

Retour  
au domicile  
du patient  
hémiplégique  
(1<sup>re</sup> partie)

## Retour au domicile du patient hémiplégique (1<sup>re</sup> partie)

SOMMAIRE  
(2<sup>e</sup> partie)

Parution  
décembre 2001

- ◆ Rééducation orthophonique
- ◆ Ergothérapie
- ◆ Prise en charge psychologique

### Après l'attaque cérébrale

L'attaque cérébrale, c'est avant tout la survenue brutale d'un handicap qui peut être physique, comme la paralysie ou l'hémiplégie, ou neuropsychique, comme la perte de la parole (aphasie). La rééducation est actuellement le traitement principal de ce handicap. Elle accélère la récupération du déficit et améliore les possibilités fonctionnelles. Elle doit être de bonne qualité, c'est-à-dire précoce, prolongée et adaptée (par exemple, le travail en force ou les mouvements répétés de pédalage à vélo sont à bannir de la rééducation de l'hémiplégique !). Mais vivre après un infarctus cérébral, c'est aussi souvent apprendre à vivre différemment, s'adapter au mieux à la perte d'autonomie, en exploitant au mieux ses ressources. Dans ce travail parfois de longue haleine, les rééducateurs, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et orthophonistes jouent un rôle majeur. Ces changements radicaux, sources de profond traumatisme moral, sont souvent à l'origine de dépression ou d'humeur triste qu'il est important de traiter car, en plus de la douleur morale qu'elle entraîne, la dépression peut entraver la bonne marche de la rééducation et donc de la récupération. Enfin, à côté du strict aspect médical, il est important d'adapter le domicile au handicap et de réapprendre les gestes quotidiens – c'est le travail de l'ergothérapeute (thérapeutique occupationnelle, comme faire la cuisine, par exemple) – et d'évaluer la situation sociale – c'est le travail de l'assistante sociale – pour que le retour au domicile se fasse dans les meilleures conditions possibles. En résumé, un patient victime d'une attaque cérébrale doit se réadapter à la vie à la maison, à la vie en société, et se préparer à retravailler. Il mettra les meilleures chances de son côté pour atteindre ces objectifs non seulement s'il suit le traitement médical que ses médecins préconisent à sa sortie de l'hôpital, mais aussi s'il poursuit des soins spécialisés à la maison ou en hôpital de jour de rééducation (kinésithérapie, orthophonie, voire ergothérapie et psychothérapie).

### Questions fréquemment posées au médecin

chées la première année, d'autant plus qu'il y a des traitements qu'il faut adapter, surveiller ou modifier en fonction de leur efficacité et de leur tolérance. Une fois par mois au début, puis tous les 3 mois, après que le traitement est bien établi et bien toléré. Un suivi régulier est important pour renforcer la motivation de soigner ses "facteurs de risque vasculaire".

#### À QUELLE FRÉQUENCE DOIS-JE CONSULTER MON MÉDECIN TRAITANT ?

- ◆ Cela sera à définir avec lui en fonction du nombre de pathologies que vous avez. Habituellement, on conseille des visites rappro-

#### QUE DOIS-JE FAIRE POUR ÉVITER UNE AUTRE ATTAQUE CÉRÉBRALE ?

- ◆ Une prise régulière du traitement est essentielle pour diminuer les facteurs de risque de refaire une attaque cérébrale.



◆ Prendre tous les jours de petites doses d'aspirine ou un **médicament anticailot** équivalent ou plus puissant (Asasantine®, Plavix®, Ticlid®, anticoagulant), lorsqu'il n'y a pas d'impossibilité (attention : l'association à certains traitements anti-inflammatoires doit être évitée, parlez-en à votre médecin).

◆ D'une façon générale, **tous les facteurs de risque vasculaire** doivent être parfaitement soignés s'ils existent (hypertension artérielle, diabète, cholestérol).



◆ **Le tabac** : vous n'avez pas le choix, il faut impérativement arrêter de fumer. Pour vous aider, vous pouvez utiliser des patchs nicotiniques et aller à la consultation anti-tabac.

◆ **Le régime alimentaire** : il doit être normal en l'absence de maladie associée. Vous devrez diminuer les apports caloriques en cas de diabète, de surpoids ou si le cholestérol est trop élevé. Si vous avez du diabète, il faudra diminuer les aliments sucrés. Si vous avez trop de cholestérol, diminuez les apports en graisse (fromage, charcuterie, beurre, œufs). Enfin, en cas d'hypertension artérielle, il faut manger peu salé. Une diététicienne peut vous conseiller. Le vin en quantité raisonnable (1 à 2 verres par jour) est autorisé ; au-delà, il est dangereux.



◆ **Le surpoids** : il favorise aussi la récurrence d'infarctus cérébral. Un régime, au mieux couplé à une activité sportive ou à un exercice physique régulier est, dans ce cas, impératif. Il permettra, en plus, de faire baisser votre pression artérielle ainsi que votre taux de sucre et de cholestérol.



◆ **La tension (pression artérielle)** : sauf cas particulier, elle doit être inférieure ou égale à 140/85. Si elle est supérieure, il faut la contrôler un mois plus

tard et, éventuellement, adapter votre traitement. Si votre tension est difficile à traiter, vous pouvez acheter un appareil à mesurer la tension. Attention, tous les appareils ne se valent pas, demandez conseil à votre médecin.

◆ **Le sport** (si le handicap le permet) : en l'absence de maladie cardiaque, une activité sportive régulière est fortement conseillée. Elle fait

baisser le cholestérol, la tension artérielle et diminue le risque de maladie cardio-vasculaire. Pour les personnes âgées non sportives, marcher au moins 3 km par jour peut remplacer le sport.

### EST-CE QUE JE PEUX :



◆ **Conduire ma voiture ?** Tout dépend du handicap résiduel ; c'est le médecin expert de la préfecture de police de votre lieu d'habitation qui doit évaluer

vos capacités à reconduire. Les véhicules peuvent, dans certains cas, être adaptés à votre handicap.

◆ **Prendre l'avion ?** Cela est autorisé.



◆ **Avoir des relations sexuelles ?** Il n'y a pas de contre-indication ; cependant, il est fréquent d'observer, surtout au début, une diminution du désir sexuel. Vous devez en parler à votre médecin : des solutions parfois simples existent.

◆ **Prendre la pilule ou mon traitement hormonal substitutif ?**

La pilule classique est contre-indiquée ; il faut avoir recours à un autre moyen de contraception. Le stérilet risque de ne pas être efficace si vous êtes sous aspirine, et les saignements sont favorisés par tous les traitements qui fluidifient le sang (aspirine, Plavix®, Ticlid®, Asasantine®, anticoagulants). D'autres moyens mécaniques peuvent être utilisés (préservatifs, diaphragme, spermicides). Une pilule spéciale (microprogestatif) peut être envisagée.

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause peut être repris.



◆ **Avoir des enfants ?** La grossesse n'augmente pas le risque de nouvelle attaque cérébrale. En revanche, il est préférable de la préparer. Il faudra d'abord contrôler

(si besoin) la tension (votre pression artérielle), votre diabète, votre taux de cholestérol et arrêter les traitements contre-indiqués pendant la grossesse. La fatigue et le surpoids engendrés par la grossesse peuvent gêner la rééducation, il vaut mieux attendre tant que des progrès sont observés. Enfin, vous pourrez bénéficier d'une **péridurale**.



Figure 1.



Figure 2.



Figure 3.



Figure 4.

## Kinésithérapie

La rééducation dans un centre de rééducation neurologique est le plus souvent nécessaire pendant plusieurs semaines pour avoir les meilleures chances de récupérer. Après ce stage en rééducation, ou immédiatement après la phase aiguë de l'attaque cérébrale si la paralysie est peu intense, c'est le retour au domicile. Poursuivre sa rééducation à la maison, dans son environnement habituel, présente des avantages indéniables qui compensent largement le manque de matériel adapté et la diminution du temps de présence du kinésithérapeute. La qualité du retour au domicile est conditionnée par la poursuite de la kinésithérapie.

### AMÉLIORER LA CIRCULATION SANGUINE DES MEMBRES INFÉRIEURS

- Les bas ou demi-bas de contention, s'ils ont été prescrits, doivent être placés le matin avant le lever. Il ne faut pas les supprimer sans l'avis du médecin.
- L'activité physique et la marche sont à pratiquer plusieurs fois par jour.

### RETROUVER DE L'ACTIVITÉ MOTRICE

#### ◆ L'activité physique

Le programme d'activité physique proposé par le kinésithérapeute comporte :

- des exercices de mobilisation des membres que le patient doit faire tout seul ;
- des exercices de contractions localisées des muscles qui commencent à réagir volontairement, en évitant que ces contractions n'entraînent des crispations dans les muscles voisins ;
- des exercices de renforcement des muscles du tronc dans le but d'améliorer la station debout et la marche (figure 1) ;
- des mouvements respiratoires lents, profonds et réguliers.

Ces exercices doivent être réalisés sans effort, c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas entraîner d'essoufflement, de sensation de malaise ou d'épuisement.

#### ◆ Le repos en position assise (figure 2)

La station assise doit être stable et confortable :

- éviter de s'effondrer dans le fauteuil ;
- mettre en valeur la symétrie corporelle ;
- répartir équitablement le poids du corps sur les deux fesses ;
- s'asseoir de temps à autre le buste légèrement penché vers l'avant, les avant-bras appuyés sur une table, les pieds à plat sur le sol.

Il ne faut pas rester longtemps assis sans changer de position : il faut se lever seul ou avec l'aide d'un proche pour faire quelques pas, respirer profondément et bouger les bras et les jambes.

#### ◆ Attention à l'articulation de l'épaule ! (figure 3)

L'épaule est fréquemment l'objet de tiraillements douloureux ou de traumatismes. Pour éviter ces problèmes :

- faire reposer le bras sur un oreiller en position couchée sur le dos ;
- placer l'avant-bras sur l'accoudoir du fauteuil ou sur une tablette en position assise ;
- **il ne faut surtout pas** tirer la personne hémiplégique par le bras paralysé pour l'aider à se lever ;
- porter une écharpe de soutien lors de la station debout et de la marche (figure 4).

#### ◆ Restaurer l'usage du membre supérieur atteint

Les objectifs sont d'améliorer l'usage du membre atteint et de compenser les déficits fonctionnels par le membre sain. La personne hémiplégique est encouragée à :

- mobiliser fréquemment et stimuler par le contact sa main paralysée avec sa main saine ;
- développer le sens du toucher de la main atteinte par la manipulation attentive d'objets de formes et de textures différentes ;
- utiliser la main atteinte pour la réalisation des gestes usuels, chaque fois que possible ;
- si les doigts de la main sont contractés au point que les ongles blessent la paume : couper les ongles, nettoyer les espaces interdigitaux et activer les doigts et le poignet.

#### ◆ Rendre la marche autonome

Seules les personnes qui tiennent leur équilibre en position assise peuvent être mises debout.



Figure 5.



Figure 6.



Figure 7.

Si une aide est nécessaire, l'assistant se place du côté atteint, contrôle fermement le bassin d'une main et soutient le bras atteint de l'autre (figure 5). Le genou atteint doit être étendu, si possible par un effort volontaire. Il ne suffit pas de tenir uniquement sur le membre inférieur sain, il faut répartir le poids du corps sur les deux pieds.

Le temps passé debout est augmenté progressivement pour atteindre une durée minimale d'une heure fractionnée en plusieurs fois au cours de la journée.

Il faut éliminer les chaussures inadaptées (chaussures ouvertes ou à talon) et chausser la personne hémiplegique avec des chaussures de basket ou fermées et basses.

La station debout est rendue plus stable par l'utilisation d'une canne simple ou d'une canne tri- ou quadripode si l'équilibre est précaire. Le déambulateur est rarement utile, car il exige l'usage des deux mains.

Si le pied paralysé reste tombant, un releveur placé dans la chaussure le maintient à angle droit (figure 6).

La famille de la personne hémiplegique doit prendre des précautions pour lui éviter les chutes, par exemple, en retirant les tapis et les fils électriques qui traînent au sol.

Les chutes peuvent avoir une origine médicale. Elles doivent être signalées au médecin.

Le fauteuil roulant est parfois nécessaire. Il demande à être essayé avant l'acquisition définitive et exige un temps d'apprentissage (figure 7).

Il suffit de peu de chose pour que la **spasticité** (c'est-à-dire la raideur) en extension du membre inférieur soit une gêne à la marche : l'anxiété, l'inactivité, le contact désagréable d'un vêtement mal ajusté, un durillon, etc., augmentent ainsi la spasticité. Dans ce cas, un traitement médical spécifique doit être prescrit.

## CONCLUSION

La kinésithérapie est une partie importante du traitement après une attaque cérébrale et aide au processus de rétablissement. La kinésithérapie peut aider le patient à faire des progrès considérables. Toutefois, cela ne signifie pas forcément que la personne hémiplegique redeviendra comme avant l'accident cérébral. Mais une

kinésithérapie assidue et bien faite peut aider la personne hémiplegique à se servir au mieux de son corps après une attaque cérébrale.



Figure 5.

## Prise en charge sociale

◆ **Une demande d'exonération du ticket modérateur (100 %)** doit être transmise au médecin conseil de la CPAM afin de couvrir les frais d'hospitalisation, les soins à domicile, la prise en charge à 100 % des médicaments et de la rééducation ayant un rapport avec l'attaque cérébrale. Les personnes non assurées sociales résidant en France de façon stable et régulière peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU).

◆ **En cas de besoin d'une rééducation après un AVC, le patient est adressé en service de rééducation ou dans un établissement de moyen séjour.** Le séjour est pris en charge par la Sécurité sociale dans les mêmes conditions qu'à l'hôpital. La durée de ce séjour est fonction de l'état du patient et de la décision des médecins rééducateurs.

◆ **Si le retour au domicile n'est pas possible** au terme de la rééducation, il faut alors envisager un placement, qui peut être effectué dans des structures ayant des statuts très différents :

- les longs séjours, réservés aux personnes âgées de plus de 65 ans ;
- les maisons de retraite publiques, qui fonctionnent comme les longs séjours. Les personnes de moins de 65 ans peuvent être acceptées après accord d'un médecin départemental (dérogation d'âge) ;
- les maisons de retraites privées, qui acceptent toutes personnes sous réserve d'un accord médical.

Pour les établissements agréés par l'aide sociale, une participation financière du département peut être accordée sur demande de l'intéressé et/ou de sa famille sous condition de ressources.

◆ **Si le retour au domicile à partir de l'hôpital ou du lieu de rééducation est possible et que le patient présente encore un handicap, plusieurs aides peuvent être proposées :**

- Soins pris en charge à 100 % par la Sécurité

sociale

– Une **infirmière** libérale se déplacera à domicile, sur prescription médicale, 7 jours sur 7 et éventuellement deux fois par jour pour les soins de toilette, prise de médicaments, etc.

– **Kinésithérapeutes** et **orthophonistes** peuvent également se rendre au domicile.

– Sur prescription médicale, du **matériel médical** peut être fourni en location (lit médicalisé, fauteuil roulant, déambulateur, etc.).

● **Autres aides**

– Une **aide ménagère** peut intervenir pour les personnes âgées de plus de 60 ans ou bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH). Pour les personnes retraitées, les caisses de retraite vieillesse participent financièrement.

– Il peut être fait appel à des associations qui envoient chez les personnes dépendantes une **auxiliaire de vie**, qui assiste la personne pour les actes quotidiens mais n'assure aucun soin. Les frais sont en totalité à la charge du bénéficiaire.

– Pour faciliter le retour au domicile, il est possible d'obtenir la mise en place d'une **télé-alarme**. Se renseigner auprès du centre d'action sociale du domicile.

◆ **La reprise du travail**

● **Pour les personnes pouvant retravailler et présentant un handicap**

– Voir avec l'employeur pour un aménagement du poste de travail.

– Obtenir de la COTOREP le statut de travailleur handicapé.

– Solliciter les services d'une association (AGE-FIPH) qui aide et favorise l'accès et le maintien des handicapés en milieu de travail ordinaire.

● **Si l'aménagement du poste de travail n'est pas envisageable**

Constituer un dossier COTOREP pour obtenir le statut de travailleur handicapé et demander un reclassement professionnel.

● **Mi-temps thérapeutique**

– Permet, après un arrêt de travail prolongé, de reprendre son activité professionnelle à mi-temps, en vue d'une reprise à plein temps ultérieure.



Figure 6.



Figure 7.

– Il faut obtenir l'accord de l'employeur et du médecin conseil de la CPAM.

#### ◆ Les aides financières

##### ● *Indemnités journalières*

Les personnes ne pouvant reprendre une activité salariée peuvent bénéficier pendant 3 ans d'indemnités versées par la Sécurité sociale équivalant à 50 % du salaire mensuel précédant l'arrêt de travail. Après ces 3 ans, en cas de non-prise, une pension d'invalidité peut être attribuée à l'assuré.

##### ● *Pension d'invalidité*

Pour les personnes qui étaient en activité ou en maladie de longue durée, les catégories définies par le Code de la Sécurité sociale sont les suivantes :

– 1<sup>re</sup> catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée à temps non complet : le montant de la pension équivaut à 30 % du salaire annuel moyen.

– 2<sup>e</sup> catégorie : pour les personnes absolument incapables d'exercer une profession quelconque, le montant de la pension est de 50 % du salaire.

– 3<sup>e</sup> catégorie : invalides incapables d'exercer une profession et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (en avril 2001, cette pension était de 5 881,24 F/mois).

##### ● *Allocation adulte handicapé (AAH)*

Elle est versée aux personnes qui ne peuvent prétendre à une pension d'invalidité, ou aux personnes ayant une pension inférieure au montant de l'AAH qui est de 3 654 F. Il faut faire la demande à la COTOREP.

##### ● *Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)*

Elle permet de rémunérer une personne qui aide la personne dépendante régulièrement dans les actes essentiels de la vie courante. La personne rémunérée peut être une auxiliaire de vie, une femme de ménage, un membre de la famille ou encore une maison de retraite.