



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

NOM : CIBBA

Prénom : Mélanie

Formation : Masso-kinésithérapie

Année : 3^{ème}

Deuils et hémiplegie : cas d'une patiente hémiplegique gauche

Travail écrit : Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Année universitaire : 2014 – 2015

Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

NOM : CIBBA

Prénom : Mélanie

Formation : Masso-kinésithérapie

Année : 3^{ème}

Deuils et hémiplégie : cas d'une patiente hémiplegique gauche

Travail écrit : Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Année universitaire : 2014 – 2015

Résumé

Ce mémoire de cas clinique porte sur la rééducation de Madame D, patiente hémiplegique gauche suite à un accident vasculaire cérébral survenu en mai 2014. Un mois après ce traumatisme, la patiente a perdu son mari et j'ai commencé ma prise en charge quelques jours après cet événement. L'objectif pour cette patiente est de retrouver son autonomie tout en faisant le deuil de deux événements qui sont survenus brutalement dans sa vie : son hémiplegie et le décès de son mari.

Au cours des quatre semaines de stage, mon but a été d'allier l'accompagnement de la patiente dans son processus de deuil avec l'adaptation du traitement à ce processus en fonction des capacités de la patiente.

Ce mémoire vise à faire un point sur les compétences du masseur-kinésithérapeute pour ce qui concerne la prise en charge des patients en situation de deuil émotionnel mais aussi corporel.

Mots clés : Deuil, Perte, Hémiplegie, AVC, Adaptation, Accompagnement, Kinésithérapeute

Abstract

This Clinical case is about Mrs D's rehabilitation following a cerebrovascular accident in May 2014. One month after her left hemiplegia she lost her husband. I started my therapy a few days later.

Mrs. D's goal was to regain her autonomy while coping with her stroke and her husband's death.

During my four weeks' internship my goal was to combine the support of the patient in her grieving process while adapting the treatment to the patient's abilities.

This goal of this essay is to underline the physiotherapist's skills in managing patients with physical and emotional challenges.

Keywords: Bereavement / Grief, Loss, Hemiplegia, Stroke, Adjustment, Support, Physical Therapist

Sommaire

1. Introduction	1
2. Présentation de la patiente	3
2.1. Anamnèse	3
2.2. Bilans initiaux.....	4
2.2.1. Bilan environnemental.....	4
2.2.2. Bilan cutané, trophique et circulatoire.....	4
2.2.3. Bilan de la douleur.....	5
2.2.4. Bilan de la sensibilité.....	5
2.2.5. Bilan articulaire	5
2.2.6. Bilan musculaire	5
2.2.7. Bilan des fonctions supérieures	6
2.2.8. Appréciation de l'état psychologique et émotionnel	6
2.2.9. Bilan fonctionnel	7
2.3. Diagnostic Kinésithérapique.....	9
2.3.1. Objectifs.....	10
2.3.2. Risques.....	10
2.3.3. Principes	10
3. Traitement.....	11
3.1. La marche	12
3.2. Les escaliers.....	14
3.3. Le renforcement des membres inférieurs	15
3.4. Le travail de l'équilibre debout	16
3.5. La stimulation motrice du membre supérieur gauche	17
4. Bilans finaux.....	19
4.1. Bilan environnemental.....	19
4.2. Bilan de la sensibilité.....	19
4.3. Bilan musculaire	19
4.4. Bilan des fonctions supérieures	20
4.5. Bilan fonctionnel	20

5. Discussion.....	21
6. Conclusion.....	25

1. Introduction

J'ai réalisé ce mémoire pendant le stage d'été de ma 3^{ème} année d'étude en masso-kinésithérapie. Pendant quatre semaines, je me suis intégrée à l'équipe des kinésithérapeutes de la clinique IRIS à Saint-Priest qui prend en charge des patients dans les domaines gériatrique et neurologique. J'ai ainsi pu découvrir des pathologies variées notamment en neurologie chez des patients à différents stades d'évolution. Je me suis surtout intéressée à l'hémiplégie, et plus particulièrement au cas de Madame D qui souffrait d'une hémiplégie gauche suite à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Selon l'HAS, l'AVC est une pathologie fréquente qui représente la troisième cause de décès dans les pays industrialisés et la première cause de handicap et de dépendance chez l'adulte. Son incidence augmente en raison du vieillissement de la population lié à l'augmentation de l'espérance de vie. Il correspond soit à l'obstruction d'un vaisseau qui transporte le sang vers le cerveau (AVC ischémiques, les plus fréquents, environ 80% des cas) soit à la rupture de ce vaisseau (AVC hémorragiques, environ 20%). Les conséquences de cette lésion peuvent être multiples, une des plus fréquentes est l'hémiplégie. Suivant la latéralité de celle-ci, le tableau clinique sera différent et donc la prise en charge pluridisciplinaire sera à adapter aux cas par cas.

L'hémiplégie se définit donc comme une « *paralysie, complète ou non, d'un hémicorps, entier ou non, consécutive à une atteinte cérébrale vasculaire (AVC), traumatique ou tumorale, du faisceau pyramidal.* » (Dufour, Gedda, 2007). La prise en charge de cette pathologie a lieu habituellement dans un établissement spécialisé puis elle se poursuit généralement dans un centre de soins spécialisé lui aussi, où les techniques de rééducation seront optimisées et adaptées à la pathologie. Cette rééducation post-AVC « *implique un travail d'équipe spécialisée comportant médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, infirmières et aides-soignants, assistants sociaux et appareilleurs.* » (Yelnik, 2008)

La rééducation de l'hémiplégie peut se diviser en quatre phases selon le *Vade-Mecum de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle* (Xhardez, 2009) :

- La phase aiguë qui commence à la survenue de l'AVC et s'étend jusqu'à la stabilisation des constantes vitales du patient.

- La phase subaiguë qui correspond à « *la période de restauration de la motricité* ». La rééducation peut commencer, notamment avec les premiers levers, et s'intensifier progressivement. C'est au cours de cette phase qu'une spasticité peut apparaître.
- La phase de « *récupération relative* » est plus axée sur les exercices fonctionnels.
- La phase de séquelles où le patient « *cherche à conserver voire à développer son potentiel fonctionnel et sa qualité de vie.* »

Ainsi, dès les premiers jours, le patient hémiplegique est sollicité activement par tous les membres de l'équipe spécialisée, notamment au niveau de la communication et de la motricité. Cependant, cette situation peut être angoissante pour le patient et il peut être dans un état émotionnel de stress post-traumatique. Comme l'a précisé Jean-Michel Wirotius dans son article « *Hémiplégie et personnes hémiplégiques* » (2003) : cet état de stress post-traumatique est important à dépister et à prendre en compte « *dans la mesure où les traumatismes psychologiques peuvent être majeurs et volontiers masqués par l'importance des faits physiques initiaux.* » En effet, la survenue brutale de l'AVC fait passer le patient d'un état antérieur connu à un état de handicap inconnu introduisant ainsi la notion de « *l'adaptation au handicap* » aussi décrite par Wirotius dans cet article. Cette adaptation s'accompagne d'une prise de conscience des capacités conservées et de celles qui ont été perdues, notamment la perte plus ou moins totale du contrôle et de la perception d'un hémicorps dans le cas de l'hémiplégie.

Cette perte nécessite d'introduire la notion de processus de deuil, et plus particulièrement du deuil corporel. Cliniquement, il se définit comme la « *perte définitive d'une partie de soi ou d'une capacité fonctionnelle et de la souffrance morale qui en résulte. Il fait suite à la prise de conscience du caractère irrévocable de cette perte. C'est un passage nécessaire à la reconquête de son intégrité psychique, à défaut d'intégrité physique.* » (Dufour, Gedda, 2007)

Madame D, décrite dans de ce mémoire, a donc dû faire face à cette phase de deuil corporel après son AVC. Cependant, pendant cette phase, elle a subi une autre perte, celle de son mari, qui s'est suicidé. Cette nouvelle brutale et soudaine a surajouté au deuil corporel un deuil affectif représenté par la perte d'un être cher. La patiente est alors dans un processus de double deuil : l'un est corporel tandis que l'autre est affectif.

C'est cette situation singulière qui m'a interpellé chez cette patiente, puisque la perte d'un hémicorps nécessite notamment un soutien psychologique important de la part

des proches, l'ajout du décès par suicide d'un proche omniprésent tel que le mari est une situation totalement imprévue et psychologiquement plus difficile.

Ainsi, il paraît évident que la rééducation de Madame D ne peut être que perturbée par cette situation de deuil.

Comme l'a écrit DE BROCA dans son livre « *Deuils et endeuillés* » (2010), il compare le travail de deuil à la « *cicatrisation d'une amputation* », pour notre patiente cela correspond à son hémiplégie. Cela représente aussi « *le travail de toute une vie* » puisque la patiente devra surement vivre avec des séquelles par la suite et s'adapter à celles-ci, en plus de vivre sans son mari. Pour DE BROCA, la cicatrisation s'effectue à tous les niveaux : « *psychique, physique et social.* »

En tant que kinésithérapeute, notre rôle va notamment s'axer sur « la cicatrisation physique » de Mme D, mais nous devons aussi accompagner la patiente dans sa démarche de deuil en adaptant notre prise en charge à cette situation particulière qui ne peut qu'influer sur notre pratique professionnelle. Comment devons-nous être en tant que kinésithérapeute et comment devons-nous faire pour rendre la rééducation la plus supportable et efficace possible pour notre patiente ?

Tout ce cheminement m'a fait aboutir à la problématique suivante : **quel est le rôle du kinésithérapeute dans l'accompagnement et l'adaptation de la prise en charge de Mme D vis-à-vis de sa situation de double deuil ?**

2. Présentation de la patiente

2.1. Anamnèse

Mme D est âgée de 83 ans, elle est d'origine italienne et est venue vivre en France à l'âge de 24 ans où elle a commencé à travailler en usine. Elle n'a jamais appris à lire ni à écrire le français.

Avant l'AVC, la patiente vivait avec son mari dans un appartement au rez-de-chaussée avec deux marches pour accéder à l'entrée. Elle n'avait aucune aide à domicile, elle faisait les courses, le ménage et la cuisine elle-même. Aucune aide technique n'était utilisée.

La patiente est droitrière.

Elle présente plusieurs antécédents cardiovasculaires tels que :

- AVC en 1995

- Hypertension artérielle
- Tachycardie
- Thrombocytémie
- Fibrillation auriculaire

Le 25 mai 2014, la patiente subit un AVC dans le territoire sylvien et cérébral antérieur droit entraînant une chute brutale à domicile et un déficit hémi corporel gauche. Malgré cela, la patiente est vigilante, bien orientée et peu agitée. Quelques jours après le traumatisme de son accident vasculaire, elle présentera toutefois un syndrome anxiodépressif réactionnel.

Traitement médicamenteux mis en place :

- Paracétamol à la demande en cas de douleurs
- Valsartan pour traiter les hypertensions artérielles, les insuffisances cardiaques et le post-infarctus du myocarde
- Sotalol pour la prise en charge de tachycardies
- Lorazépam qui est utilisé en cas d'anxiétés. Molécule appartenant à la famille des benzodiazépines

2.2. Bilans initiaux

Les bilans initiaux ont été réalisés les 10 et 11 juillet 2014, soit à J46 de l'AVC.

2.2.1. Bilan environnemental

Mme D est installée dans une chambre double au deuxième étage de la clinique.

Un fauteuil roulant manuel standard a été mis à sa disposition pour les déplacements dans l'établissement. Cependant, il est nécessaire qu'une tierce personne l'accompagne car elle ne parvient pas à se déplacer seule avec le fauteuil.

2.2.2. Bilan cutané, trophique et circulatoire

Aucun signe de phlébite n'a été repéré cependant la patiente porte des bas de contention en prévention.

Aucun œdème n'a été mis en évidence.

Il existe une amyotrophie au niveau membre supérieur gauche : l'acromion ainsi que l'épine de la scapula sont saillants, au niveau du poignet nous notons la fonte musculaire des pronateurs ainsi que celle des muscles de la première commissure.

2.2.3. Bilan de la douleur

A ce jour, Mme D ne se plaint d'aucune douleur, donc une EVA à 0/10.

2.2.4. Bilan de la sensibilité

- Sensibilité superficielle :

Le test du pic-touche au niveau de l'hémicorps gauche met en évidence la présence d'une hypoesthésie légère autant au niveau du membre supérieur que du membre inférieur.

Pour ce qui est de la sensibilité thermique, la patiente ressent parfaitement la différence chaud-froid lors de la toilette.

- Sensibilité profonde :

Aucun déficit n'est à noter pour ce qui est de la statesthésie et de la kinesthésie suite aux tests effectués.

2.2.5. Bilan articulaire

Mme D ne présente pas de subluxation de la tête humérale gauche.

De plus, les amplitudes articulaires mesurées sont physiologiques pour une personne de cet âge : nous trouvons notamment des valeurs de flexion dorsale de cheville et de poignet diminuées.

2.2.6. Bilan musculaire

- Bilan du tonus :

Ce bilan est réalisé en décubitus dorsal pour le membre inférieur et en position assise pour le membre supérieur. Nous avons utilisé l'échelle d'Ashworth modifiée (voir l'annexe 2), toutefois l'examen n'a révélé aucune spasticité excepté au niveau du biceps brachial gauche où nous notons une spasticité coté à 1.

- Bilan de la commande motrice :

Nous avons utilisé la cotation de Held et Pierrot Desseilligny (voir l'annexe 3).

Au niveau du membre inférieur gauche, nous notons dans l'ensemble une bonne récupération puisque la hanche est cotée à 4 sauf pour les rotations qui sont à 2, le genou est à 4 ainsi que la cheville sauf pour les mouvements d'inversion et d'éversion qui sont chacun cotés à 2.

Pour le membre supérieur, le bilan montre un début de récupération au niveau de l'épaule et du coude. L'épaule est cotée à 2 sauf pour la flexion et la rotation latérale qui sont à 0, le coude est coté à 2 mais les mouvements de pronation et de supination sont épuisables donc encore faibles. En revanche, l'ensemble poignet et main est coté à 0.

Lors du bilan nous n'avons pas remarqué de syncinésies chez cette patiente.

2.2.7. Bilan des fonctions supérieures

Suite à son AVC, le dossier médical rapporte que la patiente présente une hémianopsie latérale homonyme gauche ainsi qu'une déviation occulocéphalogyre droite, mais celle-ci semble être corrigée puisqu'à ce jour la patiente ne présente aucune déviation.

Le bilan de la négligence réalisé par l'ergothérapeute grâce au test de barrage de cloches nous indique que la patiente ne présente pas d'héminégligence.

En ce qui concerne le comportement de Mme D, nous constatons qu'elle a des difficultés à se concentrer pour écouter les consignes jusqu'à la fin. Elle démarre l'exercice avant la fin de la démonstration, ce qui entraîne des erreurs comme par exemple pour un exercice de slalom elle ne passe pas entre les plots comme cela a été montré mais les enjambe.

Concernant l'orientation spatiale, nous sommes obligés de guider la patiente malgré le trajet régulier effectué à chaque séance.

2.2.8. Appréciation de l'état psychologique et émotionnel

Pendant son séjour au centre de rééducation, la patiente a été suivie par la psychologue de la clinique. Un mois après la survenue de l'AVC, le mari de la patiente s'est suicidé.

En se référant au suivi psychologique réalisé, il en ressort que Mme D et son mari était un couple fusionnel, ainsi après l'AVC brutal de sa femme, le mari est devenu très angoissé.

En effet, il avait toujours dit à sa femme qu'il « ne pouvait pas vivre sans elle et qu'il préférerait mourir avant elle ». Cette angoisse n'était plus supportable pour M. D qui a décidé de mettre fin à sa vie.

Après l'annonce de la nouvelle, la patiente était effondrée et disait ne pas se sentir capable de continuer à vivre veuve. Elle n'a pas voulu assister aux obsèques de son mari car elle ne se sentait pas capable de supporter cette épreuve.

L'entourage de la patiente est très présent pour l'accompagner dans sa démarche de deuil, qui s'ajoute à celui de l'AVC puisque la patiente a aussi subi un genre de « deuil corporel » du côté gauche hémiparétique et principalement du membre supérieur.

D'après la psychologue, la patiente serait assez ambivalente puisqu'elle dit « vouloir continuer de vivre et récupérer son autonomie mais que cela lui paraît difficile d'y arriver sans son mari » puisqu'elle s'occupait beaucoup de lui, « c'était son principal soutien ». Pour la psychologue, Mme D n'est pas de nature dépressive, ce serait plutôt une dépression réactionnelle au décès de son mari. La patiente est traitée pour cette anxiété avec du lorazépam.

2.2.9. Bilan fonctionnel

Mme D ne se déplace jamais seule puisqu'elle a besoin qu'un accompagnant lui pousse le fauteuil roulant. Cependant, elle peut se passer du fauteuil et marcher mais en se tenant au bras de l'accompagnant. Lors des séances de kinésithérapie nous utilisons une canne anglaise et lorsque nous voulons essayer sans, la patiente ne veut pas de peur de tomber.

- L'équilibre :

Il a été évalué grâce à trois échelles qui sont l'indice d'Equilibre Postural Assis (EPA, voir l'annexe 4), celui de l'Equilibre Postural Debout (EPD, voir l'annexe 5) et le test de Tinetti en deux parties incluant la notion de risque de chute (voir l'annexe 6).

Les résultats sont les suivants : EPA à 4/4, EPD à 4/5, Tinetti à 22/28.

Le résultat du Tinetti est compris entre 20 et 23 points ce qui correspond à un risque de chute élevé chez cette patiente. Cependant la première partie évaluant l'équilibre est bonne avec un score de 12/14, la patiente « perd » des points dans la deuxième partie concernant la marche du fait de l'utilisation d'une canne anglaise.

Nous pouvons ajouter l'évaluation des performances posturales ou *postural assessment scale for stroke* (voir l'annexe 7) qui nous donne un score de 25/36.

Dans l'ensemble, la patiente possède un bon maintien postural ainsi qu'un bon équilibre.

- Les transferts :

Ils sont aussi évalués grâce à l'évaluation des performances posturales. Nous notons que les transferts couché-assis et assis-couché sont réalisés en autonomie.

En revanche, le passage de la position assise à debout nécessite un appui du membre supérieur droit sur le podium ou sur l'accoudoir d'une chaise.

- La marche et les escaliers :

Nous avons réalisé le Timed Up and Go test (TUG, voir l'annexe 8) sans la canne anglaise ainsi que le test des 10 mètres de marche (voir l'annexe 9) avec la canne anglaise cette fois-ci. Le jour du test, la patiente met 15 secondes à parcourir les 10 mètres avec 25 pas et pour le TUG la durée est de 29,8 secondes. Comme indiqué dans le test au-delà de 20 secondes il existe un risque de chute plus important.

La patiente ne présente pas de steppage.

Le périmètre de marche de la patiente est limité puisqu'elle est emmenée en fauteuil roulant aux repas et aux séances de kinésithérapie et d'ergothérapie. Elle fait le trajet aller-retour depuis la salle de kinésithérapie vers l'accueil de l'établissement accompagnée, ce qui correspond à environ 100 mètres.

Pour ce qui est des escaliers, la patiente utilise la rampe et la canne anglaise, elle parvient à monter un étage ce qui correspond à une vingtaine de marches.

- L'autonomie pour les AVQ :

La Mesure d'Indépendance Fonctionnelle ou MIF (voir l'annexe 10) permet d'obtenir un score de 73/126 à ce jour.

Le score de Rankin utilisé par la clinique donne un score de 4/5 : marche et activité de la vie quotidienne impossible sans aide. (Voir l'annexe 11)

La patiente nécessite une aide pour l'habillage et la toilette ainsi que pour le déplacement en fauteuil roulant. Les repas se font en autonomie sauf lorsque la viande est trop dure à couper.

- Préhensions et gestes fonctionnels du membre supérieur :

Les préhensions ne peuvent être testées puisque la patiente n'a pas retrouvé de motricité distale. En revanche, la réalisation de certains mouvements fonctionnels a pu être demandée à la patiente telle que les mouvements main-bouche, main-tête, main-nuque, main-épaule controlatérale, main-fesse.

Les résultats sont transposés dans l'annexe 12, et montrent que Mme D n'est pas encore capable de les réaliser, excepté le geste main-bouche qui reste épuisable et compensé par une flexion de la tête.

2.3. Diagnostic Kinésithérapique

Mme D, 83 ans, présente une hémiparésie gauche avec une hémianopsie latérale homonyme.

Suite aux bilans, nous pouvons établir le diagnostic kinésithérapique qui consiste à définir les déficiences, qui vont entraîner une ou plusieurs limitations d'activités ayant pour conséquence des restrictions de participation.

- Déficiences :

- Un déficit de la motricité volontaire de l'hémicorps gauche, plus important au membre supérieur qu'au membre inférieur et prédominant en distal
- Un léger trouble de la sensibilité superficielle au niveau du membre inférieur et du membre supérieur gauche
- Une hémianopsie latérale homonyme gauche qui explique probablement un léger trouble de l'orientation spatiale
- Des troubles attentionnels

- Limitations d'activités :

- Un membre supérieur gauche non fonctionnel
- Une dépendance pour les AVQ
- Une dépendance pour les déplacements dans l'établissement de soins du fait du trouble d'orientation ainsi que du manque de force et d'endurance du membre inférieur gauche

- Restrictions de participation :

- Un éloignement familial du fait de la prise en charge en internat loin du domicile
- Un retour à domicile à ce stade n'est pas envisageable pour l'instant

- Un isolement social puisque les sorties et loisirs antérieurs à l'AVC sont en suspens le temps de l'hospitalisation

2.3.1. Objectifs

- Objectifs de la prise en charge :

A court et moyen terme, les objectifs vont être de rassurer la patiente au niveau de la marche pour atténuer sa peur de la chute, travailler l'exploration visuelle et l'orientation spatiale et stimuler la récupération au niveau du membre supérieur gauche.

A long terme, le retour à domicile pourra être envisagé avec la possibilité de mettre en place une aide à domicile pour certaines tâches.

De plus, nous nous efforcerons d'être à l'écoute de la patiente pour l'accompagner dans sa démarche de deuil.

- Objectifs de la patiente :

La patiente souhaite en priorité pouvoir aller aux toilettes sans aide. De plus, elle aimerait « récupérer son bras et sa main ».

La patiente voudrait continuer sa rééducation dans un centre de rééducation de la région de Givors pour se rapprocher de son entourage et pouvoir ensuite retourner chez elle.

2.3.2. Risques

Pour cette patiente nous devons prendre en considération ses antécédents cardiovasculaires notamment l'hypertension artérielle ainsi que l'état de fatigue général.

De plus, il faudra être attentif sur les plans émotionnel et psychologique puisque la patiente est en période de deuil suite au décès de son mari.

Nous surveillerons l'apparition d'éventuels signes d'un syndrome douloureux régional complexe au niveau du membre supérieur.

Enfin, il conviendra d'être vigilant au risque de chute chez notre patiente.

2.3.3. Principes

Ils seront multiples :

- Travailler en concertation avec les autres professionnels de santé : ergothérapeute, psychologue, médecin et infirmières

- Respecter la fatigabilité de la patiente du fait de ses problèmes cardiaques et de ses troubles du sommeil
- Etre attentif à son état émotionnel
- Motiver la patiente et lui montrer ses progrès tout en évitant la mise en échec
- Utiliser des consignes simples et claires ainsi que des exercices adaptés

3. Traitement

La prise en charge kinésithérapique de Mme D a lieu tous les jours en début d'après-midi pendant 30 minutes à 1 heure suivant la fatigabilité de la patiente.

Au cours des quatre semaines de stage, la patiente a été absente deux fois en raison d'une fatigue importante s'accompagnant d'une tension artérielle élevée atteignant 190/90 cmHg.

Le traitement mis en place pour la patiente consiste à :

- Sécuriser et optimiser la marche, ce qui inclut un renforcement des membres inférieurs ainsi qu'un travail de l'équilibre,
- Améliorer son attention sur les repères visuels nécessaires à une bonne orientation spatiale, ainsi que sur la compréhension et l'application des bonnes consignes pour les exercices,
- Stimuler la motricité proximale de membre supérieur gauche

Retentissement de l'état émotionnel de la patiente lors de la mise en place du traitement kinésithérapique :

Il est arrivé plusieurs fois que Mme D s'effondre en pleurs à la fin ou au cours des séances. En fin de séance, notamment à cause de la fatigue, elle n'arrivait plus à contrôler ses émotions qui la submergeaient, et nous répétait que « vivre sans son mari c'est très dur ».

D'autre part, ces moments de faiblesse se constataient surtout lors des exercices où elle devait utiliser son membre supérieur gauche. En effet, comme la patiente était très affectée par la perte de mobilité distale, elle se décourageait très vite lorsqu'elle ne réussissait pas un exercice. Elle répétait « vouloir faire plus pour récupérer son bras mais elle n'y arrive pas ». Elle ne se rendait pas compte de sa récupération proximale et malgré nos efforts pour lui démontrer, elle restait focalisée sur sa main et ses doigts.

En fin de prise en charge, la patiente décrivait une certaine anxiété vis-à-vis du retour à domicile.

Dans ces moments-là, nous avons fait de notre mieux pour calmer et rassurer la patiente mais parfois nous avons dû arrêter la séance là où elle en était puisque la patiente n'était pas en état de continuer.

3.1. La marche

Lors des séances de kinésithérapie, Mme D utilise une canne anglaise.

Elle peut s'en passer si elle se tient à une barre de sécurité dans les couloirs ou au bras d'un accompagnant.

L'objectif ici est d'autonomiser la marche avec une canne simple pour rassurer la patiente ainsi que de stimuler l'exploration visuelle pour permettre une meilleure orientation spatiale.

- L'orientation spatiale :

En guise d'échauffement, la patiente réalise un trajet qui correspond à un périmètre d'environ 130 mètres. C'est une boucle qui débute de la salle de kinésithérapie jusqu'à l'accueil de la clinique, avec un demi-tour autour des ascenseurs au centre de l'accueil puis un retour au point de départ.

Le demi-tour peut se réaliser soit par la droite soit par la gauche ce qui nous permet de travailler l'orientation de la patiente en fonction du côté que nous lui indiquons.

Au début il faut vraiment guider Mme D car elle ne sait pas où il faut tourner et s'arrête, notamment lorsque le demi-tour doit se faire par la gauche.

Puis au fur et à mesure elle se repère mieux, elle est même capable de s'orienter vers la porte des escaliers qui se situe à gauche.

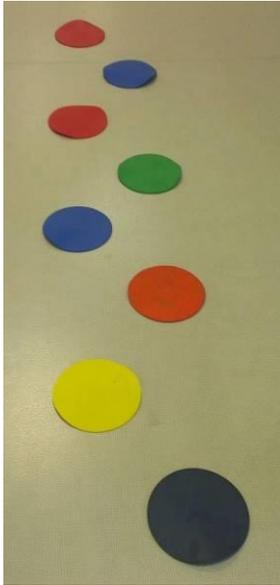


Photo 1 : un exemple de parcours de marche

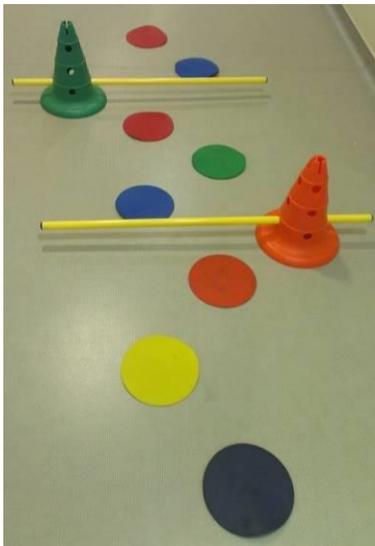


Photo 2 : progression du parcours

En progression, nous modifions ce trajet connu par un trajet nouveau qui comporte une partie en extérieur.

Au départ de la salle de kinésithérapie la consigne pour la patiente est « guidez-moi vers le banc situé dehors à l'entrée de la clinique puis revenez au point de départ. » Cette fois-ci, il est nécessaire d'aider la patiente pour l'aller car elle ne se dirige pas dans la bonne direction. Sans lui dire quelle direction prendre, nous l'incitons à explorer et à visualiser les repères spatiaux qui s'offrent à elle tels que le comptoir d'accueil et la porte d'entrée de la clinique. Ceci lui permet de trouver la sortie et de se diriger correctement vers le banc situé à gauche.

Enfin, lors des dernières séances, nous demandons à la patiente de retourner dans sa chambre. C'est un trajet qu'elle a l'habitude de faire en étant accompagnée pour venir en séances de kinésithérapie et aussi pour aller à la salle des repas. Ici, c'est à elle de nous guider et de s'orienter avec les repères spatiaux qu'elle connaît. Dans cette situation, la patiente se repère très bien et nous n'avons pas eu besoin de la corriger.

Lors des derniers trajets effectués à ses côtés, la patiente me remerciait et me serrait la main avec gratitude pour l'avoir accompagné et aidé dans sa progression.

- Parcours de marche :

Tout au long du stage, nous réalisons plusieurs parcours de marche entre les barres parallèles ou dans le couloir. Ils nous permettent de travailler sur la compréhension des consignes et sur l'attention de la patiente à repérer les pastilles au sol et les obstacles. De plus, cela permet aussi de sécuriser la marche puisque la patiente effectue une double tâche : en marchant elle doit respecter les consignes décrites pour le parcours.

Ces derniers suivent une progression en difficulté avec des consignes plus complexes au fur et à mesure que la patiente avance dans sa prise en charge.

Les premiers parcours réalisés sont constitués de pastilles de couleurs alternées au sol (voir photo 1) avec comme consigne « *vous devez poser le pied droit sur les pastilles de droite, et le pied gauche sur celles de gauche. Faites demi-tour et revenez de la même manière* ». Ceci ne pose pas de difficulté à la patiente.

En progression, nous plaçons deux obstacles bas, éloignés, entre deux pastilles (voir photo 2). Ceci ajoute une consigne supplémentaire qui est « *vous devez en plus enjamber* »



Photo 3 : parcours de marche entre les barres parallèles



Photo 4 : parcours de slalom

les obstacles tout en respectant la première consigne ». La patiente réalise correctement le parcours.

Toujours dans la progression, nous plaçons maintenant le parcours entre les barres parallèles, et cette fois-ci nous mettons un obstacle haut entre chaque pastille (voir photo 3). La patiente peut se tenir aux barres si elle en ressent le besoin. La consigne est la même « *poser le pied droit sur les pastilles de droite et le pied gauche sur celles de gauche en enjambant tous les obstacles. Faites demi-tour au bout et revenez de la même manière* ». Dans cette situation, la patiente a fait deux allers-retours en croisant les pieds sur les pastilles malgré nos indications. Il faut alors lui réexpliquer la consigne et la guider au début pour qu'elle réalise correctement le parcours.

Il est important de préciser que la hauteur des obstacles était plus importante que les parcours précédents, donc la patiente devait être plus attentive pour les enjamber, au détriment des pastilles. Elle s'est focalisée sur une partie de la consigne « *enjambez les obstacles* » sans prendre en compte l'autre partie « *pied droit sur pastilles droites et pied gauche sur pastilles gauches* ».

De plus, la progression des parcours s'est étalée sur plusieurs séances, il est possible que la patiente n'eût pas le même niveau de fatigue ni de concentration.

Il a fallu instaurer des pauses régulières pour permettre à la patiente d'assimiler les consignes et aussi de se reposer. Cependant, à ces instants, il est arrivé que Madame D se laisse envahir par la tristesse et le désespoir. Nous devions alors rester auprès d'elle et la rassurer le temps qu'elle se calme et voir si elle se sentait la force de poursuivre la séance ou non.

Les parcours où nous avons rencontré le plus de difficultés au niveau de la compréhension des consignes étaient ceux constitués de demi-tours et de slaloms (voir photo 4). En effet, malgré les consignes données et les démonstrations faites, la patiente ne réussissait pas à reproduire le même schéma et utilisait des mauvaises stratégies. Elle enjambait les plots au lieu de les contourner et les demi-tours se faisaient soit en butant contre le plot, soit en le dépassant de trop. Il fallait vraiment l'accompagner et la corriger tout au long du parcours. Nous n'avons donc pas insisté sur ce type d'exercice car ils mettaient la patiente en échec.

3.2. Les escaliers

Nous commençons à travailler sur un demi-étage qui correspond à une dizaine de marches.

La patiente se tient à la rampe de droite et nous encadrons son côté gauche.

Lors de la montée, dès les premières marches, Mme D enchaîne les pas mais elle se cramponne à la rampe en mettant la majeure partie de son poids sur son côté droit.

Lors de la descente en enchaînant les pas, son pied gauche a tendance à glisser de la marche car elle ne le positionne pas entièrement dessus.

Pour améliorer ceci, nous commençons par monter marche par marche pour lui indiquer comment mieux répartir son poids afin de ne pas trop s'appuyer sur la rampe. Dans la même logique, la descente avec le membre inférieur gauche se fait aussi marche par marche pour lui montrer la manière de positionner son pied pour éviter qu'il ne glisse.

Une fois que la patiente se sent en sécurité et a compris les explications, nous progressons en enchaînant les marches. Grâce à une prise au niveau du bassin, nous l'aidons à transférer correctement son poids de droite à gauche afin d'avoir une mise en charge sur le membre inférieur gauche. Et nous surveillons le positionnement du pied gauche au cas où il glisserait.

A la fin de mon stage, la patiente est capable de monter deux étages en enchaînant les marches.

3.3. Le renforcement des membres inférieurs

Nous réalisons des séries d'exercices sur le podium et face aux barres parallèles, 10 répétitions de mouvements à chaque fois. Nous restons à côté de la patiente pour la corriger et sécuriser les exercices. Nous accentuons le travail sur le membre inférieur gauche en ajoutant une série de ce côté.

Sur le podium, en décubitus dorsal avec le dos légèrement relevé et le membre inférieur droit en crochet, la patiente réalise des battements en flexion de hanche d'abord, puis en abduction dans le plan de l'apesanteur.

En latérocubitus droit, dos à plat, la patiente travaille en extension de hanche et il est possible de faire de l'abduction de hanche contre pesanteur.

Ensuite, nous travaillons les ponts fessiers. Au début la patiente a tendance à dévier sur le côté gauche donc nous lui faisons prendre conscience et corriger ceci.

Face aux barres parallèles, la patiente réalise des fentes avant des deux côtés. Cet exercice est plus difficile lorsqu'elle positionne son membre inférieur gauche devant, donc nous insistons davantage sur ce côté. En plus, la patiente peut faire des mouvements de

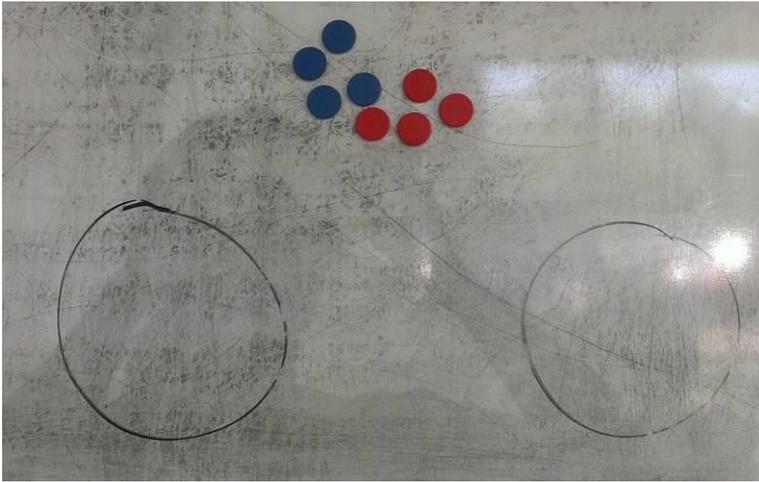


Photo 5 : Disposition initiale des aimants pour l'exercice du travail d'équilibre bipodal sur mousse en double tâche



Photo 6 : disposition finale des aimants

flexion/extension pour dynamiser le quadriceps notamment, ainsi que des pas sur le côté en poussant un léger poids pour travailler le moyen fessier.

3.4. Le travail de l'équilibre debout

Nous travaillons surtout avec les mousses et la notion de double tâche, d'abord en bipodal puis en unipodal.

- Equilibre bipodal :

La patiente est debout sur une mousse avec les pieds écartés de la largeur du bassin, elle fait face à un tableau où sont placés des aimants rouges et bleus mélangés avec 2 cercles noirs dessinés (voir photo 5). L'équilibre bipodal sur mousse est bon, donc nous ajoutons la double tâche qui consiste à placer les aimants bleus dans le cercle de gauche et les rouges dans celui de droite. La patiente utilise son membre supérieur droit car les préhensions du côté gauche ne sont pas possibles.

L'équilibre est maintenu pendant toute la durée de l'exercice, et les aimants sont placés correctement (voir photo 6).

Nous avons ensuite réalisé un exercice du même type face aux barres parallèles. Cette fois-ci la patiente doit toucher la main de la personne qui se trouve en face d'elle avec son membre supérieur gauche. Les cibles sont arbitraires et variables, ce qui incite la patiente à gérer son équilibre tout en se concentrant sur la commande motrice de son membre supérieur gauche.

En progression, nous réalisons un travail intermédiaire de fentes avant avec le pied avant sur une mousse et le pied arrière au sol. Cela permet une transition entre l'équilibre bipodal et unipodal. La patiente effectue les fentes avant à droite et à gauche en face des barres parallèles pour se retenir en cas de perte d'équilibre.

- Equilibre unipodal :

Pour commencer, la patiente se tient avec les deux mains aux barres parallèles et nous lui demandons de décoller le pied gauche puis le droit et de tenir la position 10 secondes à chaque fois. Par la suite nous lui demandons de lâcher la main gauche, et dans ce cas-là la patiente réussit à tenir 5 secondes sur le pied gauche et 10 secondes sur le pied droit. Le transfert du poids sur le côté gauche ne se fait pas totalement.



Photo 7 : auto-mobilisations du MS gauche sur ballon de Klein

Enfin, nous demandons à la patiente de lâcher la main donc elle n'a plus d'appui sur la barre, nous tenons ses épaules pour la stabiliser lui faire ressentir à quel moment elle perd l'équilibre et lui montrer comment lutter contre cela. La patiente a bien réagi à cet exercice, elle essayait de compenser là où nous lui indiquions, cependant l'appui unipodal gauche reste plus précaire que le droit.

3.5. La stimulation motrice du membre supérieur gauche

L'objectif est de renforcer et de stimuler la motricité proximale au niveau de l'épaule et du coude. Pour cela, nous utilisons des exercices bi et mono manuels ainsi que des auto-mobilisations.

Pour commencer, la patiente tient un bâton avec ses deux mains écartées de la largeur des épaules. Nous devons l'aider à tenir la main gauche car la commande motrice n'a pas récupéré en distal. Il est aussi possible de soutenir le membre supérieur gauche au début pour accompagner le mouvement car la patiente se fatigue assez vite.

La patiente réalise des séries de 10 mouvements en élévation d'épaule, départ coudes fléchis puis elle les tend en emmenant le bâton au-dessus de sa tête. Puis, elle fait la même chose mais en emmenant le bâton devant elle toujours avec un travail de flexion/extension des coudes.

Ensuite nous montrons à la patiente des autos mobilisations du membre supérieur gauche avec le membre supérieur droit. Nous pouvons associer cela à un travail de toucher de cible afin d'orienter la patiente et de travailler sur les transferts d'appui antéropostérieurs et latéraux.

Ces auto-mobilisations sont aussi réalisées avec un ballon de Klein placé en face de la patiente (voir photo 7). L'avantage de cet exercice est que la patiente est autonome, c'est elle qui contrôle les mouvements du ballon et elle peut aller mobiliser son épaule dans toute l'amplitude disponible. Nous sécurisons tout de même le côté gauche en cas de perte d'équilibre.

En parallèle, il est possible de faire des exercices de toucher de cible pour favoriser l'attention et l'exploration visuelle de Mme D. Nous pouvons réaliser cet exercice avec des pastilles de couleurs différentes sur plan incliné ou horizontal. Ce qui va nous permettre de



Photo 8 : exercices de toucher de cibles sur plan incliné



Photo 9 : autre exemple d'exercice de toucher de cibles sur plan horizontal



Photo 10 : exercice de saisies d'objets en bi manuel

cibler soit le travail de l'épaule en élévation et en flexion soit celui du coude en flexion/extension avec une stabilisation proximale (voir photos 8 et 9).

Le toucher de cible peut se faire debout face à un miroir à l'aide de post-its® numérotés de 1 à 3. La patiente peut ainsi prendre conscience de sa posture et visualiser les progrès au niveau de son membre supérieur gauche.

Enfin, en complémentarité avec le travail de l'ergothérapeute, nous travaillons les saisies d'objets en bi-manuel.

Le premier exercice consiste à déplacer des plots empilés sur un bâton de la droite vers la gauche (voir photo 10). Ici, nous travaillons aussi sur le transfert de poids vers l'avant et vers la gauche en position assise.

Le deuxième exercice a pour but de travailler sur la forme, la taille et la couleur d'objets en bois afin de retrouver l'emplacement correspondant sur un plateau prévu à cet effet.

Il existe 3 formes : triangle, rond et carré ; 3 couleurs : rouge, vert, bleu et 3 hauteurs : 2 cm, 5 cm et 10 cm. La patiente doit avec sa main gauche ressentir les formes et les tailles différentes pour ensuite les positionner à l'aide de sa main droite sur le plateau de bois. Cela permet un travail de la sensibilité profonde et de l'exploration sensorielle d'objets. Par la suite, nous pouvons nuancer l'exercice en proposant d'autres consignes telles que ranger les objets par ordre de taille croissante ou décroissante, par couleur ou par forme. Cela incite la patiente à se concentrer sur la consigne et sur son ressenti de l'objet.

Nous avons essayé d'organiser chaque séance avec la même chronologie d'enchaînement des exercices :

- Nous débutons par un petit échauffement qui pouvait être soit un parcours de marche soit un travail des escaliers ou de l'orientation spatiale,
- Puis, en fonction de l'état de fatigue de la patiente, nous enchaînons avec quelques exercices de renforcement musculaire des membres inférieurs, ou avec un travail d'équilibre debout,
- Pour finir la séance, nous ciblions plus le travail du membre supérieur gauche.

Nous avons choisi de garder cette chronologie car elle nous paraissait intéressante pour suivre la progression de la patiente. En outre, cela apportait aussi une certaine stabilité à notre patiente qui a subi une grosse perte de repères suite à son AVC et au décès de son mari.

4. Bilans finaux

Ils ont été réalisés le 30 et le 31 juillet 2014 soit à J66 de l'AVC.

Les bilans qui n'ont pas évolué entre le début et la fin de la prise en charge ne seront pas retranscrits afin de ne pas surcharger l'écriture. Ce sont les bilans cutanés trophiques et circulatoires, celui de la douleur, le bilan articulaire ainsi que l'état émotionnel de la patiente.

4.1. Bilan environnemental

La patiente n'a plus de fauteuil roulant dans sa chambre, il a été remplacé par une canne anglaise.

4.2. Bilan de la sensibilité

- Sensibilité superficielle :

Au test du pic-touche la patiente ne commet plus d'erreurs au niveau de la partie supérieure du membre supérieur gauche, quelques erreurs subsistent au niveau de l'avant-bras et de la main. Pour ce qui est du membre inférieur, la patiente ne commet aucune erreur lors du test.

La sensibilité profonde est restée la même qu'au bilan initial.

4.3. Bilan musculaire

- Bilan du tonus :

Comme le montre l'annexe 2, la patiente est toujours spastique au niveau du biceps brachial qui est resté à 1, en plus, nous notons une spasticité cotée à 1 pour le triceps brachial. Nous avons choisi de ne pas axer notre traitement sur la spasticité puisque dans notre bilan initial elle était légère et peu gênante pour la patiente. Cela ne nous a pas freiné pour la mise en place des exercices présentés précédemment.

- Bilan de la commande motrice :

En ce qui concerne le membre inférieur, le bilan montre une récupération au niveau de la cheville pour les mouvements d'inversion et d'éversion qui sont passés d'une cotation 2 à une cotation 3. Le reste est inchangé. (Voir l'annexe 3)

Pour le membre supérieur il existe en revanche une nette amélioration puisque toutes les cotations ont augmenté malgré la présence de quelques compensations pour certains mouvements.

La flexion de la gléno-humérale est cotée à 3 avec une légère compensation en abduction, l'abduction est cotée à 3 de même que l'adduction et la rotation médiale qui entraînent toutes les deux une légère compensation en extension de coude. L'extension passe d'une cotation 2 à une cotation 4 et la rotation latérale de 0 à 2. En ce qui concerne le coude, il est coté à 3 sauf pour les mouvements de prono-supination qui sont restés à 2. En revanche, le poignet et la main n'ont pas retrouvé de motricité volontaire.

4.4. Bilan des fonctions supérieures

La patiente est plus attentive aux consignes et réalise mieux les exercices proposés par rapport au début de la prise en charge.

Mme D s'oriente un peu mieux dans l'espace, nous n'avons plus besoin de la guider pour le trajet habituel. Cependant, elle dit ne pas être sûre d'elle pour venir en salle de rééducation seule depuis sa chambre.

4.5. Bilan fonctionnel

- L'équilibre :

L'EPA et l'EPD sont inchangés. (Voir les annexes 4 et 5)

Pour le Tinetti (annexe 6), concernant la partie sur l'équilibre, la patiente a progressé d'un point puisque nous obtenons un score de 13/14 contre 12/14 lors du bilan initial.

De plus, l'évaluation des performances posturales (annexe 7) nous indique les progrès de la patiente étant donné un résultat de 35/36.

- La marche et les escaliers :

Le timed up and go test est meilleur que celui du bilan initial, la patiente le réalise en 16,9 secondes. (Annexe 8)

Les résultats au test du 10 mètres montrent ici aussi une nette amélioration de la marche sans la canne puisque la patiente réalise le test en 11,6 secondes contre 14 secondes avec la canne, en notant que le nombre de pas est de 19 pour les deux tests. (Annexe 9)

Après en avoir discuté avec la patiente, et malgré les résultats, elle ne veut pas se passer de la canne pour la marche car elle ne se sent pas sûre d'elle et elle a peur de chuter. Cependant, sur de petites distances, dans sa chambre par exemple, elle peut se passer de la canne.

Le périmètre de marche de Mme D a considérablement augmenté, cependant elle réalise tous ses déplacements en étant accompagnée comme cela a été dit précédemment dans le bilan des fonctions supérieures.

La patiente peut maintenant monter les deux étages de l'établissement.

- L'autonomie pour les AVQ :

La MIF est de 96/126 (annexe 10), la patiente est devenue autonome pour aller aux toilettes ce qui était son principal objectif.

Le score de Rankin n'a pas évolué, il est toujours à 4/5 (annexe 11).

- Préhensions et gestes fonctionnels du membre supérieur :

Les préhensions sont toujours non réalisables, en revanche Mme D parvient à réaliser plus de gestes fonctionnels qu'au début de la prise en charge, seul le mouvement main-nuque reste non possible (annexe 12).

5. Discussion

Comme nous avons pu le constater tout au long de ce mémoire, la prise en charge de Mme D s'est avérée délicate mais néanmoins efficace puisque des progrès ont été observés suite à la récupération naturelle et aussi grâce à la rééducation mise en place.

A cette phase de l'étude du cas clinique, il paraît intéressant de faire un point sur la question posée initialement qui était : Quel est le rôle du kinésithérapeute dans l'accompagnement et l'adaptation de la prise en charge de la patiente vis-à-vis de sa situation de double deuil ?

Cette question permet d'aborder la déclinaison du triptyque du « savoir », « savoir-faire » et « savoir-être » qui définit les compétences professionnelles.

Ainsi, nous verrons dans un premier temps ce qui se rapporte au « savoir », c'est-à-dire qu'est-ce que le deuil et quel lien a-t-il avec l'hémiplégie, puis, nous traiterons le « savoir-faire » : qu'est-ce qu'un kinésithérapeute sait faire pour adapter la rééducation à la

perte. Enfin, le « savoir-être » sera abordé en se demandant quelle attitude doit adopter le kinésithérapeute pour accompagner la personne en deuil.

Le deuil a été décrit de différentes façons par plusieurs auteurs, pourtant tous sont d'accord sur le fait que le processus de deuil peut se dérouler sur un certain temps et comprend différentes étapes plus ou moins successives.

J'ai choisi de décrire succinctement les étapes décrites par Elisabeth KÜBLER-ROSS dans son livre « Les derniers instants de la vie » (1975) et qui ont été citées plus récemment dans l'article de Meredith E DRENCH (2003).

- Première phase : le déni : il apparaît après le choc initial, et correspond au refus temporaire de la réalité « *Non, pas moi, ce ne peut pas être vrai !* »

D'après DRENCH (2003), le kinésithérapeute peut servir de soutien pendant cette étape et orienter les personnes endeuillées vers des professionnels spécialisés.

- Deuxième phase : la colère : elle apparaît lorsque la personne prend conscience de la réalité de la perte « *pourquoi moi ?* », la culpabilité peut accompagner celle-ci.
- Troisième phase : la négociation ou marchandage : phase pendant laquelle la personne fait des promesses de bonne conduite, ou du chantage.
- Quatrième phase : la dépression : ou profonde tristesse. Ici, le désespoir, la colère et l'anxiété coexistent.

Pour DRENCH (2003), le kinésithérapeute peut identifier des signes d'une éventuelle dépression et ainsi guider le patient vers un spécialiste.

- Cinquième phase : l'acceptation : la personne parvient à accepter la réalité de la situation et peut se réinvestir dans les activités de la vie.

Notre rôle de kinésithérapeute n'est pas de « classer » les patients dans ces étapes puisque ceci est notamment réservé aux psychologues. Cependant, la connaissance de celles-ci nous permet de mieux comprendre le processus traversé par les patients pour ainsi davantage les soutenir et les diriger vers ces professionnels spécialisés.

Nous pouvons commencer par aborder le deuil affectif de Mme D. Pour ma part, au moment où je prenais en charge cette patiente, je n'avais pas pris connaissance de ces phases du processus de deuil. En revanche j'ai pu avoir accès au dossier rédigé par la psychologue de la clinique ainsi qu'un entretien avec elle. Selon cette dernière, Mme D serait dans une phase de dépression réactionnelle avec une souffrance psychologique

importante. Toutefois, la patiente n'est pas dans le déni mais a bien conscience de la réalité de cette perte ce qui est d'autant plus éprouvant émotionnellement.

Pour ce qui est du deuil corporel concernant l'hémiplégie de Mme D, il est possible de faire une analogie avec le deuil affectif puisque pour MEYER (2002), la perte fonctionnelle liée à l'image de soi peut déclencher « des réactions psychiques » pouvant faire penser au travail de deuil. Ainsi, dans ce cas, la phase d'acceptation correspondra à l'acceptation du handicap et à son adaptation dans la vie quotidienne.

Lors de la prise en charge de Mme D, j'ai pu remarquer qu'elle avait bien conscience de cette perte fonctionnelle puisqu'elle déplorait l'absence de récupération notamment au niveau distal. Elle paraissait focaliser sur cette zone sans considérer la récupération et les progrès obtenus au niveau proximal.

Ainsi, je pense qu'il est intéressant d'avoir une pluridisciplinarité entre la psychologie et la kinésithérapie afin de pleinement prendre en charge les patients en situation de deuil, qu'il soit affectif ou corporel.

Si j'avais eu connaissance de ces étapes du processus de deuil lors de mon stage, je pense que j'aurais été plus apte à interpréter les réactions de Mme D, et ainsi j'aurais peut-être mieux répondu à ses attentes vis-à-vis de la prise en charge.

A présent, nous allons aborder la notion des habiletés techniques employées par le kinésithérapeute pour faire face à la perte.

Pour DE JOUVENCEL et al (2007) et WIROTIUS (2003), il est essentiel d'intégrer les patients au sein d'une équipe de soin qui agit pour leur bien-être et leur récupération. Les patients doivent se sentir en confiance avec les professionnels de santé, tout comme leurs proches.

Il est aussi important de considérer les besoins des patients dans leur ensemble, ainsi que ceux des proches, pour pouvoir établir un traitement adéquat et ainsi les aider à développer une réponse thérapeutique à la perte. Cette idée se retrouve dans la notion « d'alliance thérapeutique » aussi décrite par DRENCH dans son article « Loss, Grief, and Adjustment : a Primer for Physical Therapy, Parts 1 & 2 » (2003) : la relation patient-kinésithérapeute est basée sur la confiance et l'échange. Elle permet de faire évoluer le traitement en fonction des ressentis et des préoccupations du patient.

Mme D était entourée par une équipe de soin qualifiée. Les relèves avec l'infirmière cadre, le médecin responsable et le kinésithérapeute cadre prenaient en compte les remarques de la patiente, ses craintes pour la suite et toutes ces informations étaient transmises aux autres professionnels intervenant auprès d'elle. Les proches de la patiente

bénéficiaient aussi d'un soutien et d'un éclairage sur l'évolution de celle-ci. De plus, lors des séances, j'invitais Mme D à me parler de ses impressions sur le déroulement de la séance du jour ainsi que sur les difficultés qu'elle avait pu rencontrer afin de les prendre en compte pour la séance suivante.

La rééducation des patients en deuil doit prendre en compte les possibles difficultés concernant l'acquisition, le stockage et le traitement de l'information (DRENCH, 2003). Elles peuvent évidemment avoir des répercussions sur l'attention et sur la compréhension des consignes pour les exercices. A ces difficultés, s'ajoutent celles engendrées par l'AVC, comme les troubles de l'attention, la fatigue, le stress post-traumatique, qui sont aussi importantes à considérer pour les exercices.

Mme D avait des difficultés à se concentrer pendant les exercices mis en place, cela peut en partie être expliqué par la fatigue importante de la patiente (elle se plaignait de ne pas réussir à dormir), mais également par le processus de deuil en cours. Afin de l'aider, j'utilisais des exercices similaires où j'insistais sur la progression comme pour les parcours de marche. Je répétais les consignes diverses fois, lui montrais et la guidais dans les parcours jusqu'à ce qu'elle réussisse seule plusieurs fois de suite. Les limites que j'ai rencontrées lors des séances étaient de proposer des exercices trop compliqués à assimiler à cause de l'intrication de plusieurs consignes.

Le kinésithérapeute possède toutes les techniques pour adapter la rééducation aux patients en période de deuil, il suffit d'observer et de prendre en compte toutes les remarques des patients, des proches et de l'équipe de soins.

Pour terminer, nous allons traiter la notion de « savoir-être » : l'attitude soignante et professionnelle que doit adopter le kinésithérapeute pour accompagner les patients en deuil.

Tout d'abord, la communication au sein de l'alliance thérapeutique est primordiale (ADAM et al, 2013). Que ce soit pour échanger à propos du traitement ou pour inciter le patient à exprimer ses émotions, le kinésithérapeute doit être avenant, bienveillant et à l'écoute de ses patients (DRENCH, 2003). Il doit aussi être attentif aux ressentis des patients ainsi qu'à ceux des proches (DE JOUVENCEL et al, 2007). Tous ces adjectifs devraient pouvoir être utilisés pour décrire le caractère et la façon d'être du kinésithérapeute, ces qualités se développent et s'enrichissent avec l'expérience et les rencontres.

Le kinésithérapeute doit être intègre et respectueux envers les patients, altruiste, empathique et être un soutien stable pour les accompagner à travers leur deuil, tout en

gardant une distance professionnelle adéquate (AGUILAR, 2013). Cette distance professionnelle doit être instaurée dès le début de la prise en charge, elle est intégrée dans le « contrat » de l'alliance thérapeutique. La confidentialité est aussi incluse dans cette alliance, le kinésithérapeute préserve l'intimité des patients en deuil ainsi que leurs besoins.

En tant que kinésithérapeute notre rôle est aussi d'intégrer en partie les proches dans cette alliance afin qu'ils puissent mieux comprendre le patient et sa maladie et ainsi mieux l'entourer. De plus, nous conseillons et aidons les patients vis-à-vis des activités qu'ils ont envie de faire en dehors de la rééducation, nous les éduquons pour mieux comprendre l'évolution de leur maladie. (AGUILAR, 2013)

Je n'avais jamais pris en charge de patients en période de deuil suite à la perte récente d'un être cher, cependant à titre personnel j'ai déjà été confronté à ce genre de situation familiale. Malgré la présence des stages dans notre formation, nous n'avons pas suffisamment d'expérience professionnelle pour faire face à ce genre de situation, il faut donc puiser dans notre vécu personnel. Cela fut donc assez difficile de voir Mme D pleurer lors de certaines séances car la détresse ressentie était très forte. Dans ces moments-là, il fallait être attentive à ne pas franchir la distance professionnelle mais essayer de mettre en application toutes les notions citées précédemment, alors je rassurais la patiente et l'incitais à se décharger du fardeau de ses émotions. Je restais auprès d'elle pour l'écouter, et je lui proposais d'aborder ces sujets douloureux avec ses proches ou la psychologue qui seront plus à même de l'accompagner personnellement.

6. Conclusion

Ce mémoire porte sur la prise en charge de Mme D, patiente hémiplegique gauche qui a subi la perte de son mari un mois après son AVC. Il était question de savoir quelle est la place du kinésithérapeute dans cette prise en charge pour ce qui concerne l'adaptation et l'accompagnement de la patiente en situation de deuils.

Pour conclure ce travail, je pense que le kinésithérapeute a toute sa place dans cet accompagnement et cette adaptation de la prise en charge des patients en situation de deuil. J'aimerais citer cet extrait, tiré du « Vade-Mecum de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle » (2009) : « D'autre part, si le rôle du kinésithérapeute est de pratiquer une rééducation bien adaptée et avec le maximum de résultats, il ne faut pas oublier le caractère psychologique de son intervention. **Le kinésithérapeute doit savoir parler à son patient,**

lui expliquer, le pourquoi des choses, le motiver, en un mot le soutenir psychologiquement tout au long de sa rééducation et de sa maladie. »

J'ai souvent entendu dire lors de mes stages que les kinésithérapeutes sont les « psychologues » des patients en raison des échanges importants faits par ces derniers lors de leur séance. Le terme de « psychologues » dans la phrase précédente ne désigne pas le métier de psychologue mais une façon d'être que chaque personne peut avoir.

A travers ce mémoire j'ai donc pu découvrir cet aspect de mon futur métier ainsi que le deuil et l'hémiplégie. Celle-ci entraîne des répercussions sur la fonctionnalité et la psychologie des patients. Il est essentiel d'essayer de comprendre comment la personne atteinte d'hémiplégie vit sa situation pour mieux la prendre en charge dans son processus d'adaptation (DE JOUVENCEL et al, 2007).

L'hémiplégie fait référence à une perte fonctionnelle, un possible travail de deuil corporel pour atteindre l'acceptation du handicap. Ce deuil corporel peut se retrouver dans plusieurs pathologies comme dans le cas d'amputations. Pendant nos études de kinésithérapie, nous apprenons comment prendre en charge des patients en situation de deuil physique, quelle rééducation mettre en place pour permettre aux patients de retrouver leur autonomie et de reprendre une vie adaptée.

En revanche, rien n'est enseigné sur la façon de prendre en charge un deuil affectif, nous avons des notions données en psychologie mais nous sommes démunis en techniques face à ces situations. Nous devons faire appel à notre vécu et à notre personnalité pour cerner ce que nous pouvons apporter de mieux aux patients.

Au cours de ma prise en charge j'ai ressenti des moments de doute et de remise en question par rapport à mon traitement pour Mme D, mais mon maître de stage et le cadre de santé de la clinique m'ont aidé dans ma démarche.

A ce jour, la patiente est rentrée chez elle et quelques aménagements ont été faits. Lors de son AVC, fin mai, elle quittait son appartement accompagnée de son mari et trois mois après, elle y retournait seule, comment a-t-elle géré cette situation ? Qu'est-elle devenue à ce jour ?

Bibliographie

Ouvrages :

KUBLER-ROSS E., 1975, « Les derniers instants de la vie », Genève, Labor et Fides, 279 pages. (Edition originale : « On death and Dying »)

DE BROCA A, 2010, « Deuils et endeuillés », Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson, 220 pages.

DUFOUR M., GEDDA M., 2007, « Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation », Paris, Editions Maloine, 582 pages.

XHARDEZ Y, et collaborateurs, 2009, « Vade-Mecum de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle », Paris, Editions Maloine, 1392 pages.

Articles :

ANAES. Juin 2012, « Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux – Argumentaire. »

ADAM K., PETER S., CHIPCHASE L. (2013) « Knowledge, skills and professional behaviours required by occupational therapist and physiotherapist beginning practitioners in work-related practice: A systematic review » Australian Occupational Therapy Journal, volume 60, issue 2, p.76-84

AGUILAR A., STUPANS I., SCUTTER S., KING S., (2013) « Exploring the professional values of Australian Physiotherapists » Physiotherapy Research International, volume 18, issue 1, p.27-36

DE JOUVENCEL M., HAMONET C., MAGALHAES T. (2007) « Psychologie – Subjectivité – Accident vasculaire cérébral. La subjectivité : la dimension à ne pas oublier dans la réadaptation de l'hémiplégique » Journal de Réadaptation Médicale, volume 27, n°4, p. 128-132

FORTINI K., CLARY J., PARIS C., (1983), « Le travail de deuil chez l'hémiplégique pris en charge dans une psychothérapie de groupe. » Revue médicale de la Suisse Romande, volume 103, p. 51-55

Haute Autorité de Santé, Janvier 2006, « Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie. Evaluation fonctionnelle de l'AVC. »

MEYER C., ECKERT F., (2002), « Psychologie et handicap, l'impossible deuil » Journal de Réadaptation Médicale, volume 22, n°4, p.110-114

YELNIK A.-P., BONAN I.-V., SIMON O., GELLEZ-LEMAN M.-C. (2008) « Rééducation après accident vasculaire cérébral. » EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Neurologie, 17-046-U-10

Sites internet :

CAROTA A., DIEGUEZ S., BOGOUSSLAVSKY J., 2005 « Psychopathologie des accidents vasculaires cérébraux. » Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement, 3(4) : 235-49 consulté le 17/10/14 à 15h via : http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/psychopathologie_des_accidents_vasculaires_cerebraux_267082/article.phtml

DRENCH ME. (PT, PhD), “Loss, Grief, and Adjustment: A Primer for Physical Therapy, Parts 1 & 2” (2003) : consulté le 15/01/15 à 16h30 sur google en téléchargement direct via le lien : <http://learningcenter.apta.org/shared/assetDownload.aspx?id=26>

RANGARAJ J., PELISSOLO A., 2006 « Troubles anxieux chez le sujet âgé : aspects cliniques et thérapeutiques » Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement, 4(3) : 179-87 consulté le 17/10/14 à 15h via : http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/troubles_anxieux_chez_le_sujet_age_aspects_cliniques_et_therapeutiques_269718/article.phtml

WIROTIUS J.-M., PETRISSANS J.-L. (2005) « Dépression en rééducation », EMConsult lien direct : <http://readaptationethandicap.e.r.f.unblog.fr/files/2014/01/depression-emc.pdf>

WIROTIUS J-M. (septembre-octobre 2003) « Hémiplegie et personnes hémiplegiques. » Réadaptation n°503, Pages 25 à 33. Site internet consulté le 15/10/14 à 16h : <http://www.readaptationethandicap.unblog.fr/2014/02/15/hemiplegie-troubles-cognitifs-et-affectifs-2/>

Vidal consultation du site internet pour le traitement médicamenteux :
<http://www.vidal.fr/Sommaires/Substances-A.htm>

Annexes

Annexe 1 : Attestation de production d'autorisations écrites du patient et de son médecin en vue de la rédaction du travail écrit

Annexe 2 : Evaluation de la spasticité du côté gauche avec l'échelle d'Ashworth modifiée

Annexe 3 : Cotation de Held et Pierrot-Desseilligny

Annexe 4 : Equilibre Postural Assis

Annexe 5 : Equilibre Postural Debout

Annexe 6 : Tinetti

Annexe 7 : Evaluation des performances posturales

Annexe 8: Timed Up and Go test (TUG)

Annexe 9 : Test des 10 mètres de marche

Annexe 10 : Mesure d'Indépendance Fonctionnelle

Annexe 11 : Score de Rankin

Annexe 12 : Mouvements fonctionnels du membre supérieur gauche

Annexe 1 : Attestation de production d'autorisations écrites du patient et de son médecin en vue de la rédaction du travail écrit



**Annexe IV : Attestation de production d'autorisations écrites
Du patient et de son médecin en vue de la rédaction du travail écrit**

Je soussigné :*Christophe PETITNICOLAS*.....représentant la direction
pédagogique de l'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie Université Claude Bernard
Lyon1 – ISTR,

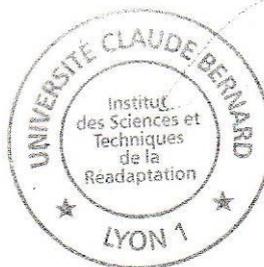
Atteste que

Madame, Mademoiselle, Monsieur*C.I.B.B.A. Félicie*.....,
Étudiant(e) en kinésithérapie de l'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie Université
Claude Bernard Lyon1 – ISTR a présenté les pièces justificatives montrant le suivi de la
procédure de demande d'autorisations écrites visant au respect des règles déontologiques
d'anonymat et garantie du secret professionnel, sous forme écrite et informatique.

Autorisation remise à l'intéressé(e) pour servir ce que valoir de droit.

Le *26/09/14*

Signature et tampon :



Annexe 2 : Evaluation de la spasticité du côté gauche avec l'échelle d'Ashworth modifiée

0 : pas d'augmentation du tonus musculaire

1 : une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minime à la fin du mouvement

1+ : une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minime perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire

2 : une augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement

3 : une augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile

4 : l'articulation concernée est fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction)

MEMBRE INFERIEUR	Le 10/07/2014	Le 30/07/2014
Adducteur de Hanche	0	0
Ischio-jambier	0	0
quadriceps	0	0
Triceps sural	0	0
Tibial postérieur	0	0
Fléchisseurs des orteils	0	0
MEMBRE SUPERIEUR		
Biceps brachial	1	1
Triceps brachial	0	1
Adducteurs de l'épaule	0	0
Rotateurs médiaux de l'épaule	0	0
Pronateurs	0	0
Supinateurs	0	0
Fléchisseurs des doigts	0	0
Extenseurs des doigts	0	0
Adducteur du pouce	0	0

Annexe 3 : Cotation de Held et Pierrot-Desseilligny

Évaluation de la commande motrice volontaire du côté hémiparalysé

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.

Les mesures ont été réalisées en décubitus dorsal exceptées pour les rotations de hanche et l'extension de l'épaule qui ont été faites en position assise.

MEMBRE INFERIEUR	Le 11/07/2014	Le 30/07/2014		MEMBRE SUPERIEUR	Le 11/07/2014	Le 30/07/2014
HANCHE				EPAULE		
Flexion	4	4		Flexion	0	3
Extension	4	4		Extension	2	4
Abduction	4	4		Abduction	2	3
Adduction	4	4		Adduction	2	3
Rot. Externe	2	2		Rot. Externe	0	2
Rot. Interne	2	2		Rot. Interne	2	3
GENOU				COUDE		
Flexion	4	4		Flexion	2	3
Extension	4	4		Extension	2	3
CHEVILLE				Pronation	2	2
Flexion	4	4		Supination	2	2
Extension	4	4		POIGNET	0	0
Eversion	2	3		MAIN	0	0
Inversion	2	3				

Annexe 4 : Equilibre Postural Assis

INDICE D'EQUILIBRE POSTURAL ASSIS EPA

CLASSE	DESCRIPTION	DATE		
		25/06/14	10/07/14	30/07/14
0	Aucun équilibre en position assise (effondrement du tronc), Nécessité d'un appui postérieur et d'un soutien latéral			
1	Position assise possible avec appui postérieur			
2	Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, mais déséquilibre lors d'une poussée qu'elle qu'en soit la direction			
3	Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, et lors d'une poussée déséquilibrante quelle qu'en soit la direction			
4	Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, lors d'une poussée déséquilibrante et lors de mouvements de la tête et du tronc et des membres supérieurs. Le malade remplit les conditions pour le passage de la position debout seul	X	α	α

Annexe 5 : Equilibre Postural Debout

INDICE POSTURAL DEBOUT EPD

CLASSE	DESCRIPTION	DATE		
		25/06/14	10/07/14	30/07/14
0	Aucune possibilité de maintien postural debout			
1	Position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplégique très insuffisants, Nécessité d'un soutien			
2	Position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplégique encore incomplets, Pas de soutien			
3	Transferts d'appui corrects en position debout			
4	Equilibre postural debout maintenu lors des mouvements de tête, du tronc et des membres supérieurs	X	X	α
5	Appui unipodal possible (15 secondes)			

Annexe 6 : Tinetti

	Le 10/07/2014 Avec 1 CA	Le 31/07/2014 Avec 1 CA
<p>Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :</p> <p>1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable</p>	1	1
<p>On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :</p> <p>1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras</p>	1	1
<p>2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai</p>	2	2
<p>3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique</p>	2	2
<p>Test de provocation de l'équilibre en position debout:</p> <p>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</p>	2	2
<p>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</p>	2	2
<p>7. Yeux fermés</p>	1	1

0 = instable 1 = stable		
Le patient doit se retourner de 360° : 8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus	0	1
9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable	1	1
Total première partie : Equilibre /14	12/14	13/14
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	1	1
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	1	1
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	1	1
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	1	1
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	1	1
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	1	1

16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	1	1
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	1	1
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	0
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	1	1
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	1	1
Total deuxième partie : Marche /14	10/14	10/14
SCORE MAXIMUM = 28 points	22 points	23 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

Annexe 7: Evaluation des performances posturales

EVALUATION DES PERFORMANCES POSTURALES POSTURAL ASSESSMENT SCALE FOR STROKE BENAÏM C. ET AL.

COTE HEMIPLEGIQUE :

NOM DE L'EXAMINATEUR :

Sont évalués, à la fois le maintien et le changement de postures, en position allongée, assise et debout.
Il est particulièrement adapté à l'examen du patient hémiplegique dans les premiers mois qui suivent la lésion, y compris les plus atteints.

				Le 23/6	Le 31/7	Le
LA POSITION COUCHEE	SE TOURNER VERS LE CÔTE SAIN	Impossible	0			
		Nécessité d'une aide importante	1			
		Nécessité d'une aide modérée	2			
		Pas d'aide	3	3	3	
	SE TOURNER VERS LE COTE HEMIPLEGIQUE	Impossible	0			
		Nécessité d'une aide importante	1			
		Nécessité d'une aide modérée	2			
		Pas d'aide	3	3	3	
	S'ASSOIR	Impossible	0			
		Nécessité d'une aide importante	1			
		Nécessité d'une aide modérée	2			
		Pas d'aide	3	3	3	
LA POSITION ASSISE	MAINTIEN DE LA POSITION	Impossible	0			
		Avec support	1			
		10 sec sans aide	2			
		5 minutes sans aide en mouvement	3	3	3	
	SE COUCHER	Impossible	0			
		Nécessité d'une aide importante	1			
		Nécessité d'une aide modérée	2			
		Pas d'aide	3	3	3	
	SE METTRE DEBOUT	Impossible	0			
		Nécessité d'une aide importante	1			
		Nécessité d'une aide modérée	2	2		
		Pas d'aide	3		3	
LA POSITION DEBOUT	POSITION MAINTENUE AVEC AIDE	Impossible	0			
		Avec 2 personnes	1			
		Avec 1 personne	2			
		Avec une main	3	3	3	
	POSITION MAINTENUE SANS AIDE	Impossible	0			
		Quelques secondes	1	1		
		5 secondes	2			
		10 secondes	3		3	
	S'ASSEOIR	Impossible	0			
		Nécessité d'une aide importante	1			
		Nécessité d'une aide modérée	2			
		Pas d'aide	3	3	3	
	RAMASSER UN OBJET AU SOL	Impossible	0			
		Nécessité d'une aide importante	1	1		
		Nécessité d'une aide modérée	2		2	
		Pas d'aide	3			
	APPUIS MONOPODAL COTE SAIN	Impossible	0	0		
		Quelques secondes	1			
		5 secondes	2			
		10 secondes	3		3	
	APPUIS MONOPODAL COTE HEMIPLEGIQUE	Impossible	0	0		
		Quelques secondes	1			
		5 secondes	2			
		10 secondes	3		3	
				25 / 36	25 / 36	/ 36

Annexe 8: Timed Up and Go test (TUG)

Fait = 1

Non réalisé = 0

Non réalisable = X

	Le 10/07/2014	Le 31/07/2014
Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs	1	1
Traverser la pièce (distance 3 mètres)	1	1
Faire demi-tour	1	1
Revenir s'asseoir	1	1
Score	4/4	4/4
Temps nécessaire	29s 8	16s 9

Interprétation : risque de chute si score inférieur ou égal à 1 et temps de réalisation supérieur à 20 secondes.

Annexe 9 : Test des 10 mètres de marche



TEST DES 10 METRES DE MARCHÉ

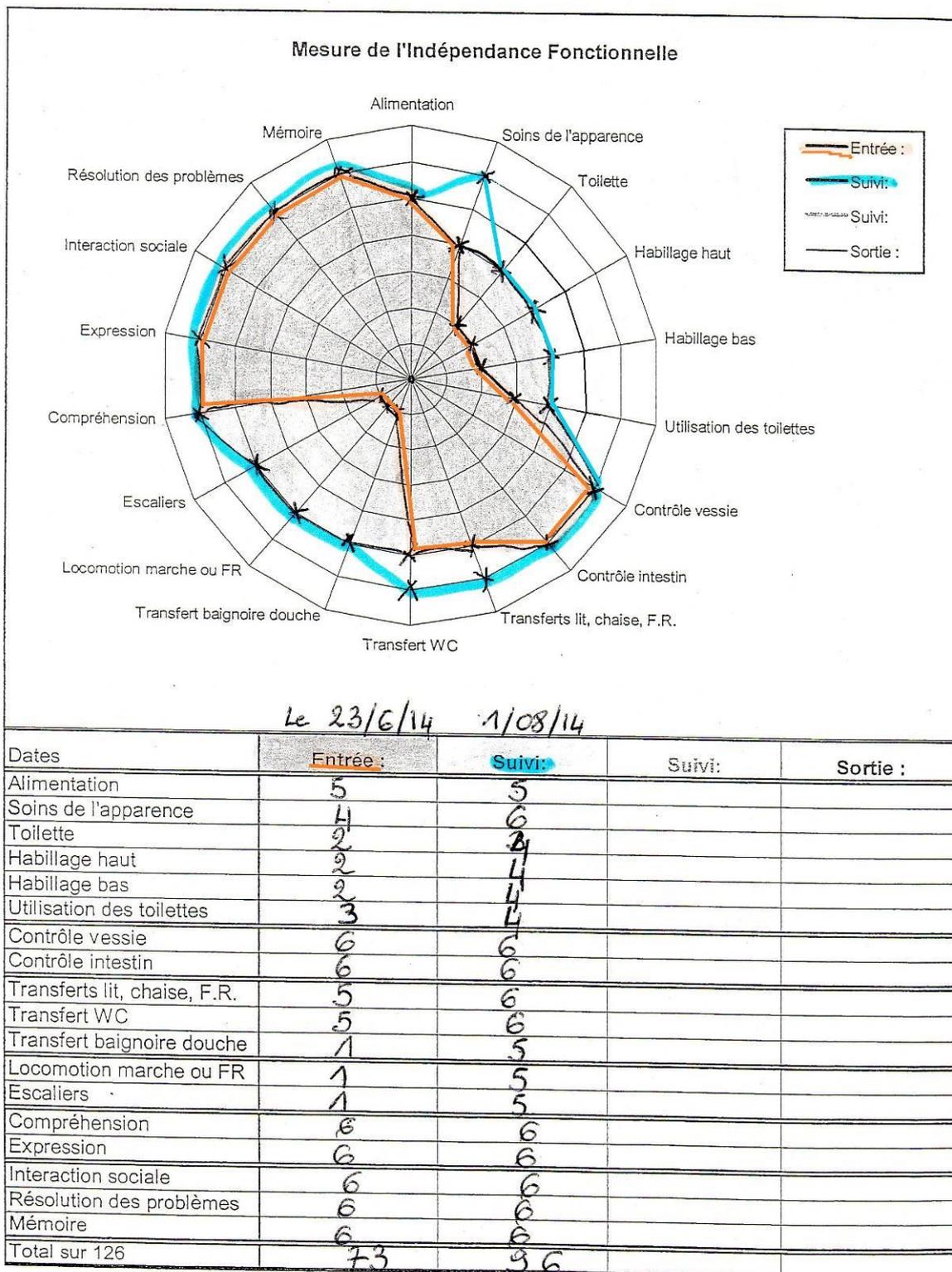
Compter le nombre de pas pour parcourir une distance de 10 mètres

Chronométrer le temps nécessaire pour parcourir une distance de 10 mètres

	Moyenne	Extrêmes
Sujets masculins	7,6s	5,0s - 10,0s
Sujets féminins	8,0s	6,0s - 12,0s

DATE	25/06/14	10/07/14	31/07/14	31/07/15
TEMPS REALISE	18,2 sec	15,1 sec	14 sec	11,6 sec
NOMBRE DE PAS	non évalué	25	19	19
CANNE SIMPLE	OUI	OUI	OUI	NON

Annexe 10 : Mesure d'Indépendance Fonctionnelle



Annexe 11 : Score de Rankin

SCORE DE RANKIN

1 : symptômes minimes, activités usuelles possibles

2 : handicap minime, activités de la vie quotidienne non limitées ou très peu mais restriction de certaines activités antérieures

3 : marche, transferts et toilettes sans aide : aide partielle pour d'autres activités (habillage, bain, alimentation...)

4 : Marche et activités de la vie quotidienne impossible sans aide

5 : patient grabataire ou incapable de sortir du fauteuil, nécessité d'une supervision permanente

Annexe 12 : Mouvements fonctionnels du membre supérieur gauche

Mouvement fonctionnel	Le 11/07/2014	Le 30/07/2014
Main-bouche	OUI épuisable avec compensation flexion de tête	OUI sans compensation et non épuisable
Main-tête	NON	OUI
Main-nuque	NON	NON
Main-épaule controlatérale	NON	OUI
Main-fesse	NON	OUI