

**DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES DE L'ILE DE FRANCE**

TRAVAIL ECRIT REALISE EN VUE DU

**DIPLOME D'ETAT DE
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
2009**

**Optimisation de la prise en charge d'un patiente hémiplegique
de 84 ans, présentant une perte d'autonomie importante,
dans l'optique d'un retour à domicile**

EXTRAIT DE MON MEMOIRE

8. DISCUSSION

La majorité des incapacités que présente Mme T. est de l'ordre de troubles du membre inférieur affectant la marche, la posture et les transferts. Une bonne collaboration entre tous les acteurs du projet thérapeutique (médecin, kinésithérapeutes et ergothérapeute) a été indispensable afin d'apprécier le retentissement de ses troubles sur la rééducation et la vie future de la patiente à son domicile. En ce sens, l'ensemble du personnel soignant s'occupant de Mme T. a été sensibilisé à la nécessité de stimuler son autonomie lors des transferts et des déplacements. Cette approche globale, pluridisciplinaire pèse sur l'augmentation de la récupération musculaire et l'indépendance fonctionnelle [8].

Les troubles de la déambulation de Mme T. peuvent être mis en relation avec ses déficits neuromusculaires. Des études montrent que la capacité de marche est corrélée avec la déficience motrice et la force musculaire [1]. Il est donc indispensable d'améliorer ces troubles par le renforcement musculaire des muscles du membre inférieur et cela dans un délais de 3 mois après l'AVC [2]. Il faut néanmoins tenir compte de la fatigabilité de la patiente afin de ne pas créer de tremblement du triceps [3] qui gêne alors le maintien de la position debout et entrave le bon déroulement du travail d'équilibre et de posture.

Il a été démontré que certains facteurs influencent l'efficacité de la prise en charge en rééducation [4] : Ainsi, on constate que le nombre d'heure de pratique en rééducation améliore les performances des patients hémiparétiques. Une étude [5] a conclu qu'un temps de rééducation d'une heure et quart par jour avait pour effet de raccourcir de 14 jours la durée d'hospitalisation comparativement à une prise en charge quotidienne inférieure à une heure. La durée des séances de Mme T. s'avère donc être supérieure (deux heures par jour de kinésithérapie ainsi qu'une heure d'ergothérapie).

Les exercices par « tâches orientées » ont également fait leur preuve [6] : Par exemple, la marche par allègement du poids du corps (associé à un tapis roulant ou à un système type gait trainer) [7]. Cette machine était à notre disposition mais a rarement été utilisée lors des séances, en raison de la difficulté à y installer la patiente et ce, malgré son efficacité reconnue concernant l'automatisation de la marche par répétition de l'exercice et l'amélioration considérablement entre autre de la vitesse et de l'endurance lors de la déambulation.

Un retour à domicile nécessite une préparation prenant en compte les projets de la patiente, l'éventuelle soutien de la famille, la participation des différents intervenants socio-médicaux... La Haute Autorité de la Santé (HAS) dresse des propositions « indispensables et souhaitables » qui visent à préparer le retour dans les meilleures conditions possibles [9] (TAB).

La visite à domicile (VAD) constitue une composante essentielle dans l'organisation du retour à domicile. Elle a été organisée en présence de la patiente afin de l'impliquer elle et sa famille dans le projet de vie. Il a permis de mettre en évidence les adaptations matérielles et architecturales au sein du pavillon de Mme T aboutissant à l'installation de diverses aides . La VAD a pour effet de d'ajuster la rééducation déjà mise en œuvre, en fonction des difficultés perçues lors de la visite, comme par exemple, les transferts assis-debout en position basse.

D'autres facteurs jouent un rôle déterminant sur les possibilités de retour a domicile après une hémiplegie : l'âge élevé ou le fait que Mme T. soit seule à son domicile, constituent des éléments de mauvais pronostic pour son retour [10]. Ils sont souvent liés et influencent le lieu de sortie. Néanmoins, il est important de souligner que son fils habite près de sa mère et pourrait participer activement à son maintien à domicile.

Enfin, il est important d'organiser toutes les modalités qui seront inhérentes a l'organisation de soins à domicile [11].

BIBLIOGRAPHIE

[1] Danziger N., Alamowitch S. Neurologie,
Edition Estem, Paris, 2004, p.208

[2] Brun J., Dhoms G., Henrion G., Codine P., Founau H., Terraza M., *Balance sway in hemiplegic patients : evaluation method and correlative study*
Arch. Phys. Med. Rehabil., 1993 ; 36 ;169-177

[3] Lecorre C., Laborde M., Garibal P., *Prévenir la chute de la personne âgée : une approche pluridisciplinaire*, les formations de l'AP-HP, Lamarre ; 2000, p.37-42

[4] Roques CF., *La prise en charge globale en rééducation améliore-t-elle l'autonomie et la réinsertion de l'hémiplégique ?*
Annales de Réadaptation de Médecine Physique, Elsevier, Paris, 40 :245-54, 1997, p.245-254

[5] Courbon A., Calmels P., Roche F., Ramas J., Fayolle-Minon I., *Relation entre les capacités de marche et les capacités maximales à l'effort, les capacités musculaires et la déficience motrice après hémiplégie vasculaire chez l'adulte*
Annales de Réadaptation de Médecine Physique, Elsevier, Paris, 49 : 2006, p.614-620

[6] Marsal C, *Renforcement musculaire en neurologie centrale*
Kinésithérapie scientifique, déc 2007, n°483, p. 37-42

[7] Colle F., Bonan I. Gellez Leman MC., Bradai N., Yelnik A., *fatigue apres accident vasculaire cerebral*
Annales de Réadaptation de Médecine Physique, Elsevier, Paris, 49 : 2006, p.272-276

[8] Robertson J., Regnaud JP., *L'efficacité des techniques de rééducation chez le sujet hémiplégique est t'elle influencée par des facteurs ?*
Kinésithérapie scientifique, sept 2005, n°458, p.5-11

[9] Slade A., Tennant A., Anne Chamberlain M., *A randomised controlled trial to determine the effect of intensity upon length of stay in a neurological rehabilitation setting*
Journal of rehabilitation medicine 2002;34;260-6.

[10] Regnaud JP., *Les nouvelles approches de la rééducation de la motricité chez le sujet hémiplégique*
Kinéréa, 2003, n°38, p.133-135

[11] Peltier M., *Rééducation de l'hémiplégique quoi de neuf ?*
Kinésithérapie scientifique, juil 2006, n°458, p.7-11

[12] Dosquet P., Xerri B., Rumeau C., *Recommandations professionnelles et évaluation économiques : « Retour au domicile des patients atteints d'accident vasculaire cérébral »*
HAS, Elsevier, Paris, déc 2003

[13] Petrilli S, Durufle A., Nicolas B., Pinel JF., et coll, *Hémiplégie vasculaire et retour à domicile*
Annales de Réadaptation de Médecine Physique, Elsevier, Paris, 45 : 2002, p.69-76

[14] Allamargot TH., *Approche rééducative des patients hémiplégiques à domicile*
Kinésithérapie scientifique, déc 2001, n°417, p. 40-51