

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

L'ÉVALUATION DU PATIENT ATTEINT D'AVC EN MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

A. Hajjioui^{*(1,3)}, M. Fourtassi^{*(2)}

*Professeur assistant en Médecine Physique et de Réadaptation.

⁽¹⁾ Laboratoire des neurosciences cliniques. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université Sidi Mohammed Benabdallah. Fès.

⁽²⁾ Faculté de médecine et de pharmacie. Université Mohammed Premier. Oujda.

⁽³⁾ Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Hassan II. Fès

BASES DE "L'ÉVALUATION" EN MPR

En Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), l'évaluation occupe une place très importante dans la prise en charge des patients. Elle constitue la première étape dans l'abord de tout patient et la base qui permettra par la suite de définir les objectifs thérapeutiques et de choisir les moyens adéquats pour atteindre ces objectifs.

POURQUOI ÉVALUER ?

Comme le voudrait "la médecine basées sur des preuves", il ne suffit plus d'appliquer des techniques de rééducation et de réadaptation, mais il faut être capable de prouver leur efficacité sur la progression clinique du patient, sur l'amélioration de sa qualité de vie et sur sa réinsertion dans la vie socioprofessionnelle, ce qui ne peut se faire sans une évaluation ciblée et méthodique. Cette évaluation de la progression des patients, en fonction des interventions mises en œuvre, permettra à l'échelle individuelle de justifier, à chaque patient et à sa famille, l'intérêt d'une prise en charge spécifique en MPR, et à l'échelle de la société, de justifier les investissements publics dans le domaine de la santé et du handicap.

COMMENT ÉVALUER ?

Pour évaluer un patient atteint d'une pathologie potentiellement handicapante on fait appel à des outils cliniques et instrumentaux, ainsi qu'à des échelles métrologiques universelles ou adaptées à chaque contexte pathologique particulier.

Les échelles de mesure d'un symptôme ou de son retentissement sur la vie quotidienne doivent être adaptées au contexte socioculturel des patients. L'utilisation d'outils validés a plusieurs avantages comme la possibilité d'être réalisés par différents thérapeutes sans grande influence sur le résultat attendu et la possibilité de pouvoir comparer les résultats entre différents patients.

L'évaluation en MPR ne s'arrête pas au diagnostic du mal physique ou psychologique mais se veut plus globale, avec une approche des différents aspects médico-sociaux propres à chaque individu. L'objectif de cette évaluation est de répondre à trois questions essentielles :

- 1- Qui était cette personne (avant la maladie ou l'accident) et quelle était sa vie ?
- 2- Qu'est devenue cette personne et qu'est devenue sa vie (après la maladie ou l'accident) ?

3- Quelle serait cette personne dans l'avenir et à quoi ressemblerait sa vie compte tenu de ses séquelles ?

Cette vision globale centrée sur la fonction, nous permettra par la suite d'aider le patient "handicapé" à réintégrer son ancien cadre de vie de façon à être le plus fonctionnel et le plus autonome possible. En effet, **notre mission en tant que médecins de MPR est d'élargir le simple projet thérapeutique pour en faire un véritable projet de vie.**

QUAND ÉVALUER ?

L'évaluation en MPR ne se fait pas en une fois par la même personne, mais se divise en plusieurs bilans qui seront réalisés par différents intervenants, chacun dans son domaine d'expertise, en tenant compte de l'état physique et psychologique du patient, de la qualité de sa récupération et de ses potentialités. Après AVC, certains bilans sont inutiles voire dangereux au début de l'évolution et ne trouvent leur intérêt qu'après un certain degré de récupération (bilan de dextérité chez l'hémiplégique), d'autres sont indispensables au tout début et perdent leur intérêt au bout de quelques semaines d'évolution (bilan de déglutition). La répétition de ces bilans permet de mesurer objectivement la vitesse et la qualité de progression de chaque individu.

Dans cet article, nous allons développer l'essentiel de l'évaluation en MPR, spécifique à un patient souffrant d'AVC.

HISTOIRE MÉDICALE ET PERSONNELLE

C'est la première étape de l'évaluation visant à retracer l'histoire médicale du patient, à identifier son cadre de vie et son entourage familial. L'anamnèse s'adresse d'abord au patient lui-même en fonction de ses capacités de communication (coma, mutisme, aphasie), puis à son entourage proche (conjoint, parents, enfants, amis proches) pour recueillir le maximum d'information.

HISTOIRE MÉDICALE

Il faut déterminer les antécédents pathologiques pouvant compliquer la prise en charge, la date de survenue de l'AVC, sa topographie et sa forme clinique, le déroulement de la prise en charge initiale, la survenue de complications précoces, les résultats du bilan étiologique, les traitements prescrits et le neurologue référent. Le dossier médical neurologique et/ou la lettre du neurologue référent sont d'une utilité majeure pour cette collecte de données.

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

L'ÉVALUATION DU PATIENT ATTEINT D'AVC EN MPR

FACTEURS PERSONNELS

Selon la classification internationale du fonctionnement (CIF) (Fig. 1), il s'agit de caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé mais qui peuvent avoir une influence sur le handicap comme l'âge, le sexe, la profession antérieure, le niveau socio-économique, le niveau d'instruction, le mode de vie, la condition physique et la pratique de sport, les habitudes, les traits de personnalité, les expériences passées, les désirs et les projets d'avenir. Tous ces éléments joueront un rôle décisif dans la définition ultérieure des objectifs thérapeutiques.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Selon la CIF, il s'agit de facteurs externes à la personne mais pouvant influencer ses performances. Ainsi, en agissant sur ces facteurs on pourrait aider la réintégration du patient. Il s'agit d'évaluer :

- **Le lieu de vie habituel** : Rez-de-chaussée ou étage, avec ou sans ascenseur, accessibilité à l'intérieur, largeur des portes, adaptabilité de la cuisine et de la salle de bain, possibilité et faisabilité des changements à effectuer si besoin.
- **L'entourage familial proche** : patient bien entouré ou non, possibilité ou non de la présence permanente d'une tierce personne, ressources financières...etc. L'entourage familial est un allié incontournable et peut être d'une aide inestimable. Cependant il pourrait également être plutôt un obstacle des fois (famille très protectrice, recours au charlatanisme, passivité quant aux complications évolutives...) d'où l'intérêt d'une évaluation spécifique du profil propre à chaque famille.
- **L'entourage professionnel** : cette évaluation ne sera nécessaire qu'en fin de parcours lorsqu'une réintégration professionnelle est envisageable. Dans ce cas, une collaboration avec le médecin de travail (quand il y en a un) est indispensable afin de garantir les meilleures conditions possibles de réintégration.

EVALUATION DES DÉFICIENCES

La déficience est définie comme toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Chez le patient atteint d'AVC on distingue les déficiences motrices réalisant "l'hémiplégie" proprement dite et les autres déficiences correspondant aux signes associés à cette hémiplégie.

DÉFICIENCES MOTRICES

Elles regroupent **toutes les anomalies limitant le patient dans la réalisation d'un mouvement volontaire**. Nous insisterons essentiellement sur l'évaluation de la motricité volontaire, l'évaluation de la spasticité sera abordée plus en détail dans un article à part.

Contrairement aux paralysies périphériques, le testing musculaire classique est inadapté aux déficiences motrices d'origine centrale. En effet, les syncinésies globales rendent souvent difficile, notamment au début de l'évolution, une évaluation séparée de chaque muscle à la fois.

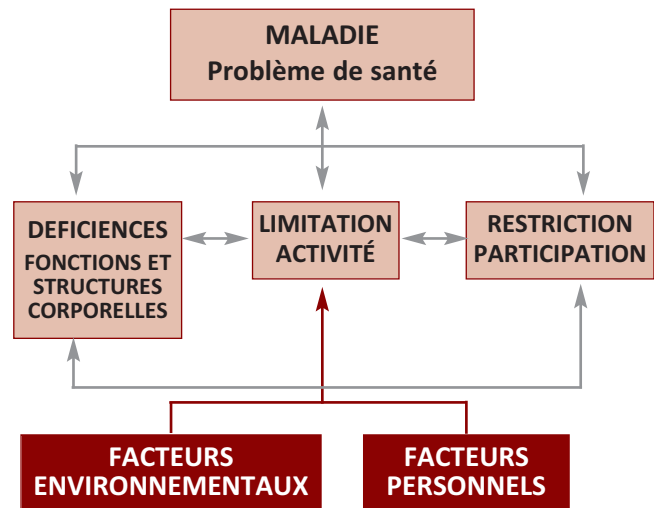


Fig. 1 : La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

TABLEAU I : LA COTATION DE HELD ET PIERROT-DESEILLIGNY

Evaluation de la commande de l'hémiplégique
La force est appréciée selon une cotation de 0 à 5. 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.

- | | |
|---|----------------------------------------------------------------------|
| 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 |

Ainsi, on adopte une stratégie d'évaluation plus globale du schéma moteur d'un groupe musculaire synergique.

Par exemple, pour évaluer la capacité de fléchir le genou on essaie de répondre aux questions suivantes :

- 1- Le patient peut-il faire le mouvement librement (sans aide) ?
- 2- Le mouvement est-il réalisé dans toute l'amplitude ?
- 3- Est-il réalisé sélectivement ou inscrit dans un schéma global de triple flexion ?

Si la motricité est jugée bonne et sélective, on procède à une évaluation plus poussée qui intéresse la force du mouvement à l'aide d'échelles spécifiques telle la **cotation de Held et Pierrot-Deseilligny** (Tableau I).

On notera également la présence de mouvements involontaires pouvant parasiter la commande volontaire comme les dystonies ou les synchronies.

DÉFICIENCES SENSITIVES

Les troubles de la sensibilité sont importants à détecter et à prendre en compte dans toute stratégie de rééducation car ils peuvent entraver la récupération d'autres fonctions telles que la gestuelle ou encore l'équilibre. Par ailleurs, leur persistance augmente le risque d'escarre et de complications trophiques d'un éventuel appareillage (attelle de marche ou de posture). On évalue la **sensibilité superficielle** par un examen touché avec notification des résultats sur un schéma du corps afin de suivre l'évolution. La **sensibilité proprioceptive** est évaluée en demandant au patient, les yeux fermés, de reconnaître la position imposée à un segment de membre (Stathésie) ainsi que le sens du mouvement imposé (Kinesthésie). La **douleur** fait partie des déficiences sensitives. Elle peut avoir différentes causes chez le patient souffrant d'AVC (céphalées, algodystrophie, spasticité, douleur neuropathique centrale...). Son évaluation spécifique sera abordée dans un article à part.

DÉFICIENCES ARTICULAIRES

Les complications orthopédiques sont souvent la conséquence d'une prise en charge rééducative inadéquate ou retardée. Les limitations articulaires résultent soit d'une rétraction musculo-tendineuse accélérée par la spasticité, soit d'une sous utilisation articulaire par déficit moteur ou à cause de la douleur. **Un bilan articulaire complet et comparatif avec le côté sain est indispensable à différentes étapes de l'évolution afin de dépister et de surveiller ces limitations.** Pour une bonne reproductibilité, les amplitudes articulaires doivent être chiffrées avec l'aide d'un goniomètre (Fig. 2).



Fig. 2 : La mesure de l'amplitude articulaire à l'aide d'un goniomètre

DÉFICIENCE VISUELLE

L'hémianopsie latérale homonyme (HLH) correspond à l'amputation de la moitié du champ visuel controlatéral à la lésion cérébrale et peut être en rapport avec une atteinte du cortex visuel ou des radiations optiques. L'HLH peut interférer avec les activités de vie quotidienne et majorer d'autres déficiences. Elle est présente dans 20 à 30% des cas d'AVC et seulement 10% vont avoir une récupération complète.

Sa présence est dépistée en clinique par le test du champ visuel au doigt, mais elle doit être confirmée par un champ visuel proprement dit en ophtalmologie.

DÉFICIENCES COGNITIVES

Les troubles cognitifs accompagnent très souvent l'hémiplégie vasculaire. Ils diffèrent en fonction de la topographie de la lésion cérébrale et peuvent interférer avec la rééducation. Ils seront dépistés par le médecin lors de l'entretien ou à l'aide d'échelles sommaires tel le **Mini Mental State Examination (MMSE)** dont une version arabe est disponible. Une évaluation plus poussée, de chaque trouble séparément, sera assurée par le neuropsychologue et/ou l'orthophoniste en cas de besoin. L'évaluation spécifique des troubles les plus fréquents à savoir l'aphasie et la négligence spatiale unilatérale sera abordée dans d'autres articles.

• Apraxies

Il s'agit de la difficulté de réaliser certains gestes sur commande en l'absence d'un déficit moteur ou sensitif et en l'absence de troubles majeurs de compréhension. Les apraxies résultent d'une **lésion du lobe pariétal gauche**. On distingue l'apraxie idéomotrice correspondant à un trouble de la production du geste (impossibilité de réaliser un geste par imitation) et l'apraxie idéatoire correspondant à un trouble de conception du geste (impossibilité de mimer l'usage d'un objet).

Une évaluation poussée des apraxies fait appel à différents protocoles dont la batterie d'évaluation des praxies.

• Agnosies

Il s'agit de l'incapacité à identifier un objet présenté à la perception en l'absence d'un trouble perceptif primaire. Elles diffèrent selon la modalité perceptive concernée d'où les différents types d'agnosies observées : agnosie visuelle, auditive, agnosie tactile ou astéréognosie...etc.

L'évaluation spécifique fait appel à des batteries neuropsychologiques tel le **protocole Montréal-Toulouse** d'évaluation des gnosies visuelles (PEGV).

• Amnésies

Les troubles mnésiques après AVC ne sont importants ni persistants qu'en cas de lésions bilatérales. Ces troubles sont initialement

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

L'ÉVALUATION DU PATIENT ATTEINT D'AVC EN MPR

dépistés à l'aide du MMSE et en cas de besoin, une évaluation plus approfondie sera entreprise à l'aide d'échelles spécifiques. On distingue 3 principaux tests classiques de la mémoire :

1- L'épreuve de Grober et Buschke qui évalue les différentes phases de mémorisation et de rappel à travers une liste de 16 mots.

2- La batterie d'efficacité mnésique (BEM 144) qui évalue la mémoire par 12 épreuves explorant les capacités de mémorisation visuelle et verbale, les capacités d'apprentissage, l'efficacité mnésique, l'oubli et l'empan.

3- L'échelle clinique de mémoire de Wechsler.

• Trouble des fonctions exécutives :

Les fonctions exécutives regroupent un ensemble de compétences de haut niveau permettant à l'individu d'établir des stratégies et de s'adapter à son contexte. Elles sont donc indispensables à la gestion des activités de vie quotidienne et leur atteinte peut engendrer un haut niveau de dépendance. Ces fonctions sont généralement en rapport avec une lésion du cortex frontal et regroupent les capacités d'anticipation, de planification, d'organisation, de raisonnement logique, de résolution des problèmes, de pensée abstraite...etc.

Leur évaluation peut se faire à l'aide de batteries simples que l'on peut réaliser au lit du malade telle la **Batterie Rapide d'Efficacité Frontale (BREF)**⁽⁴⁾, par des tests plus poussés en neuropsychologie (trail making tests, test des interférences de Stroop, Wisconsin Sorting Card test...etc.) ou encore en Ergothérapie par **des épreuves dites écologiques** évaluant les capacités de l'individu en situation de vie réelle (épreuve du gâteau au chocolat, épreuve des courses au supermarché...etc.).

DÉFICIENCES PSYCHOLOGIQUES

L'anxiété et les troubles de l'humeur doivent être dépistés précocement et traités efficacement chez tout patient souffrant d'AVC car ils majorent les déficiences et peuvent interférer avec le travail rééducatif. En effet, il est difficile de motiver un patient qui n'a pas le moral pour bénéficier de ses séances de rééducation fonctionnelle.

Le dépistage de ces troubles peut se faire par simple entretien ou par observation du comportement du patient. Certaines échelles cliniques rapides comme le **Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)** peuvent identifier les patients qui nécessiteraient un bilan plus approfondi et une prise en charge en psychiatrie.

DÉFICIENCES ALIMENTAIRES

Les troubles de la déglutition sont très fréquents à la phase aiguë avec possibilité de complications graves (fausses routes, pneumopathie d'inhalation). Leur évaluation adéquate par le médecin et/ou l'orthophoniste est indispensable avant toute réintroduction d'alimentation orale (Cf. Troubles déglutition et AVC).

Le bilan nutritif pour tout patient à risque est établi par le diététicien pour adapter les apports alimentaires afin de **prévenir une malnutrition majorant le risque d'escarre.**

DÉFICIENCES VÉSICO-SPHINCTÉRIENNES

Les troubles vésico-sphinctériens sont quasi-constants au début, puis ils régressent complètement chez 90% des patients à un mois. Ils sont généralement à type d'incontinence urinaire souvent par impériosité qui est particulièrement gênante chez la femme car elle majore le risque d'escarre par macération. Les rétentions par atonie vésicale sont moins fréquentes, et sont aggravées par un obstacle prostatique chez les hommes ou par certains médicaments (anticholinergiques). En cas de persistance de ces troubles au-delà d'un mois, un bilan uro-dynamique complet sera entrepris pour préciser le profil vésical et sphinctérien.

EVALUATION DES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS/ INCAPACITÉS

Les limitations d'activités (anciennement "incapacités") désignent toute réduction partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Leur évaluation doit refléter les possibilités fonctionnelles de l'individu qui ne sont pas forcément corrélées à ses déficiences. L'évaluation globale de ces limitations d'activité fait appel à des échelles fonctionnelles comme l'**index de Barthel**⁽⁵⁾ qui a été validé dans la population d'AVC et qui permet de suivre l'évolution des acquisitions fonctionnelles des patients dans les différents domaines de la vie quotidienne.

L'évaluation spécifique des principales grandes fonctions (l'équilibre, la marche et la préhension) sera abordée dans d'autres articles à part.

EVALUATION DES RESTRICTIONS DE PARTICIPATION/ HANDICAP

La perception de la notion de handicap est difficile car variable d'un patient à l'autre et d'un contexte socioculturel à un autre. Malheureusement, nous ne disposons pas d'outils d'évaluation du handicap social et professionnel adaptés à notre contexte Marocain, ni pour une population arabomusulmane. Cependant, certains outils spécifiques à l'AVC ont été développés et peuvent être utilisés en tenant compte des différences culturelles comme le **Stroke-Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP-30)**. D'autres échelles plus courtes et non spécifiques à l'AVC sont largement utilisées pour approcher le degré d'autonomie du patient comme par exemple l'**échelle de Rankin modifiée** (Tableau II).

EVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE

La qualité de vie est un concept global, subjectif et multidimensionnel. Elle est définie par l'OMS comme "La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en

TABLEAU II : ECHELLE DE RANKIN MODIFIÉE

Valeur	Symptômes
0	Aucun symptôme
1	Pas d'incapacité en dehors des symptômes : activités et autonomie conservées
2	Handicap faible : incapable d'assurer les activités habituelles mais autonomie
3	Handicap modéré : besoin d'aide mais marche possible sans assistance
4	Handicap modérément sévère : marche et gestes quotidiens impossibles sans aide
5	Handicap majeur : alitement permanent, incontinence et soins de nursing permanent

relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement". Ainsi, sa mesure doit faire appel à des outils adaptés à chaque contexte pathologique particulier et à chaque sphère culturelle. Certains questionnaires spécifiques à l'AVC ont été développés (Stroke Specific Quality of Life Scale "SSQL") mais ils ne sont pas encore adaptés et validés à notre contexte. Le seul outil générique de mesure de qualité de vie validé pour une population arabophone est **la Short Form-36** qui peut être utilisée pour tous les profils de patients.

ORIENTATION POST-AIGUË

Idéalement, une première évaluation du patient ayant subi un AVC doit être entreprise par le médecin de MPR en fin de séjours en Neurologie afin de décider de l'orientation post-aiguë du patient. Si les déficiences sont légères et que le patient a déjà récupéré une autonomie satisfaisante et que son entourage familial et ses conditions de vie sont favorables, un retour à domicile sera programmé avec poursuite de la rééducation en

ville (kinésithérapie, orthophonie) tout en prévoyant des consultations de contrôle en MPR pour surveiller la progression et dépister d'éventuelles complications évolutives.

Si par contre le patient souffre de déficiences lourdes avec un niveau de dépendance élevé et/ou des conditions socio-familiales inadéquates, il devrait être hospitalisé dans un service de rééducation fonctionnelle où il bénéficiera d'une prise en charge multidisciplinaire sous coordination et surveillance médicale. Malheureusement, ces structures sont assez rares dans notre pays voire inexistantes dans la plupart des régions malgré le nombre croissant de patients qui en ont besoin.

CONCLUSION

La MPR n'est pas une discipline purement médicale mais plutôt médico-psycho-sociale dont l'objectif n'est pas de guérir la maladie mais de maintenir la fonctionnalité du patient et sa qualité de vie quelles que soient ses potentialités et ses conditions de vie. Ainsi, une évaluation globale touchant aux différents aspects médicaux, psychologiques et sociaux de chaque patient est nécessaire afin d'accompagner le patient dans la construction d'un véritable projet de vie avec et après la maladie.

RÉSUMÉ : L'évaluation des conditions cliniques, psychologiques et socioprofessionnelles constitue la première étape de toute prise en charge en médecine physique et de réadaptation des patients victimes d'accident vasculaire cérébral. Elle vise à identifier et à quantifier les déficiences et le degré de leur retentissement sur les activités de vie quotidienne en utilisant des outils cliniques, instrumentaux et des échelles métrologiques adaptés au contexte socioculturel des patients. Cette évaluation permettra la définition d'une démarche de rééducation et de réadaptation personnalisées en fonction des potentialités et des limites propres à chaque individu.

SUMMARY : Assessment of stroke patients' clinical psychological and socio professional conditions is the first step of any support in physical and rehabilitation medicine. It consists in identifying and measuring impairments and their impact on daily living activities, using clinical and instrumental tools, and metrological scales adapted to the patients socio cultural context. This evaluation will help to define a rehabilitation approach tailored to each patient's potential and limitations.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Stroke Recovery and Rehabilitation. New York : Demos Medical Publishing. 2009.
- 2- Traité de neuropsychologie clinique. Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte. De Boeck édition. 2008.
- 3- Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, adoptée par l'OMS le 22 mai 2001. 54^{ème} assemblée mondiale de la santé
- 4- www.sgrp.fr/resources/BREF.pdf
- 5- www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.9.2.Barthel.pdf