension (passif)</b> <b>Genou fléchi</b>	<b>0 / 15 / 65</b>	<b>5 / 0 / 65</b>
<b>Flexion/Extension (passif)</b> <b>Genou tendu</b>	<b>0 / 20 / 65</b>	<b>5 / 0 / 65</b>

##### **Articulation du genou**

	<b>Genou droit</b>	<b>Genou gauche</b>
<b>Flexion/Extension (passif)</b> <b>Hanche fléchie</b> <b>(position assise)</b>	<b>135 / 0 / 10</b>	<b>135 / 0 / 10</b>
<b>Flexion/Extension (passif)</b> <b>Hanche tendue</b> <b>(position procubitus)</b>	<b>100 / 0 / 10</b>	<b>125 / 0 / 10</b>
<b>Rotation latérale/rotation</b> <b>médiale</b> <b>(position assise)</b>	<b>30 / 0 / 15</b>	<b>30 / 0 / 20</b>

### Articulation de la hanche

	Hanche droite	Hanche gauche
Flexion/extension (passif)	120 / 0 / 5	115 / 0 / 5
Abduction/adduction (passif)	30 / 0 / 15	30 / 0 / 15
Rotation latérale/rotation médiale (passif, hanche fléchie à 90°)	25 / 0 / 25	25 / 0 / 20

### ANNEXE V : bilan musculaire par fonction

Articulation, fonction musculaire testée, position*	Membre inférieur droit	Membre inférieur gauche
<b>Hanche</b> fléchisseurs, DL	2	5
Extenseurs, DL	4	5
Abducteurs, DD	4	5
Adducteurs, DD	2	5
Rotateurs latéraux, DD	1	5
Rotateurs médiaux, DD	2	5
<b>Genou</b> fléchisseurs, DL	2	5
Extenseurs, DL	2	5
<b>Cheville</b> fléchisseurs plantaires, assis	3	3
Fléchisseurs dorsaux, assis	0	5
Adducteurs, assis	4	5
Abducteurs, assis	0	5
<b>Orteils</b> fléchisseurs dorsaux, assis	4	5
Fléchisseurs plantaires, assis	5	5

\*Position

DD= Décubitus Dorsal

DL= Décubitus Latéral

DV= Décubitus Ventral

## ***Cotation de Held et Pierrot-Desseilligny***

### **Évaluation de la commande de l'hémiplégique Held et Pierrot-Desseilligny**

La force est appréciée selon une cotation de 0 à 5.

**0:** absence de contraction

**1:** contraction perceptible sans déplacement du segment

**2:** contraction entraînant un déplacement quel que soit l'angle parcouru

**3:** le déplacement peut s'effectuer contre une légère résistance

**4:** le déplacement s'effectue contre une résistance plus importante

**5:** le mouvement est d'une force identique au côté sain

Préciser la position du patient et le cas échéant, la position de facilitation.

Préciser si le mouvement est sélectif ou s'il y a apparition de syncinésies.

Source :

[http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EHELLES%20ADULTES%20TOME%202\\_page14.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EHELLES%20ADULTES%20TOME%202_page14.pdf) consultée le 02/01/14.

## ANNEXE VI : échelle d'Ashworth modifiée

### ***Échelle d'Ashworth modifiée*** ***(MAS : Modified Ashworth Scale)***

- 0** : pas d'augmentation du tonus musculaire.
- 1** : légère augmentation du tonus musculaire avec simple "sensation d'accrochage" ou minime résistance en fin de course.
- 1 +** : légère augmentation du tonus musculaire avec simple "sensation d'accrochage" suivi d'une minime résistance au cours de la première moitié de la course musculaire.
- 2** : augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course musculaire mais le segment du membre reste facilement mobilisable.
- 3** : augmentation considérable du tonus musculaire. Le mouvement passif est difficile.
- 4** : hypertonie majeure. Mouvement passif impossible.

Source : <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.2.2.Asworth.pdf> consultée le 02/01/14.

**ANNEXE VII : tableau récapitulatif du nombre d'erreurs aux tests somesthésique**

Type de sensibilité	Nombre d'erreurs à droite	Nombre d'erreurs à gauche
Tactile	1/20	0/20
De protection	2/20	1/20
Statesthésique	Hanche 0/5	Hanche 0/5
	Genou 3/5	Genou 0/5
	Cheville 3/5	Cheville 0/5
Kinesthésique	Hanche 0/5	Hanche 0/5
	Genou 2/5	Genou 0/5
	Cheville 3/5	Cheville 0/5



## ANNEXE VIII : test de Tinetti

► Le Test de Tinetti

Madame B. réalisée le 10 septembre 2013

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

<b>Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :</b>		
1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable		2)
<b>On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs</b>		
1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras		2)
2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai		2)
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique		2)
<b>Test de provocation de l'équilibre en position debout :</b>		
4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable		2)
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable		2)
7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable		2)
<b>Le patient doit se retourner de 360° :</b>		
8. Pivotelement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus		2)
9. Pivotelement de 360° 0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable		2)

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur)	
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ) 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	0
11. Longueur du pas - le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	0
12. Hauteur du pas - le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	0
13. Longueur du pas - le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	0
14. Hauteur du pas - le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	0
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble égale	0
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	0
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	0
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	0
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	0
Le patient doit s'asseoir sur la chaise : 17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	0
SCORE MAXIMUM = 28 points	Total = 14 points

#### Interprétation

Total inférieur à 20 points	risque de chute très élevé
Total entre 20-23 points	risque de chute élevé
Total entre 24-27 points	risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres
Total à 28 points	normal

Source : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/test\\_dequilibre\\_de\\_Tinetti.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/test_dequilibre_de_Tinetti.pdf)

## ANNEXE IX : test des 10 mètres de marche

### (24) Test des dix mètres de marche

*Réf : Viel E. La marche humaine, la course et le saut. Paris : Masson, 2000.*

*Réf : Rossier P, Wade DT. Validity and reliability comparison of 4 mobility measures in patients presenting with neurologic impairment. Arch Phys Med Rehabil 2001 ; 82 (1) : 9-13.*

**Compter le nombre de pas pour parcourir une distance de 10 mètres (à vitesse confortable)**

<i>Sujets jeunes, allure tranquille</i>	<i>Sujets jeunes, allure rapide</i>	<i>Sujets âgés</i>	<i>Sujets pathologiques</i>
11-17	8-10	12-14	13-25

**Chronométrer le temps nécessaire pour parcourir une distance de 10 mètres**

	<i>Moyenne</i>	<i>Extrêmes</i>
Sujets masculins	7,6 s	5,0-10,0 s
Sujets féminins	8,0 s	6,0-12,0 s

Source : [http://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/wp-content/uploads/2012/10/Rapport HAS Evaluation fonctionnelle AVC\\_ref.pdf](http://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/wp-content/uploads/2012/10/Rapport HAS Evaluation fonctionnelle AVC_ref.pdf)