



INSTITUT REGIONAL de FORMATION aux METIERS de la
REEDUCATION et READAPTATION des PAYS de la LOIRE
54, rue de la Baugerie
44230 SAINT- SEBASTIEN SUR LOIRE

INTERET DE LA COMMUNICATION NON VERBALE FACE AUX
TROUBLES DE LA COMPREHENSION, REFLEXION A PARTIR DE LA
PRISE EN CHARGE DE MME B.

BENAITEAU Armelle
Année 2010-2011

RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE

Résumé

Mme B, 81ans, présente une aphasie globale avec jargonophasie suite à un AVC (Accident vasculaire cérébral). Chez cette patiente, les troubles de la communication touchent indistinctement l'expression et la compréhension du langage oral et écrit. Face à l'incompréhension des mots, le recours à un mode de communication alternatif est nécessaire pour instaurer la relation soignant-soigné. La communication non verbale, qui fait intervenir entre autres la posture du corps, les mimiques, les guidances, constitue la base de la prise en charge des patients avec des troubles de la compréhension. Les jeux rééducatifs occupent également une place non négligeable du fait de leur simplicité de mise en place. L'utilisation du langage ne doit pas être omise pour autant, les éléments paralinguistiques (intonation, rythme) peuvent en effet être utiles pour rassurer le patient ou pour initier un mouvement.

Mots clefs

- Communication non verbale
- Expression
- Compréhension
- Stratégies rééducatives
- Relation

Sommaire

1	Introduction.....	1
2	Données fondamentales d'Anatomo-physiologie	2
2.1	Neurophysiologie : organisation du cerveau	2
2.2	Qu'est-ce que la communication et comment communique t'on ?	3
3	L'aphasie : conséquence de l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)	4
3.1	Rappel sur l'AVC	4
3.2	Rappel sur l'Aphasie.....	6
4	Prise en charge masso-kinésithérapique dans le cadre d'une aphasie de type Wernicke avec jargonophasie : réflexion sur la base de la prise en charge de Mme B	7
4.1	Présentation de la patiente	7
4.2	Réalisation du bilan	8
4.2.1	Difficultés rencontrées.....	8
4.2.2	Adaptation du bilan neurologique classique de l'hémiplégique.....	9
4.2.3	Objectifs et Principes de prise en charge.....	14
4.3	Les alternatives à la communication verbale mises en place pour la rééducation.....	15
4.3.1	Approche du patient : l'importance de créer une relation de confiance	15
4.3.2	Guidances gestuelles et tactiles	16
4.3.3	Place du jeu et de l'imitation dans la rééducation	20
4.4	Communication de tous les acteurs qui gravitent auprès du patient.....	22
4.4.1	Prise en charge inter-disciplinaire	22
4.4.2	Intégration de l'entourage dans le projet de soin.....	23
5	Discussion.....	25
6	Conclusion	26

1 Introduction

Le langage, qu'il soit verbal ou écrit, constitue un formidable outil de communication. Il nous permet d'interagir avec notre environnement et avec les personnes qui nous entourent. Cependant lorsque celui-ci est soudainement altéré, comme c'est le cas chez les aphasiques, cette interaction est rendue plus difficile. La personne se retrouve dans un monde qu'elle ne comprend plus et avec lequel elle peut difficilement interagir. Comme le disait Wittgenstein Ludwig, « Les limites de mon langage signifient les limites de mon propre monde. ». L'atteinte de la compréhension et de l'expression verbale, que l'on retrouve dans les aphasies dites de Wernicke, provoque une difficulté dans la mise en place des relations aux autres. Or ces liens sont indispensables à l'homme pour exister au sein de la société. Les difficultés d'interaction avec l'environnement peuvent à terme aboutir à un isolement social, il est donc primordial de surmonter la barrière du langage pour maintenir un lien avec ces personnes.

La réflexion sur la prise en charge des patients aphasiques, avec communication et compréhension verbales altérées, a été amorcée lors d'un stage réalisé en Soins de Suite au CH de Cholet du 6 septembre au 15 octobre 2010. Cette réflexion a pour base la prise en charge de Mme B, 81 ans, présentant une aphasie globale avec jargonophilie suite à un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) hémorragique. Face à cette barrière de la compréhension du langage, nombreuses furent mes interrogations et mes remises en question, comment communiquer lorsque les mots n'ont plus aucun sens pour le patient ? Quelles alternatives à la communication verbale peuvent être proposées et mises en place pour surmonter cette non compréhension des mots ?

Après quelques rappels sur l'anatomo-physiologie et sur l'aphasie, nous aborderons la place de la communication non verbale dans la rééducation lorsque le mot n'a plus de sens. Cette réflexion n'a pas la prétention de décrire de manière exhaustive toutes les techniques utilisables dans de telles circonstances mais a pour objectif de nous amener à nous interroger sur le rôle que nous avons à jouer dans l'évolution de ces patients. Au-delà des objectifs classiques retrouvés dans toute rééducation, ici importe la manière de procéder et les moyens que nous allons pouvoir mettre en œuvre.

2 Données fondamentales d'Anatomo-physiologie

La connaissance de l'anatomo-physiologie du cerveau sain constitue la base de notre démarche. En effet, ce n'est qu'en comprenant l'organisation cérébrale que nous pourrions appréhender les conséquences de la pathologie sur celui-ci. Les rappels qui suivent ont pour but de resituer les bases anatomo-physiologiques du cerveau et de la communication.

2.1 Neurophysiologie : organisation du cerveau

Le cerveau humain est constitué de deux hémisphères réunis par le corps calleux. Ce dernier contient des fibres transversales inter-commissurales qui permettent une communication inter-hémisphérique.

Chaque hémisphère cérébral est divisé en lobes qui ont chacun leur fonction propre :

- Lobes frontaux : sont le siège de la pensée, de la volonté, de la planification, du sens moral et de la motricité volontaire.
- Lobes pariétaux : assurent la perception, la reconnaissance et l'interprétation des informations sensibles profondes et superficielles.
- Lobes temporaux : assurent la perception, la reconnaissance et l'interprétation des sons purs ou complexes (musique, parole...)
- Lobes occipitaux : assurent la perception visuelle, la reconnaissance et l'interprétation des images.

Bien que la répartition en lobes soit identique au niveau des deux hémisphères, certaines fonctions prédominent d'un côté ou de l'autre. Classiquement, l'action de l'hémisphère gauche domine dans les activités logiques, le calcul et le langage alors que l'hémisphère droit voit son rôle majoré dans les habilités spatiales, la reconnaissance des visages et pour la musique (1).

De façon majoritaire, les aires impliquées dans la compréhension et dans l'expression du langage oral ou écrit sont situées dans l'hémisphère gauche du cerveau. Deux aires du langage sont classiquement décrites, l'aire de Broca et l'aire de Wernicke qui sont reliées par un important faisceau de fibres nerveuses appelé faisceau arqué (Figure 1).

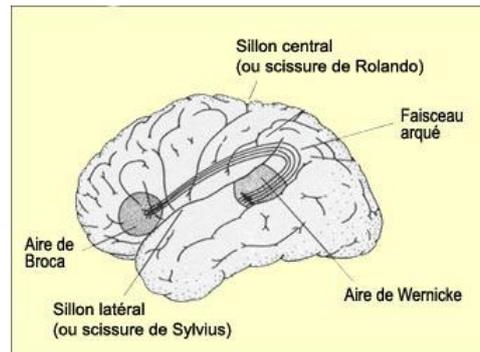


Figure 1: Aires cérébrales impliquées dans le langage.

L'aire de Broca située dans le lobe frontal est impliquée dans la production du langage. L'aire de Wernicke, qui est quant à elle située dans la partie supéro-postérieur du lobe temporal, intervient dans la compréhension du langage parlé et écrit. (2)

2.2 Qu'est-ce que la communication et comment communique t'on ?

La communication permet de mettre en relation, de créer un lien entre des lieux ou des personnes. Dans le cadre de la communication interpersonnelle, elle permet de transmettre un message ou une information entre un émetteur et au minimum un récepteur. La transmission et surtout la compréhension de l'information sont dépendantes de nombreux facteurs dont :

- L'attention du récepteur : primordiale pour assurer une bonne compréhension de la globalité du message.
- L'environnement : un environnement bruyant et/ou agité peut potentiellement perturber la transmission et la relation.
- L'utilisation d'un code de communication commun : qu'il soit verbal ou non, le moyen choisi doit être maîtrisé par l'ensemble des protagonistes pour éviter tout risque de confusion ou de quiproquos

Contrairement à ce que l'on peut penser, communiquer n'implique pas obligatoirement le langage verbal. En effet, 85% (3) de la communication passe par un autre canal que le langage, il s'agit de la communication non verbale. Cette dernière permet d'envoyer et de recevoir des informations sans passer par la parole au moyen d'expressions du visage, de postures, de gestes, de sons divers (4) etc...

L'utilisation du langage oral est indissociable de la communication non verbale. En effet au-delà du sens du message transmis les éléments paralinguistiques tels que le rythme, l'intonation ou encore le volume de la voix donnent des informations supplémentaires à l'interlocuteur (5).

Communiquer n'est pas seulement échanger verbalement, c'est aussi vérifier la bonne réception : l'écoute des éventuelles remarques ou questions de notre interlocuteur peut nous permettre de rectifier l'information. L'observation de ses réactions peut nous faire supposer que le message a été compris (acquiescement de tête) ou au contraire de supposer un manque de clarté de nos propos (froncement de sourcils, négations de la tête, air dubitatif).

Spontanément, le langage verbal et non verbal cohabitent et facilitent la compréhension de nos conversations. La gestuelle que nous utilisons peut illustrer nos propos ou au contraire y apporter des informations complémentaires (6) . La communication qu'elle soit orale, écrite ou gestuelle a pour but d'exprimer nos besoins, désirs, émotions, opinions, etc... Elle permet de mettre en relation les individus et tisse des liens sociaux (7).

Lorsque l'expression et la compréhension verbales sont atteintes toute forme de communication n'est pas bannie. Une autre approche est nécessaire pour communiquer de façon efficace avec la personne. La part non verbale de la communication nous paraît moins naturelle mais elle est indispensable pour créer un lien.

3 L'aphasie : conséquence de l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)

Les étiologies de l'AVC sont nombreuses : vasculaires, post-traumatiques, secondaire aux pathologies dégénératives (8), etc...L'AVC représente la cause la plus fréquente d'aphasie. Les rappels ci-après sur l'AVC et l'aphasie sont nécessaires pour comprendre les répercussions en rééducation.

3.1 Rappel sur l'AVC

L'AVC touche 100 000 à 150 000 personnes en France (9) chaque année. Avec environ 40 000 décès annuel (10), il représente la troisième cause de mortalité et est aussi la première cause de handicap acquis de l'adulte (11).

On distingue classiquement les formes ischémiques, liées à l'obstruction d'une artère cérébrale, et celles hémorragiques secondaires à la rupture d'un des vaisseaux du cerveau. Dans le premier cas les cellules nerveuses cérébrales dégènèrent en lien avec un manque d'oxygène : c'est l'infarctus cérébral. Dans le cas de l'accident hémorragique, c'est l'hématome qui par compression est responsable de la destruction des cellules nerveuses. La sévérité de l'AVC dépend de l'étendue des lésions. Les symptômes sont quant à eux en lien avec la fonction des zones cérébrales atteintes, on peut ainsi observer : une faiblesse musculaire, une paralysie, une perte de sensibilité, une difficulté de langage, des troubles visuels. Ces symptômes pouvant être isolés ou associés (12).

L'hospitalisation d'urgence est indispensable dès la suspicion d'un accident vasculaire afin de mettre en place au plus vite les traitements adaptés. Ces derniers diffèrent suivant l'origine mais l'objectif est de limiter voire de diminuer l'étendue des lésions pour favoriser une récupération avec le moins de séquelles possibles. La régression du diaschisis ainsi que la réorganisation neuronale (13) permettent une récupération partielle voire totale des différentes fonctions touchées. Malgré ces mécanismes de récupération spontanée, chaque année 60 000 patients conservent des séquelles à vie.

Devant l'importance de cette pathologie et en vue de limiter ses conséquences, le gouvernement a fait de cette thématique une priorité nationale de santé publique. Dans cette optique le plan d'action national 2010-2014 (14) vise à augmenter la prévention et à améliorer la prise en charge des patients. Le dépistage et la maîtrise des facteurs de risque sont indispensables pour lutter contre cette pathologie méconnue du grand public. Le traitement de l'hypertension artérielle (HTA) principal facteur de risque d'AVC, le contrôle du diabète et de l'hypercholestérolémie, la promotion de mesures hygiéno-diététiques (arrêt du tabac, activité physique et nutrition) sont autant d'actions proposées dans ce plan pour lutter contre l'apparition des AVC. De plus, ce plan d'action préconise une sensibilisation de la population sur les signes avant coureurs et sur les symptômes afin qu'une prise en charge rapide soit réalisée dès leur apparition.

En luttant d'une part contre les facteurs de risque et d'autre part en mettant en place une prise en charge rapide et efficace l'objectif est double : limiter le nombre d'AVC dans une population vieillissante où le risque est croissant et limiter l'importance des séquelles et des invalidités.

Au-delà des enjeux de santé, des enjeux financiers sont aussi présents. L'AVC et ses conséquences coûtent chaque année environ 8,4 milliards d'euros. La prévention et la prise en charge précoce ont à terme pour but si ce n'est de diminuer au moins d'éviter l'augmentation de ce coût annuel.

3.2 Rappel sur l'Aphasie

Le terme aphasie provient du grec « phasis » signifiant « parole » auquel est associé le préfixe privatif « a », étymologiquement aphasie signifie donc « sans parole ». D'un point de vue médical cette pathologie est définie de façon moins restrictive et plus complexe. L'aphasie (15) désigne la perte partielle ou totale de la faculté à s'exprimer et à comprendre le langage, qu'il soit parlé ou écrit. Elle respecte l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes de la phonation (langue, larynx) et n'a pas de lien avec une atteinte d'origine sensorielle (audition et/ou vue). L'aphasie est la conséquence de l'atteinte des aires du langage ou des connexions de ces aires par des mécanismes divers: AVC, traumatisme crânien, pathologie dégénérative type Alzheimer, etc.... Les aphasies dites de Broca et de Wernicke ont été décrites à partir des symptômes observés, elles correspondent aux zones encéphaliques du même nom. Aujourd'hui cette corrélation anatomo-clinique est remise en question par l'imagerie fonctionnelle. Malgré cela, ces termes restent toujours utilisés de façon à identifier les symptômes, tout en se rappelant que les atteintes cérébrales ne correspondent pas strictement aux aires initialement décrites.

L'aphasie de Broca (16) aussi appelée aphasie non fluente fut la première à être décrite par Paul Broca en 1861. Celle-ci se caractérise par une réduction du langage voire parfois par un mutisme. Lorsqu'il n'est pas mutique, le patient éprouve des difficultés à communiquer oralement, son débit de parole est diminué, la qualité du langage est altérée par une articulation parfois difficile. La compréhension est le plus souvent conservée et le patient a conscience de ses troubles ce qui rend cette pathologie invalidante et difficile moralement.

L'aphasie de Wernicke ou aphasie fluente s'oppose à l'aphasie de Broca décrite précédemment. En effet, celle-ci se traduit par un langage spontané abondant mais souvent incompréhensible. Le débit de parole est souvent accéléré (logorrhée), la qualité du langage est altérée par la déformation des mots (paraphasies) allant parfois jusqu'à un véritable jargon, on parle alors de jargonophasie. La compréhension est souvent altérée ce qui rend la communication verbale difficilement utilisable. Le patient n'est pas conscient de ses troubles (anosognosie) ce qui rend difficile la canalisation de son discours.

4 Prise en charge masso-kinésithérapique dans le cadre d'une aphasie de type Wernicke avec jargonophasie : réflexion sur la base de la prise en charge de Mme B

4.1 Présentation de la patiente

- Histoire de la maladie = Motif d'hospitalisation

Mme B, âgée de 81 ans, a été hospitalisée le 14 juillet 2010 pour apparition brutale d'une hémiparésie droite et d'une aphasie globale. Un hématome intracérébral hémisphérique gauche d'origine hypertensive (antécédent d'hypertension artérielle non traitée) est retrouvé lors des examens réalisés. Lors de l'hospitalisation, l'évolution clinique a été favorable sur le plan de la vigilance et du langage, Mme B est passée du mutisme au jargon. Sur le plan moteur, il a été noté une récupération de l'ensemble du côté droit. Celle-ci reste cependant incomplète à sa sortie de l'hôpital. La patiente est transférée en soins de suite le 2 septembre 2010, la prise en charge en rééducation débute le 6 septembre.

- Mode de vie

Mme B est retraitée et vit avec son mari dans un appartement au 3^{ème} étage avec ascenseur. Avant la survenue de l'AVC, le couple bénéficiait d'une aide ménagère à raison de trois heures par semaine et d'un passage cinq jours sur sept pour l'aide à la préparation des repas. Son mari s'occupait des courses, de la maison et du suivi du traitement médical de sa femme. Cette dernière ne sortait jamais seule.

- Attentes de la patiente et de l'entourage

L'interrogatoire de la patiente s'est avéré difficile en raison de ses troubles de compréhension. C'est donc vers son entourage et plus particulièrement vers son mari que l'équipe soignante s'est tournée pour aborder la question de son avenir. De prime abord, il apparaît que Mr B souhaite retrouver sa femme à domicile. Nous verrons par la suite, que l'acceptation des troubles liés à l'AVC et de leurs conséquences est un processus long. Il faut impérativement rester attentif aux éventuelles évolutions et récupérations de façon à respecter au mieux les souhaits du patient et/ou de son entourage lorsque ce dernier ne peut s'exprimer.

4.2 Réalisation du bilan

4.2.1 Difficultés rencontrées

Le bilan de Mme B est réalisé le jour suivant son entrée en soins de suite, le problème de communication s'est immédiatement imposé. En effet, la barrière de la communication verbale, chez cette patiente atteinte d'aphasie de type Wernicke avec jargon, pose problème à la réalisation de toutes les évaluations. Cependant comme nous l'avons vu précédemment la communication ne passe pas seulement par le langage, une adaptation du bilan classique de l'hémiplégique est donc possible.

Malgré toutes les alternatives au langage verbal que nous pouvons mettre en place, il subsiste des situations où la compréhension des mots est quasiment irremplaçable. En effet le simple fait de se présenter en tant que masseur-kinésithérapeute, d'expliquer notre rôle, est primordial pour instaurer une relation de confiance avec le patient. Cependant ces actions sont difficilement réalisables sans les mots et surtout sans leur compréhension.

Les adaptations du bilan de l'hémiplégique classique posent le problème de l'objectivité et de la reproductibilité des examens. Or nous savons l'importance d'être le plus objectif possible afin de quantifier l'évolution d'un patient au cours du temps. Face à cette difficulté de compréhension liée à l'aphasie, les adaptations proposées restent subjectives pour un certain nombre de critères. Il convient d'en être conscient pour ne pas avoir des résultats erronés. Pour y faire face, il convient d'évaluer tout changement négatif ou positif plusieurs fois, sur plusieurs jours si possible afin de le confirmer ou de l'infirmer. Face à cette subjectivité et en vue d'une reproductibilité la plus fiable possible il est préférable de conserver le même examinateur lors des différentes évaluations. Cette règle qui est souvent préconisée est ici d'autant plus recommandée du fait de l'aphasie.

4.2.2 Adaptation du bilan neurologique classique de l'hémiplégique

Le bilan standard utilisé en neurologie chez l'hémiplégique est ici non utilisable pour de nombreuses évaluations. L'adaptation du bilan qui est toujours de rigueur dans ce type de pathologie est d'autant plus marquée face à l'absence de compréhension. Le simple fait d'évaluer une douleur ou encore de côter les différents groupes musculaires nous mettent face à une difficulté à laquelle nous sommes rarement confrontés : évaluer sans pouvoir donner de consignes orales. C'est dans un tel contexte que les guidances et techniques non verbales revêtent toute leur importance.

Les techniques d'évaluation décrites et les facilitations proposées sont extraites de mon expérience personnelle avec cette patiente. L'adaptation au patient s'est avérée indispensable en raison d'écrits kinésithérapiques non développés sur ce sujet.

- Evaluation Algique

L'évaluation directe de la douleur par l'utilisation d'une échelle numérique (EN) ou d'une échelle visuelle analogique (EVA) est ici impossible du fait de la non compréhension des consignes par la patiente. La douleur est donc évaluée en se basant sur des échelles comportementales telles que l'échelle DOLOPLUS ou l'échelle ECPA (Évaluation Comportementale de la Douleur chez la Personne âgée) comme le préconisait déjà l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) en 2002 (17) (Annexe 1).

Ce type d'échelle basée sur le changement de comportement du patient peut nous permettre de déceler une modification du niveau algique et ainsi d'adapter la couverture antalgique en fonction des soins prodigués. L'échelle ECPA, basée sur des observations avant et pendant le soin, permet d'évaluer les éventuelles douleurs induites par celui-ci. L'échelle DOLOPLUS quant à elle nécessite souvent l'intervention de toute l'équipe soignante car les critères retenus concernent divers domaines (somatique, psychomoteur et psychosocial). Cette échelle a cependant ses limites car elle se réfère à l'attitude du patient lors des jours précédents, hors celle-ci n'est pas connue en début d'hospitalisation.

Chez Mme B on surveille particulièrement les expressions du visage ainsi que les réactions corporelles afin d'évaluer la douleur induite par les techniques de rééducation. L'apparition soudaine de grimaces ou un geste brusque de retrait lors d'une mobilisation doivent nous interpeller sur la présence d'une éventuelle douleur induite. L'analyse de la situation nociceptive est primordiale devant une patiente qui est incapable d'en formuler l'origine et la localisation précise. Certains comportements nous aident parfois, chez Mme B on observe après un certain temps de verticalisation que celle-ci se frotte les genoux révélant sans doute des douleurs liées à une autre pathologie. Il n'est cependant pas toujours aussi aisé de déterminer la cause de la nociception, l'apparition de pleurs chez la patiente était fréquente en début de rééducation et ceci en l'absence de stimuli nociceptifs apparents. La dépression étant fréquente en pathologie neurologique il est difficile de faire la part des choses.

- Evaluation Articulaire

L'évaluation des amplitudes articulaires est précédée d'un examen visuel et palpatoire à la recherche de troubles cutanés et trophiques (rougeur, chaleur locale, sudation, etc...). Leur éventuelle présence doit nous inciter à la prudence lors des manœuvres de mobilisation articulaire.

L'évaluation des déficits articulaires a été réalisée au lit de la patiente par une mobilisation passive du côté hémiplégique en comparaison avec le côté sain. Les mobilisations réalisées sont lentes afin d'éviter tout déclenchement d'un réflexe d'étirement qui révélerait la présence de spasticité. Cette évaluation reste classique et ne nécessite aucune adaptation en lien avec l'aphasie.

La spasticité est définie, par LANCE en 1980, comme un trouble moteur caractérisé par une augmentation vitesse dépendante du réflexe tonique d'étirement. Plusieurs échelles validées permettent d'évaluer cette spasticité, l'échelle d'Held et Tardieu et les échelles d'Ashworth. L'utilisation de l'une ou l'autre de ces échelles n'est pas ici remise en question, car aucune action volontaire n'est demandée au patient. Cependant les cotations trouvées doivent être considérées avec prudence. En effet, du fait de la non compréhension de la patiente nous sommes dans l'incapacité d'affirmer qu'aucune résistance volontaire ou de défense n'a été réalisée lors de ce test, ce qui le cas échéant fausserait les résultats.

L'évolution de la spasticité doit être surveillée car son apparition ou son aggravation peut provoquer une gêne pour le patient (diminution du confort) et perturber la fonction motrice. De plus, toute augmentation rapide de la spasticité doit faire rechercher un facteur favorisant (infection urinaire, escarre, phlébite...). La spasticité étant dépendante de plusieurs facteurs tels que la position du corps, le moment de la journée ou encore la température il est donc conseillé de la tester dans les mêmes conditions afin d'augmenter la reproductibilité (18).

- Evaluation Motrice

L'évaluation musculaire utilisant l'échelle décrite par Held et Pierrot-Deseilligny (Annexe 2) n'est pas possible avec Mme B du fait des troubles de la compréhension. En effet les ordres simples ne sont pas compris, les mouvements réalisés sur imitation sont peu nombreux (flexion / extension du coude) et l'addition d'une résistance au mouvement bloque celui-ci, la patiente l'interprétant sans doute comme une erreur de réalisation de l'exercice.

L'évaluation des capacités motrices a pu être réalisée en prenant pour base la mobilisation activo/passive. Lors de l'évaluation articulaire faite au préalable il a été noté qu'après plusieurs mouvements allers-retours passifs Mme B accompagne le mouvement et peut même parfois le réaliser seule (triple flexion de hanche). C'est donc sur cette base qu'a pu être réalisée l'évaluation motrice. Même si celle-ci ne reflète pas les réelles capacités musculaires de la patiente, elle nous permet d'appréhender les mouvements présents et ceux qui sont absents.

Les autres évaluations possibles recommandées en 2002 par l'ANAES telles que l'index moteur de Demeurisse, le bilan moteur de Toulouse ou encore le Fugel-Meyer Test semblent plus compliquées d'application chez Mme B., chez laquelle les consignes verbales ne sont pas comprises. De plus étant plus complets ils sont plus chronophages et d'autant plus difficiles à mettre en œuvre chez une patiente déjà fatigable. Il est donc préférable de choisir un test plus simple, d'une part pour respecter la fatigabilité de la personne et d'autre part dans le but d'avoir une reproductibilité la plus satisfaisante possible, dans un contexte où les capacités réelles ne peuvent être évaluées de façon objective.

Chez Mme B. cet examen a permis de mettre en évidence une récupération de l'ensemble des groupes musculaires à l'exception des rotateurs latéraux de l'épaule droite. Même si aucune cotation objective n'a pu être mise pour chacun de ces groupes musculaires, la mise en évidence d'un début de récupération est indéniable en comparaison avec le bilan réalisé en phase aiguë qui révélait une paralysie totale de l'hémicorps droit. La difficulté réside dans l'évaluation de l'évolution de cette récupération au cours du séjour en soins de suite en ayant pour base un bilan moteur ne révélant que vaguement les capacités motrices présentes.

- Evaluation Sensitive

L'évaluation sensitive classique par le test du piqué/touché est ici non réalisable du fait de l'absence de compréhension des consignes à laquelle est surajoutée l'incapacité de formulation des réponses « piqué » ou « touché » attendues par l'examineur. L'évaluation de la sensibilité superficielle selon un protocole standardisé n'est donc ici pas envisageable. Cependant il est important de savoir, même de façon vague, si cette sensibilité est présente ou non, pour prévenir notamment les risques d'escarres liés à l'alitement et à l'installation prolongée au fauteuil. C'est dans cette optique qu'à été réalisé chez Mme B un test similaire au piqué-touché mais en se basant sur les réactions de la patiente au stimulus « piqué » ou « pincé » à la place des réponses verbales habituellement utilisées. Le test préalable sur le côté sain du corps est nécessaire pour savoir si le stimulus utilisé déclenche une réaction sur une zone non atteinte. Une grimace, un geste de retrait ou toute autre attitude pouvant évoquer une réaction à un stimulus douloureux est considéré comme révélant la présence d'une sensibilité à la douleur sur la zone testée.

Au terme de cet examen chez Mme B, il est impossible d'objectiver un trouble sensitif cutané. Cette technique est intéressante notamment pour rechercher une absence de sensibilité douloureuse au niveau des zones escarrifiables (sacrum, talons, grands trochanters, occiput, etc....) dans le but de prévenir leur apparition. La surveillance et la prévention restent primordiales dans de telles circonstances.

L'évaluation de la sensibilité profonde en utilisant la méthode du miroir, le patient devant reproduire du côté sain la même position que le membre hémiplegique, n'a pu être réalisé en raison de la non compréhension de la patiente.

- Evaluation Fonctionnelle

L'évaluation fonctionnelle a pour but de faire ressortir les capacités et incapacités du patient, elle cherche à mettre en évidence les conséquences de l'AVC sur les habitudes de vie de la personne. L'évaluation des transferts, de la posture, de l'équilibre statique et dynamique peuvent être combinées afin d'avoir une vision globale des capacités du patient.

L'évaluation des postures assise et debout chez un patient présentant des troubles de la compréhension ne diffère que légèrement de l'évaluation classique. L'équilibre statique et l'équilibre réaction peuvent ainsi être testés sans adaptation. Seule l'incompréhension de la patiente face aux poussées déstabilisantes peut poser problème car le but de l'évaluation ne sera pas compris. En ce qui concerne l'évaluation de l'équilibre action, les déstabilisations intrinsèques pourront être réalisées par l'intermédiaire de la manipulation d'objets.

L'évaluation des transferts diffère de l'examen classique du fait que nous ne pouvons pas utiliser de consignes verbales. La réalisation des transferts devra donc être incitée par des guidances ou bien sur imitation.

De nombreuses échelles d'évaluation fonctionnelles existent parmi lesquelles l'indice de Barthel et la Mesure d'Indépendance fonctionnelle (MIF). Ces dernières font parties des plus connues et des plus utilisées en pratique courante. Face à des patients atteints de troubles du langage comme c'est le cas de Mme B., la MIF semble plus intéressante car elle permet d'évaluer l'évolution des fonctions cognitives à travers différents items faisant notamment intervenir la compréhension, l'expression, la mémoire (Annexe 3).

- Evaluation des Fonctions Supérieures

Cette évaluation est plus ou moins l'exclusivité des neuropsychologues et orthophonistes qui vont évaluer les différentes fonctions cognitives : communication, attention, orientation, perception, mémoire, raisonnement, jugement, praxies. Même si nous ne participons pas à cette évaluation, les conclusions nous sont indispensables pour mettre en place une stratégie rééducative adaptée. En effet, l'approche d'un patient mutique mais dont la compréhension orale est intacte sera totalement différente d'un patient présentant une logorrhée mais dont la compréhension orale est absente. De plus, nous devons connaître quelle est la perception de l'environnement par le patient pour adapter notre positionnement.

Au terme de cet examen, il a été noté chez Mme B. la présence d'une aphasie globale avec jargonophasie et absence de compréhension verbale. De plus la patiente présente des troubles gnosiques importants ainsi qu'une hémiparésie droite difficile à évaluer en raison des troubles de compréhension.

4.2.3 Objectifs et Principes de prise en charge

La prise en charge de Mme B a pour but de limiter les conséquences de l'AVC. Cependant il convient de tenir compte de l'âge de la patiente (81ans) et de ses capacités antérieures. La rééducation dans un contexte gériatrique a pour objectif principal de redonner un maximum de fonction (19) afin de limiter la dépendance de la personne. De plus, la patiente ayant une récupération motrice favorable et en tenant compte de son aphasie, il est préférable de réaliser un maximum d'exercices fonctionnels qui seront plus facilement compréhensibles, que des exercices analytiques dont la finalité sera plus difficilement perçue. Ainsi, notre prise en charge sera majoritairement tournée vers le travail des différents transferts, de l'équilibre et de la marche.

Face aux nombreuses conséquences de l'AVC (aphasie, hémiparésie...) et en tenant également compte des déficiences antérieures, certains principes ont été respectés afin de mettre Mme B. dans les meilleures conditions possibles pour sa rééducation:

- Respect de la fatigabilité
- Mise en place des lunettes : pour favoriser la communication non verbale par gestes.
- Port des appareils auditifs : afin d'utiliser des stimuli sonores et pour favoriser la compréhension de mots simples.
- Séance réalisée dans un environnement adapté : éviter toutes les sources potentiellement fatigantes (nuisances sonores) ou perturbantes (agitation, présence de plusieurs patients).
- Favoriser la communication non verbale pour palier à l'aphasie.
- Tenir compte de l'héminégligence lors de la réalisation des guidances

4.3 Les alternatives à la communication verbale mises en place pour la rééducation

Comme les techniques d'évaluation, les techniques de rééducation ont dû être adaptées en raison des troubles de compréhension de la patiente. Comme nous l'avons déjà abordé dans les rappels anatomo-physiologiques, la communication n'est pas seulement verbale mais repose en grande partie sur le langage non verbal. C'est sur la base de l'existence de cette communication gestuelle qu'ont été utilisées les différentes approches et techniques décrites ci-après. Le langage oral n'a pas été écarté de la rééducation pour autant mais nous nous sommes efforcés de l'utiliser avec parcimonie et en suivant l'évolution de Mme B à ce niveau.

4.3.1 Approche du patient : l'importance de créer une relation de confiance

L'instauration d'un climat de confiance entre le patient et le thérapeute est nécessaire pour assurer le bon déroulement de la rééducation. Cependant, cette relation n'est pas spontanée, nous devons nous efforcer de la mettre progressivement en place au fur et à mesure des séances. C'est en cela que l'approche du patient, et notamment notre premier contact avec lui, conditionne l'installation de ce lien.

L'approche d'un patient communicant, ou tout au moins comprenant le langage oral, est facilitée car notre statut de rééducateur est reconnu, ce qui justifie nos actions. De plus, l'explication systématique des objectifs recherchés lors des exercices augmentera d'autant plus cette compréhension et l'adhésion aux soins.

Chez le patient présentant des troubles de la compréhension verbale, comme c'est le cas pour Mme B, cette approche classique visant à nous présenter et à expliquer les différentes techniques semble illusoire. En effet, le simple fait de se présenter n'est pas compris et ne facilite pas la compréhension de nos actions futures. Même s'il est toujours utile de rappeler notre profession à la patiente, la mise en place de la relation de confiance par le biais de la parole et des différentes explications ne peut ici être envisagée. Une approche utilisant la communication non verbale est ici intéressante pour favoriser la mise en place de cette relation. En définitive, seule sa confiance dans le thérapeute permet l'efficacité des guidances et l'adhésion aux techniques utilisées.

Cette approche majoritairement non verbale s'appuie notamment sur la position du corps et sur nos mimiques. Face aux troubles d'expression et de compréhension présents chez Mme B, il est indispensable de s'assurer de son attention lors de la transmission d'informations. Le fait de se placer face au regard (20) nous assure que la patiente perçoit bien les informations. De plus, il convient de créer un contact proche d'autant plus que la communication verbale n'est pas efficace. Le fait de nous agenouiller et de capter le regard permet d'instaurer une relation plus égalitaire et plus propice à l'instauration d'un climat de confiance. Nous éviterons les attitudes debout face à la patiente assise, car elles induisent une notion de dominance du soignant, ce qui ne facilite pas la mise en place de ce lien.

Chez la personne âgée, il a été noté que le toucher occupe une place non négligeable. Le simple fait de lui prendre la main permet de renforcer la mise en place de ce lien en augmentant la sensation de sécurité, de confiance et en diminuant l'anxiété (21). Notre posture mais également nos expressions du visage renvoient à la personne une vision qui peut être négative ou positive. Ainsi nous devons faire attention à nos mimiques d'autant plus chez les personnes à la compréhension verbale déficitaire qui seront à l'affût de la moindre de nos réactions. Une attitude posée, calme, faisant ressortir empathie et disponibilité pour le patient sera bénéfique pour l'instauration d'un climat propice à la rééducation.

4.3.2 Guidances gestuelles et tactiles

Malgré l'absence de compréhension du langage oral, celui-ci ne sera pas pour autant banni de la rééducation. En effet même si la compréhension est absente, l'intonation des mots et des phrases sera interprétée de façon adaptée par la patiente, ce qui le cas échéant pourra faciliter la réalisation des techniques rééducatives.

Comme nous l'avons précédemment vu dans le bilan de Mme B, la réalisation de gestes sur imitation fonctionne sur certains mouvements, dont le nombre est cependant trop limité pour que cette méthode soit transposable à la rééducation. L'entretien musculaire au lit peut être réalisé par une incitation au mouvement en accompagnant celui-ci. Cette méthode trouve vite ses limites du fait que nous ne pouvons pas ajouter de résistance en raison de la non compréhension des consignes verbales. Face à cette difficulté et en raison de la récupération motrice globale, nous avons privilégié une rééducation plus fonctionnelle basée sur le travail des transferts et de la marche.

Il convient tout d'abord de définir quels sont les transferts nécessitant de l'aide et plus encore de déterminer l'importance de l'aide à apporter. En effet, en fonction des situations rencontrées notre intervention changera du tout au tout, allant de la simple consigne donnée au patient jusqu'à la réalisation passive du transfert. Différents cas de figures peuvent ainsi se présenter à nous, les principaux étant :

- Le patient est autonome : aucune aide n'est nécessaire, la transmission d'une consigne adaptée suffit à la réalisation du transfert seul et de façon sécurisée.
- Le patient est en incapacité de réaliser le transfert seul, soit en rapport avec une perte des automatismes (il ne sait plus comment faire) soit en rapport avec des déficiences motrices : des guidances verbales et/ou tactiles peuvent alors aider le patient lors du transfert.
- Le patient peut également se retrouver en incapacité totale de réaliser le transfert dans ce cas on ne parlera plus de guidances car le transfert sera réalisé passivement.

La connaissance des capacités du patient est indispensable afin de proposer des guidances adaptées aux besoins réels du patient. Il est en effet inutile de fournir une aide dont le patient n'a pas besoin. Cette aide est inutile et semble d'autant plus absurde qu'elle va à l'encontre de notre objectif de promotion de l'autonomie. Il est donc primordial d'aider le juste nécessaire et de laisser faire au maximum le patient par ses propres moyens. Ceci implique de notre part une évaluation en continu des capacités du patient afin d'adapter nos techniques aux progrès réalisés.

Différents types de guidances ont été utilisées qu'elles soient tactiles, gestuelles, parfois auditives. Ces aides sont personnalisées et ne peuvent être transposées à tous les patients atteints d'aphasie de compréhension. Seules les guidances qui se sont révélées pertinentes chez cette patiente seront décrites.

La première difficulté que nous rencontrons dans ce type de prise en charge concerne la transmission de notre consigne. En effet il est ici impossible de dire à la patiente de venir s'asseoir au fauteuil, il nous faut donc passer par un autre mode de communication que la parole. Il a été noté chez Mme B que le fait de montrer le fauteuil en tapotant l'assise permettait d'obtenir son attention et la compréhension du transfert à réaliser. Le fait d'ajouter différents stimuli, ici visuel (mouvement alternatif de la main sur l'assise) et auditif, augmente potentiellement l'attention de la patiente et donc directement sa compréhension. Il est donc nécessaire avant la réalisation de ce type de guidances de s'assurer que les appareils auditifs et visuels ont été mis en place sans quoi les stimuli seront mal ou non perçus.

Dans le cadre de la guidance, la compréhension du transfert à réaliser est une condition favorable mais pas toujours suffisante pour sa réalisation. En effet le fait de comprendre que vous devez vous asseoir au fauteuil ne veut pas automatiquement dire que vous savez comment vous y prendre. La perte des automatismes est fréquente chez la personne âgée d'autant plus si on y ajoute une période d'alitement prolongé. C'est dans un tel contexte que les guidances tactiles prennent toute leur importance. Celles-ci doivent se substituer au sens des mots et induire la succession des mouvements nécessaires à la réalisation du transfert. Nous prendrons ici l'exemple du transfert assis-debout réalisé en vue de l'installation au fauteuil.

Chez Mme B le fait de montrer le fauteuil provoque une ébauche de mouvement montrant qu'elle souhaite se mettre debout. Bien que le passage par la position debout ne soit pas la seule solution pour le transfert assis-lit / assis-fauteuil nous privilégierons la façon de faire de la patiente. De plus la réalisation de ce transfert est indispensable avant l'initiation de la marche.

A l'initiation du transfert, la patiente est assise sur le lit, les pieds au sol pour augmenter sa stabilité. La première étape nécessaire pour se mettre debout consiste à avancer les fesses pour les placer près du bord du lit, cette étape est normalement réalisée de façon automatique mais son absence ici nous révèle une perte des automatismes chez Mme B. La marche fessière peut être guidée voire réalisée en totalité si nécessaire afin d'obtenir une position correcte pour la réalisation du transfert. Suivant le principe déjà énoncé de donner l'aide juste nécessaire, nous nous sommes donc tournés en premier lieu vers des guidances tactiles. Elles sont réalisées de façon alternative au niveau des ischions pour induire un mouvement de

marche fessière permettant l'avancée du tronc vers le bord du lit (Figure 2). Ce type de guidance s'étant révélé efficace chez Mme B nous les avons donc adoptées et diminuées au fur et à mesure de la rééducation. Avant la réalisation de la suite du transfert il convient de reculer les pieds pour permettre un transfert d'appui efficace.



Figure 2: guidance de la marche fessière

La position ainsi obtenue (fesses avancées et pieds reculés) est favorable pour la réalisation du transfert assis-debout mais ne conditionne pas sa réussite. En effet, le problème fréquemment retrouvé chez les personnes âgées, et présent chez Mme B, est en lien avec un manque d'antériorisation du tronc. On observe ainsi des tentatives infructueuses de transfert, le patient essayant de se lever à la verticale et étant ramené aussitôt sur le lit ou la chaise par le poids de son propre corps. Des guidances induisant une antériorisation du tronc sont donc nécessaires pour pouvoir parvenir en position debout.

Différentes techniques existent mais nous décrivons seulement celle utilisée avec Mme B. Cette méthode consiste à induire une avancée du tronc par l'intermédiaire d'un membre supérieur. Le kinésithérapeute est situé dans le champ de vision du patient légèrement sur le côté. En prenant la main du patient et en la portant légèrement en avant il induit l'antériorisation du tronc (Figure 3). Le bras peut alors être fléchi et ramené le long du corps, le thérapeute pouvant alors offrir un appui au patient pour aider le transfert debout (Figure 4).



Figure 3: antériorisation du tronc par guidance



Figure 4: Transfert assis-debout avec appui au niveau du bras

Une fois la position debout obtenue, Mme B pivote spontanément pour s'installer au fauteuil, le transfert debout-assis est alors assez rapide difficilement canalisable et l'utilisation des accoudoirs est très inconstante. Le rehaussement au fauteuil est lui réalisé de façon autonome parfois automatiquement ou alors nécessitant des guidances tactiles de poussées sur les genoux ou bien des guidances visuelles incitant la patiente à reculer.

4.3.3 Place du jeu et de l'imitation dans la rééducation

Comme nous l'avons vu précédemment, l'apport de différents types de guidances est favorable notamment pour le travail des transferts. Cependant ce type de prise en charge ne peut être envisagé pour tout, et notamment dans le travail de l'équilibre. Nous aborderons ici la place du jeu dans la rééducation de l'équilibre assis. Le même type d'approche pourra être envisagé pour l'équilibre debout. Nous ne l'aborderons cependant pas ici car il n'a pu être réalisé chez Mme B dont l'équilibre statique debout sans appui n'était pas possible.

Cette approche se veut ludique et présente l'avantage d'être perçue par le patient comme un moment de détente. Favorisant l'expression de la personne à travers des rires et des mimiques, ce type de prise en charge contribue à l'installation du climat de confiance entre le patient et le thérapeute. Cette approche est d'autant plus intéressante qu'elle nécessite peu de consignes voire aucune, ce qui facilite sa mise en place dans notre prise en charge.

Le choix des jeux prend en compte le déficit de compréhension. De nombreux exercices ont été testés, certains se sont révélés adaptés, d'autres non, d'autres encore fonctionnaient par intermittence. De façon générale nous avons observé chez Mme B qu'elle était beaucoup plus réceptive aux jeux utilisant des objets de couleurs vives. Le temps d'attention pour chaque exercice étant variable suivant l'intérêt porté à celui-ci, le changement d'objet voire d'exercice était fréquemment nécessaire afin d'avoir une stimulation efficace. Un stimulus efficace la veille pouvait ainsi se révéler non pertinent ce qui implique de notre part une constante adaptation aux réactions de la patiente.

La station assise de Mme B étant stable en statique, nous avons tout d'abord cherché à travailler « l'équilibre action ». Cette approche est primordiale pour voir si la patiente maintient un équilibre postural assis face à des déstabilisations intrinsèques, c'est-à-dire provoquées par ses propres mouvements. L'approche du jeu nous a permis d'aborder ce type de déstabilisations là où les consignes verbales simples n'étaient pas efficaces.

Un des exercices proposés consistait à tenir un bâton avec les mains et de réaliser des mouvements d'élévation antérieure des bras. Cet exercice a pu être réalisé sur imitation, le kinésithérapeute tenant lui-même un bâton placé au dessus de celui de la patiente. De façon spontanée et sans aucune consigne, Mme B imite notre mouvement et essaie de coller au plus près de notre bâton. (Figure 5)



Figure 5: travail de l'équilibre assis par élévation des bras

Dans la continuité de l'exercice précédent, des stimulations à l'antériorisation du tronc ont été réalisées, mouvement qui est notamment utile pour le transfert assis-debout et pour le ramassage d'objets au sol. Ces stimulations ont été effectuées à l'aide de petits objets variant en forme et en couleur (petites balles mousses, anneaux, disques, etc...). L'exercice consistait alors à venir chercher l'objet plus ou moins près du sol et en faisant également varier la latéralisation de l'objet. La difficulté majeure à laquelle nous nous sommes confrontés concernait l'attention de la patiente. En effet il fallait trouver la stimulation efficace, l'objet qui retiendrait son attention assez longtemps pour la réalisation de l'exercice.

A mi-chemin entre équilibre action et réaction, la réception et le lancer de ballons se sont révélés des exercices pertinents pour le travail de l'équilibre et très appréciés de la patiente. Tout comme les précédents exercices aucune consigne n'a été nécessaire ce qui a facilité leur mise en place. La réception et le lancer du ballon en bi-manuel (Figure 6) ont comme avantage de travailler à la fois les réactions d'adaptations (nécessaires pour maintenir un équilibre assis) et la coordination motrice des membres supérieurs. Les lancers qui étaient inexistantes au début de la prise en charge sont petit à petit apparus et se sont améliorés en longueur.



Figure 6: travail de l'équilibre assis et de la coordination par réception et lancer de ballon.

Un autre exercice avec ballon consistait en la réalisation de passes avec les pieds entre patient et kinésithérapeute. Cet exercice a pour objectif de diminuer voir d'éliminer (Figure 7) l'appui des pieds au sol. Ceci permet d'une part de diminuer la stabilité de la station assise et permet également de solliciter l'équilibre action.



Figure 7: travail de l'équilibre assis par lancer de ballon au pied.

4.4 Communication de tous les acteurs qui gravitent auprès du patient

4.4.1 Prise en charge inter-disciplinaire

La communication avec les autres professionnels de santé intervenant auprès de Mme B est indispensable. D'une part elle nous permet d'adapter notre rééducation à l'état quotidien de la patiente (fatigue, nausées...) et d'autre part elle vise à transmettre les progrès réalisés en rééducation pour qu'ils soient intégrés aux différents soins quotidiens.

Les informations apportées par les autres acteurs de santé (infirmières, aides-soignantes) nous sont tout d'abord utiles pour déterminer le moment le plus judicieux pour notre prise en charge. En effet, il convient de prendre en compte la fatigabilité de la patiente et de respecter ses temps de repos (sieste). De plus devant l'importance de l'aide à apporter pour l'habillage et la toilette, il est illusoire de vouloir placer la séance en début de matinée car la patiente ne pourra être prête à l'heure. Les séances ont ainsi été réalisées en fin de matinée, moment où l'éveil de Mme B était maximal.

Cette communication nous permet également de définir une conduite à tenir commune afin de montrer une cohésion de l'équipe soignante. En effet il n'y a rien de plus déstabilisant pour la famille que d'entendre différents points de vue de la part des différents professionnels. Se mettre d'accord sur un discours commun évitera les faux espoirs de la famille et rendra plus crédible notre action. Face aux importants troubles du langage présents chez Mme B certains principes de prise en charge ont été instaurés sur les conseils de l'orthophoniste du service. Cette conduite à tenir pouvant être modifiée en regard des progrès réalisés il convient de se tenir toujours informé de l'évolution de la rééducation orthophonique, d'où l'importance de la communication inter-disciplinaire.

Mme B présentant une jargonophilie, le premier grand principe est de ne pas faire semblant d'avoir compris (22). Ce principe semble aller de soit mais est en réalité parfois difficile d'application. Comme il est parfois plus facile car plus rapide de faire à la place du patient, nous sommes tentés parfois d'acquiescer de la tête sans pour autant avoir compris le sens du message. Nous devons cependant à tout prix lutter contre cette solution de facilité car ce n'est qu'en prenant conscience de ses troubles que le patient pourra progresser. Il est donc indispensable de stopper sa logorrhée et de lui montrer notre incompréhension.

Comme nous l'avons déjà abordé précédemment, l'absence de compréhension orale de la patiente ne doit pas provoquer pour autant une non utilisation du langage oral par l'équipe soignante. Le fait d'employer des mots pour désigner les objets ainsi que l'utilisation de phrases simples pour décrire ce que nous faisons permet de multiplier les stimulations. Devant un manque de compréhension, ce qui ne manquera pas d'arriver en regard de la pathologie de la patiente, il convient de reformuler voire de simplifier la phrase.

La communication inter-disciplinaire vise également à transmettre de façon régulière les acquis et les progrès obtenus en rééducation. En effet, ce qui est acquis ou amélioré en rééducation n'a aucun intérêt s'il n'est pas transposé à la vie quotidienne. De plus c'est en augmentant les stimulations des capacités fonctionnelles que nous favoriserons la récupération. Il est donc primordial pour le kinésithérapeute de transmettre les informations utiles à la réalisation des transferts et de la marche à l'ensemble de l'équipe soignante. Même si l'utilisation de guidances nécessite parfois plus de temps que la réalisation du transfert de façon passive, il est indispensable d'utiliser au maximum les capacités du patient pour éviter un oubli des programmes moteurs. (19)

4.4.2 Intégration de l'entourage dans le projet de soin

Le partenariat entre l'équipe soignante et l'entourage est indispensable afin de mettre en place une communication efficace avec le patient et ainsi éviter son isolement social (23). L'envie de communiquer de Mme B étant décuplée en présence de son mari il est important que les principes précédemment abordés soient également appliqués par celui-ci (ne pas faire semblant d'avoir compris, répéter et reformuler). L'intégration des proches au projet de soin est intéressante du fait même qu'ils détiennent des informations auxquelles nous n'avons pas accès : goûts alimentaires, loisirs, etc... La connaissance de ces éléments nous sera utile pour mettre en place des stimulations plus efficaces car plus proches des goûts de la patiente.

L'accompagnement de l'entourage, de l'annonce du diagnostic jusqu'à la sortie définitive, est primordial. Celui-ci doit permettre de fournir les informations concernant l'évolution de la patiente au fur et à mesure de la prise en charge. Dans le cas présent, en l'absence de compréhension de Mme B, le choix de son avenir après sa sortie du service incombe à son mari d'où l'importance pour lui de connaître avec précision les progrès réalisés mais aussi les incapacités qui persistent.

Comme nous l'avons vu précédemment, en début de rééducation Mr B émettait le souhait de ramener son épouse au domicile. Le transfert de l'hôpital vers les Soins de Suite auquel s'ajoute la récupération motrice de sa femme entretiennent l'espoir de la voir récupérer totalement. Les séquelles post-AVC étant fréquentes, Mr B doit en être informé pour prendre conscience que la récupération peut être incomplète. Malgré cette information, celui-ci souhaite tout de même le retour à domicile (RAD) de sa femme.

Ce n'est qu'au fur et à mesure de la prise en charge que des doutes surgissent. En effet, les incapacités de Mme B, qui au début étaient ignorées ou non prises en considération par rapport aux progrès, sont petit à petit « découvertes » avec toutes les conséquences qu'elles impliquent au quotidien. Mr B se rend alors compte que sa femme a besoin d'aide pour toutes les activités, qu'il s'agisse de la toilette, de l'habillage ou de l'alimentation et que les transferts doivent être systématiquement réalisés sous surveillance. L'éventualité d'un placement en Maison de Retraite (MdR), qui au tout départ était écartée par le conjoint, est petit à petit envisagée. A un moment de la prise en charge Mr B songeait à placer sa femme en MdR puis d'y entrer à son tour pour ne pas la laisser seule. Cette option n'a cependant pas été longtemps gardée, après plusieurs refus de MdR Mme B est finalement retournée chez elle avec la mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD).

Au final, c'est en fait le choix initial du conjoint qui a été appliqué avec cependant la mise en place d'aménagements adaptés en regard des besoins de Mme B. Cette décision étant difficile à prendre il est normal que des doutes apparaissent et que les souhaits changent au fur et à mesure de la prise en charge. La communication avec l'entourage permet de se tenir informé de ces changements et d'adapter les objectifs de prise en charge au choix de la famille. Dans le cas présent l'amélioration des transferts et de la marche est primordiale pour assurer un maximum d'autonomie à la patiente et ainsi limiter les aides apportées par son mari (aides physiques directes, surveillance).

Certaines études (24) portant sur l'aidant du patient victime d'AVC et notamment sur les impacts provoqués par cette pathologie ont montrées que l'anxiété et la peur de la récurrence sont presque toujours présentes. De plus la prévalence de la dépression est variable de 0 à 50% selon les études. L'évaluation de l'état psychologique de l'aidant mais également de ses capacités physiques est indispensable afin d'évaluer la faisabilité du RAD et les aides humaines et matérielles nécessaires à son bon déroulement.

5 Discussion

Les troubles de la compréhension orale, présents dans l'aphasie de type Wernicke, posent problème dans l'interaction avec la personne. Le recours à la communication non verbale est alors une solution pour mettre en place une relation entre le thérapeute et le patient. La posture du corps, les guidances gestuelles et tactiles sont autant d'éléments permettant d'établir un lien.

La réalisation du bilan classique de l'hémiplégique ne pouvant être envisagée dans ce contexte d'aphasie, celui-ci doit être adapté en utilisant notamment la communication non verbale et les guidances. Ces techniques alternatives d'évaluation rendent les résultats subjectifs dans de nombreux domaines. Cette subjectivité ne doit pas pour autant compromettre la suite de la rééducation. Même si le bilan reste imprécis et ne donne que vaguement les capacités du patient, il constitue tout de même la base de notre prise en charge.

La rééducation repose elle aussi sur des techniques de communication non verbales, celles-ci se basant essentiellement sur la posture du corps et sur les guidances. L'orientation de la prise en charge vers des exercices fonctionnels, tels que les transferts ou la marche, a pour but de redonner un maximum d'autonomie au patient. La place du jeu est également primordiale, il permet de travailler de manière implicite l'équilibre, et ceci sans avoir recours à aucune consigne.

En conclusion, la difficulté de prise en charge de ce type de patient se situe majoritairement dans la réalisation d'un bilan le plus objectif possible. Cette objectivité ne pouvant être atteinte il convient d'en être conscient et d'en tenir compte dans les différentes évaluations successives.

D'autres techniques de communication non verbales existent comme le classeur de communication (C.COM). Ce type d'outil, facilement personnalisable grâce à l'outil informatique, permet de faciliter l'interaction du patient avec son entourage et avec l'équipe soignante. Outil de communication à part entière, il permet de maintenir l'envie de communiquer et tisse des liens sociaux.

Dans les cas les plus sévères d'aphasie et lorsque les progrès de la communication verbale sont absents ou restreints, il est important de mettre en place une stratégie de communication compensatrice (25). Le classeur de communication (C.COM) représente un outil utile dans la mise en place de cette compensation. Son efficacité ne conditionne pas l'arrêt des séances de rééducation du langage. Son objectif premier est d'aider transitoirement le patient dans son interaction avec son environnement. A long terme si les progrès en rééducation ne sont pas suffisants ou absents cet outil constituera la base de la communication du patient.

6 Conclusion

Face aux troubles du langage, la prise en charge de Mme B s'est essentiellement basée sur des outils de communication non verbaux. Ce mode de communication nécessite d'une part la mise en place d'une relation de confiance soignant-soigné et requiert d'autre part une bonne connaissance du patient. Cette dernière s'acquiert au fur et à mesure de l'avancée dans la rééducation par le biais du principe « essai-erreur », le test de la stimulation étant nécessaire pour savoir si celle-ci est efficace ou non. Cependant, la connaissance des stimulations efficaces ne conditionne pas la réussite de nos techniques. La constante adaptation de nos guidances à l'état de la patiente et la recherche de nouvelles stimulations plus pertinentes sont indispensables pour toujours suivre son évolution. L'utilisation de stimulations diverses, tactiles, auditives, etc... et l'abord par le jeu ont permis la mise en place de la rééducation à visée fonctionnelle. L'entretien et la récupération de la fonction sont indispensables afin de redonner un maximum d'autonomie à la patiente.

L'évolution de Mme B. pendant ces six semaines de stage a été marquée par des progrès notamment au niveau de la marche (cotation de la MIF passée de 1 à 5), des transferts et des soins personnels (toilette, habillage) (Annexe 3). Cependant, en parallèle aucune amélioration de la compréhension et de l'expression verbale n'a pu être objectivée. Malgré l'absence d'indépendance totale pour tous les critères décrits dans la MIF, les progrès réalisés permettent de diminuer les aides apportées à la patiente ce qui à terme facilitera son retour à domicile.

Ces six semaines de stage m'ont permis d'aborder une approche à laquelle nous sommes peu confrontés au cours de notre formation. L'instauration d'un climat de confiance, le recours à la communication non verbale, aux guidances et au paralangage sont autant d'éléments nécessaires dans ce type de prise en charge. Face au vieillissement de la population et en regard des différentes pathologies responsables de troubles du langage (AVC, démence) cette approche spécifique mérite d'être abordée plus largement dans notre cursus.

Travaux cités

1. **KAMINA, P.** *Dictionnaire Atlas d'anatomie*. s.l. : Maloine S.A. Editeur, 1983. pp. 312-313.
2. **GODEFROY O. , KREISLER A. , BEDACHY B. , LECLERC M. , HENGUELLE C.** Aphasie: données anatomiques. [auteur du livre] **BELIN C. , DAVID D. , AUBIN G.** [éd.] Solal. *Neuropsychologie: Actualités en pathologie du langage et de la communication*. Marseille : s.n., 2001, pp. 9-20.
3. **DECHAMBRE, D.** La communication: des silences, des gestes, des paroles: la relation. *Ergothérapies*. Septembre 2005, 19, pp. 5-10.
4. **BEZRICHE-GASTINEL, N.** Mimo-gestualité et modes de communication manuelle de la personne sourde. *Ergothérapie*. Septembre 2005, 19, pp. 37-41.
5. **CUNY F. , DUMONT A. , MOUREN M.C.** *Les techniques d'aide aux jeunes enfants sans langage*. s.l. : Elsevier, 2004.
6. **TONIOLO A-M. , BELTRAME F.** Implication de la gestuelle dans la transmission d'informations. *Psychologie française*. Elsevier Masson, septembre 2008, Vol. 53, pp. 467-485.
7. **PELE, P.** Entretien avec une aphasologue. *Ergothérapie*. Septembre 2005, 19, pp. 53-57.
8. **PESKINE A. , PRADAT-DIEHL P.** Etiologies de l'aphasie. [auteur du livre] **P. PRADAT-DIEHL, V. BRUN JM. MAZAUX.** *Aphasies et aphasiques*. s.l. : MASSON, 2007, pp. 44-53.
9. Les chiffres clés de l'AVC. *site Web du ministère du Travail de l'emploi et de la santé*. [En ligne] 27 10 2009. [Citation : 12 01 2011.] <http://www.sante.gouv.fr>.
10. Ensemble, améliorons la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). *HAS (Haute Autorité de Santé)*. [En ligne] 30 11 2010. [Citation : 12 01 2011.] <http://www.has-sante.fr>.
11. **DEBERTRAND, N.** Accident vasculaire cérébral, troisième cause de mortalité en France. *Inter-bloc*. 2009, Vol. 28, 4, p. 257.
12. **MOUZAT, L.** L'accident vasculaire cérébral. *L'aide soignante*. Avril 2007, 86, pp. 12-13.
13. **CHOMEL-GUILLAUME S., LELOUP G. , BERNARD I.** *Les aphasies: Evaluation et rééducation*. s.l. : Masson, 2010. pp. 163-164.

14. **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE.** Plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014". *www.sante.gouv.fr*. [En ligne] avril 2010. [Citation : 5 février 2011.] <http://www.sante.gouv.fr/documentation,3919.html>.
15. **VIADER F. , LAMBERT J. , V. de la SAYETTE, EUSTACHE F. , MORIN P. , MORIN I. , LECHEVALER B.** *EMC Aphasie*. s.l. : Elsevier Masson, 2010. 17-035-A-96.
16. **KRUPPA, S.** Aphasies et Communication. *L'aide Soignante*. Juin 2001, 28, pp. 18-19.
17. **ANAES.** *Recommandations pour la pratique clinique: Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral*. 2002.
18. **GRACIES, JM.** *Evaluation de la spasticité: apport de l'échelle de Tardieu Morticité Cérébrale*. 2001, 22, pp. 1-16
19. **MOUREY, F.** *Rééducation en gériatrie*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-590-A-10, 2009.
20. **DAURIAC, M.C.** *EMC Validation, une méthode pour communiquer avec les personnes âgées démentes*. s.l. : Elsevier Masson, 2009. 60-725-F-10.
21. *Communication*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Savoirs et soins infirmiers*, 60-490-A-10.
22. **MOUZAT, L.** Les troubles du langage. *L'aide soignante*. 2006, 78, pp. 21-23.
23. **Michallet B. , Le Dorze G. , Tetreault S.** Aphasie sévère et situations de handicap: implications en réadaptation. [éd.] Elsevier. *Ann Réadaptation Méd Phys*. 1999, 42, pp. 260-270.
24. **SEGLER, J.** *Rééducation et réadaptation de l'hémiplégie vasculaire. Revue de la littérature*. EMC (Elsevier SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-455-D-10, 2006.
25. **LAMBERT, P.** Le point sur l'Aphasie. *Sciences Humaines*. 2005, 161, pp. 56-57.

Annexe 1

Echelle DOLOPLUS

Nom :		EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE NON COMMUNICANTE (Echelle Doloplus-2®)			
Prénom :					
OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	- Pas de plainte	0	0	0	0
	- Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	- Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	- Plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	- Pas de position antalgique	0	0	0	0
	- Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	- Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	- Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	- Pas de protection	0	0	0	0
	- Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	- Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins	2	2	2	2
	- Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. Mimique	- Mimique habituelle	0	0	0	0
	- Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	- Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	- Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle	3	3	3	3
5. Sommeil	- Sommeil habituel	0	0	0	0
	- Difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	- Réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	- Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	- Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	- Possibilités habituelles peu diminuées : précautionneux mais complet	1	1	1	1
	- Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	- Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. Mouvements	- Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	- Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...)	1	1	1	1
	- Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements)	2	2	2	2
	- Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	Inchangée	0	0	0	0
	Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	Diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0	0
	Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	Refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	Refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	Comportement habituel	0	0	0	0
	Troubles du comportement à la sollicitation itératifs	1	1	1	1
	Troubles du comportement à la sollicitation permanents	2	2	2	2
	Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE					

Echelle ECPA

Echelle ECPA

Nom :	SCORE TOTAL (sur 32) :
Prénom :	
Service :	
Date :	

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

<p>1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0: Visage détendu 1: Visage soucieux 2: Le sujet grimace de temps en temps 3: Regard effrayé et/ou visage crispé 4: Expression complètement figée</p> <p>2° POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique) 0: Aucune position antalgique 1: Le sujet évite une position 2: Le sujet choisit une position antalgique 3: Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4: Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>*: se référer aux jours précédents **: ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p>	<p>3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient (hors et/ou dans le lit) 0: Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1: Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2: Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3: Immobilité contrairement à son habitude* 4: Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*</p> <p>4° RELATION A AUTRUI Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ... 0: Même type de contact que d'habitude* 1: Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2: Evite la relation contrairement à l'habitude* 3: Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4: Indifférence totale contrairement à l'habitude*</p>
--	--

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

<p>5° Anticipation ANXIEUSE aux soins 0: Le sujet ne montre pas d'anxiété 1: Angoisse du regard, impression de peur 2: Sujet agité 3: Sujet agressif 4: Cris, soupirs, gémissements</p> <p>6° Réactions pendant la MOBILISATION 0: Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière 1: Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins 2: Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3: Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4: Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p>	<p>7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0: Aucune réaction pendant les soins 1: Réaction pendant les soins, sans plus 2: Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3: Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4: L'approche des zones est impossible</p> <p>8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins 0: Le sujet ne se plaint pas 1: Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2: Le sujet se plaint en présence du soignant 3: Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne 4: Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne</p>
---	---

Annexe 2

ÉVALUATION DE LA COMMANDE DE L'HÉMIPLÉGIQUE selon Held et Pierrot-De seilligny

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

Annexe 3

Réf : Minaire P. La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) : Historique, présentation, perspectives. J Réadaptat Méd 1991 ; 11 : 168-74.

NIVEAUX	7 : Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger) 6 : Indépendance modifiée (appareil)	SANS AIDE
	dépendance modifiée 5 : Surveillance 4 : Aide minimale (autonomie = 75 %+) 3 : Aide moyenne (autonomie = 50 %+) dépendance complète 2 : Aide maximale (autonomie = 25 %+) 1 : Aide totale (autonomie = 0 %+)	AVEC AIDE

	ENTREE	SORTIE
Soins personnels		
A. Alimentation	1	2
B. Soins de l'apparence	1	4
C. Toilette	1	4
D. Habillage partie supérieure	1	4
E. Habillage partie inférieure	1	3
F. utilisation des toilettes	1	1
Contrôle des sphincters		
G. Vessie	1	1
H. Intestins	1	1
Mobilité dans les transferts		
I. Lit, chaise, fauteuil roulant	3	4
J. WC	3	4
K. Baignoire, douche	1	1
Locomotion		
L. Marche	1	5
L. Fauteuil Roulant	1	1
M. Escaliers	1	3
Communication		
N. Compréhension	1	1
O. Expression	1	1
Conscience du monde extérieur		
P. Interaction sociale	1	1
Q. Résolution des problèmes	1	1
R. Mémoire	1	1
Total	23	43

*M = Marche

*F = Fauteuil roulant

Remarque : si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1

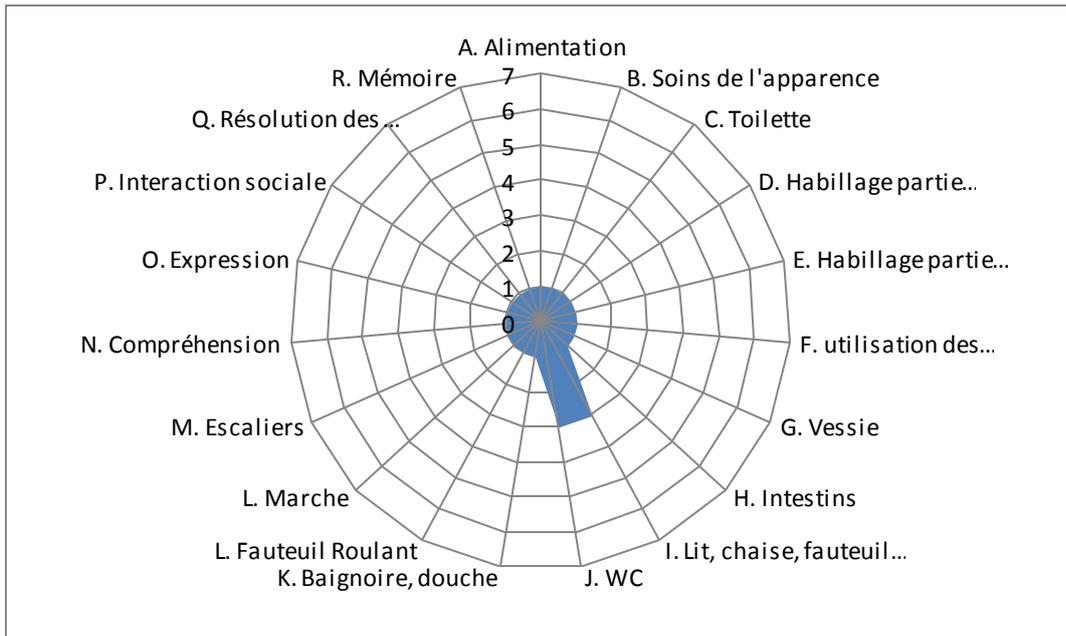


Figure 8: MIF réalisée en début de prise en charge

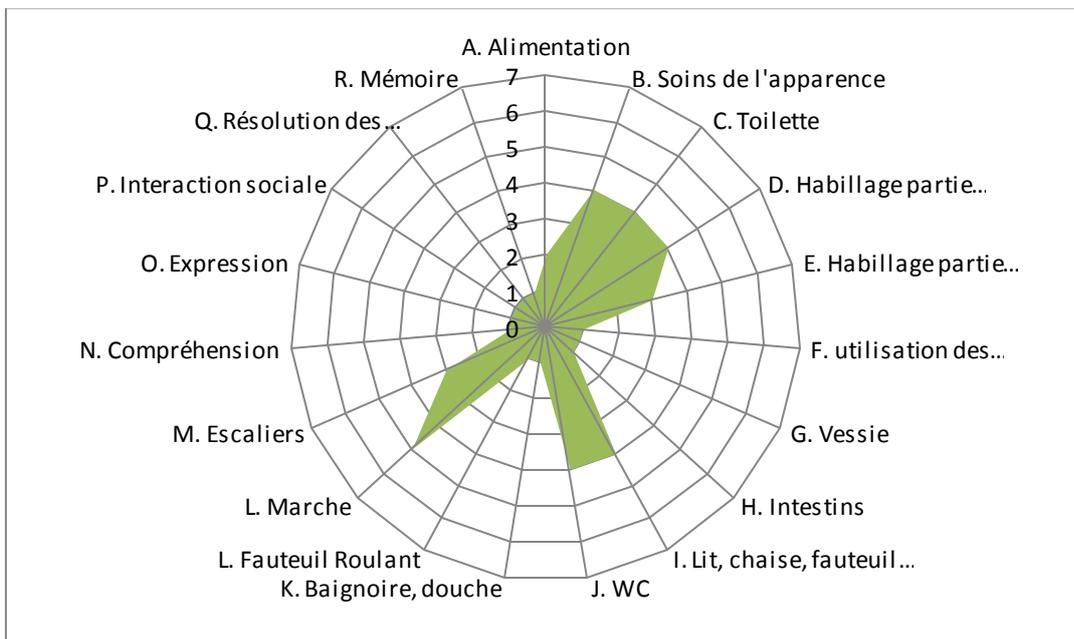


Figure 9: MIF réalisée avant la sortie