

Retour au domicile du patient hémiplégique (2^{de} partie)

Retour au domicile du patient hémiplégique (2^{de} partie)

Après l'attaque cérébrale

La rééducation après une attaque cérébrale est capitale. Elle comprend non seulement la kinésithérapie motrice, c'est-à-dire la rééducation des mouvements ou de la marche, mais aussi, à chaque fois qu'ils existent, la prise en charge des troubles de la parole, de l'écriture, de la lecture ou encore de la déglutition. C'est le rôle de l'orthophoniste. Son travail commence à l'hôpital, tout de suite après l'attaque cérébrale pour apprécier la gravité de l'atteinte et commencer la rééducation qui se poursuivra à domicile.

L'ergothérapie est une technique de rééducation moins connue. Son but est d'apprendre au malade à exploiter au mieux les capacités qui lui restent pour qu'il puisse faire le maximum de choses seul. L'ergothérapeute pourra aussi conseiller le patient et sa famille sur l'aménagement du domicile afin, par exemple, de faciliter les déplacements.

En plus du handicap physique, l'attaque cérébrale est très souvent responsable d'une détresse psychologique. Il y a d'abord la dépression. Le patient se voit brutalement "diminué", devenir "une charge" pour ses proches. Mais il y a également l'angoisse de la récurrence. Il ne faut pas négliger ces troubles mais les traiter activement. Dans ces moments difficiles, l'écoute et les conseils d'un psychologue sont souvent d'une grande aide.

Rééducation orthophonique

L'attaque cérébrale peut provoquer des difficultés pour parler, comprendre, compter, s'orienter dans l'espace, etc. Ces difficultés sont appelées **troubles neuropsychologiques**. Le rôle de l'orthophoniste est de faire le bilan de ces troubles et de les rééduquer.

Il existe deux types fondamentalement différents de troubles neuropsychologiques :

- dans les atteintes de la partie gauche du cerveau (ou **hémisphère gauche**), le patient a généralement des troubles du langage appelés **aphasie** ;

- dans les atteintes de la partie droite du cerveau (ou **hémisphère droit**), souvent, le patient, étonnamment, ne se rend pas compte de l'exis-

tence de sa paralysie et/ou n'a pas conscience de ce qui se passe du côté gauche de l'espace (on dit qu'il **néglige** le côté gauche) : c'est le **syndrome de l'"hémisphère mineur"**.

Les symptômes, et donc la rééducation, sont ainsi complètement différents selon qu'il existe une lésion hémisphérique droite ou gauche.

LÉSION DE LA PARTIE GAUCHE DU CERVEAU

C'est l'aphasie. Le patient a des troubles de l'expression du langage. Il ne peut plus formuler ses phrases, il n'a plus à sa disposition les mots qui lui permettent d'exprimer sa pensée, il dit des mots pour d'autres ou qui n'existent pas, il écorche les mots. Le langage écrit est souvent plus atteint que le langage oral (*figure 1, p. 16*).

Attention : il ne faut pas confondre troubles du langage (= aphasie) et troubles de la parole

mettre la shéiére au toit
 puis qu' on reste compris trop
 tu sois établi la comme
 est mienne après cette
 parodament

Figure 1. Production de jargon écrit.

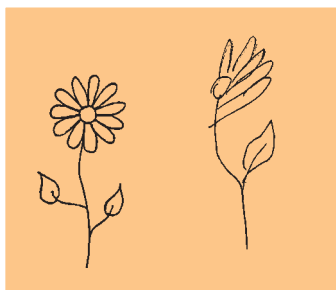


Figure 2a.

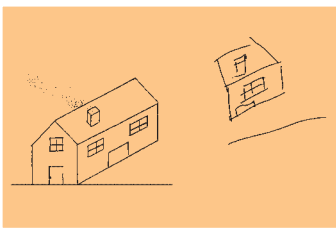


Figure 2b.

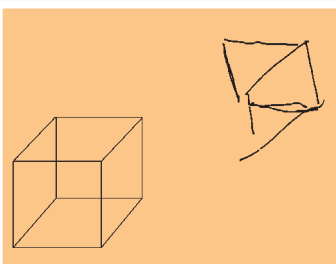


Figure 2c.

(dysarthrie). La dysarthrie est due à une paralysie des organes phonateurs, la parole est mal articulée. Sa rééducation est complètement différente.

Mais le patient a aussi des **troubles de la compréhension du langage**. Il ne parvient plus à appréhender ce qu'on lui dit, mais également ce qu'il lit. Ses troubles fluctuent selon le contexte. Par exemple, un patient peut comprendre "As-tu vu ta fille ?" et ne pas comprendre "As-tu pris ton médicament ?".

Au stade initial, les aphasiques sont privés de toute forme de communication, qu'elle soit langagière (orale et écrite) ou gestuelle, etc.

◆ **Quelles sont les conduites à adopter ?**

- *Ne pas donner au patient d'ardoise magique ni de lettres de scrabble* pour favoriser la communication, car l'écrit est souvent plus perturbé que l'oral. Cela ne fait qu'augmenter son angoisse lorsqu'il se rend compte qu'il ne parvient plus à écrire.
- *Ne pas parler fort*, le patient n'est pas sourd ! En revanche, il peut être utile de parler plus lentement.
- *Faire des phrases courtes*, mais ne jamais infantiliser le langage.
- *Ne pas faire semblant d'avoir compris un message si celui-ci est inintelligible*. Certains patients ne se rendent pas compte qu'ils émettent un message incompréhensible ; il faut leur en faire prendre conscience.
- *Ne pas anticiper sur ce que tente de dire le patient*, lui laisser le temps de s'exprimer.
- *Ne jamais obliger le patient à répéter un mot correctement*.
- *Éviter les réunions avec plusieurs interlocuteurs*.

- *Prohiber les ambiances trop bruyantes*.
- *Respecter ses temps de repos* : un patient qui vient de faire une attaque cérébrale est très fatigable pendant plusieurs semaines à plusieurs mois.

◆ **Rééducation orthophonique**

Chaque aphasique est unique. Il existe de nombreuses techniques de rééducation, mais, dans tous les cas, il est important de rééduquer le langage écrit parallèlement au langage oral et de prendre en charge rapidement les troubles du calcul. Redonner au patient un accès au calcul lui permet de récupérer un certain degré d'autonomie dans sa vie quotidienne, même s'il reste aphasique (comme pouvoir faire ses courses).

LÉSION DE LA PARTIE DROITE DU CERVEAU

Le trouble principal est la négligence de l'espace gauche. L'œil est intact, c'est le cerveau qui ignore tout de ce qu'il se passe dans le champ visuel gauche. Le patient se cogne dans les chambranles de porte, heurte les personnes qu'il croise sur sa gauche et passe son temps à chercher les objets qui se situent sur sa gauche. Cette négligence est aussi responsable des troubles de la lecture et de l'écriture ; le patient omet les mots situés sur la partie gauche du texte, n'écrit que sur la partie droite de la feuille ou ne recopie que la partie droite d'un dessin (*figures 2a, b, c*).

Le patient a également du mal à s'orienter (il peut, par exemple, ne plus trouver sa chambre) et peut avoir des difficultés pour s'habiller (comme s'évertuer à passer sa jambe dans la veste du pyjama).

◆ **Quelles sont les conduites à adopter ?**

- *Stimuler le patient en permanence sur sa gauche*. Le conjoint se place à sa gauche pendant le repas, lors des sorties et l'incite à le regarder quand il lui parle.
- *Placer les objets dans le champ visuel gauche* (télévision, etc.).
- *Ne jamais laisser un patient sortir seul*, au moins au début, car il risque de se faire renverser par les véhicules venant de la gauche.
- *Éviter de laisser libeller un chèque sans le vérifier*, car il peut exister des difficultés en calcul.

◆ Rééducation orthophonique

Le bilan doit apprécier l'importance de la négligence, des troubles du calcul et d'éventuels troubles neuropsychologiques associés, puis une rééducation adaptée est instaurée.

DANS TOUS LES CAS

- ◆ La rééducation doit être assurée par des orthophonistes spécialisés.
- ◆ Des bilans doivent être pratiqués régulièrement.
- ◆ La rééducation doit être poursuivie aussi longtemps que les progrès sont constatés, aussi minimes soient-ils.
- ◆ Parfois, il peut être nécessaire après plusieurs années de poursuivre la prise en charge orthophonique à raison d'une séance tous les 15 jours pour les patients qui conservent un déficit encore marqué et qui, s'ils ne se savent plus "soutenus", abandonnent tout effort.

CONCLUSION

Lors du retour à domicile, pour favoriser la récupération d'un patient venant d'être atteint d'une attaque cérébrale, il est primordial de débiter rapidement la rééducation orthophonique à la maison par une orthophoniste, en liaison avec l'équipe hospitalière. Il est essentiel pour le patient d'être suivi par une équipe stable, disponible, ayant une parfaite connaissance de ses problèmes.

Ergothérapie

L'objet principal de la rééducation après une attaque cérébrale est la diminution du handicap résiduel et l'indépendance fonctionnelle. Qu'il s'agisse de suppléer aux fonctions déficientes, d'optimiser les fonctions restantes ou d'imaginer des adaptations de son espace de vie, l'ergothérapie est un moyen essentiel de restauration de l'autonomie des patients. Cette phase de réinsertion au domicile est le but de la réadaptation de la personne atteinte d'attaque cérébrale. L'ergothérapeute est un acteur

essentiel de la préparation du retour à domicile par son rôle dans la réadaptation au milieu de vie. Il est systématiquement présent lors des visites à domicile. Il accompagne le patient dans son cheminement.

PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES

Après une attaque cérébrale, les patients et leur famille sont en règle générale très inquiets du retour au domicile. L'hospitalisation est en effet souvent longue, les séquelles plus ou moins importantes et pas encore acceptées. Le retour au domicile est difficile à envisager sereinement, car la vie quotidienne est profondément modifiée. Il faut donc préparer suffisamment à l'avance la sortie définitive de l'hôpital pour que la transition se fasse le mieux possible. L'ergothérapeute est un intervenant de choix pour conseiller, écouter et organiser ce retour avec toute l'équipe de rééducation, le patient, sa famille et son entourage.

◆ Étapes de la prise en charge ergothérapique :

- Une évaluation des possibilités fonctionnelles, c'est-à-dire de ce que le patient peut faire.
- Des mises en situation de la vie quotidienne à l'hôpital et à l'extérieur.
- Une visite à domicile pour observer le patient et le mettre en situation réelle dans son cadre de vie et établir avec lui des aménagements dans son appartement.
- Envisager de nouveaux objectifs de rééducation plus personnalisés.
- Le conduire à prendre conscience progressivement des changements auxquels il va devoir faire face.

La préparation du retour ne peut se faire qu'après avoir établi avec le patient une relation de confiance et une mise en commun du travail de chaque rééducateur.

◆ Il faut spécifiquement évaluer :

- L'autonomie du patient dans les actes de la vie quotidienne, en prenant en compte son autonomie antérieure à l'attaque cérébrale. Ses habitudes seront ainsi préservées au maximum.

- Ses fonctions intellectuelles (dites cognitives).
- Ses capacités fonctionnelles, c'est-à-dire les gestes qu'il peut effectuer.

◆ **Rééducation ergothérapeutique**

● *À l'intérieur de l'hôpital.*

Elle vise à mettre le patient en situation réelle par les activités de la vie quotidienne comme la toilette, l'habillement, la préparation d'un repas, les courses, des démarches administratives et parfois les gestes professionnels. Ainsi l'ergothérapeute est-il conduit à conseiller des "manières de faire", proposer des aides techniques, informer, par exemple, sur l'existence de permis de conduire pour personne handicapée.

● *À l'extérieur de l'hôpital.*

Il s'agit d'une mise en situation qui est importante, car elle met en jeu l'acceptation du regard des autres face aux difficultés motrices (se montrer en fauteuil roulant, avec une canne, etc.) et à la peur d'être bousculé, de tomber, et aux difficultés à la communication lorsque le patient est aphasique (c'est-à-dire qu'il n'a plus la capacité entière d'utiliser et de comprendre le langage oral ou écrit - voir le paragraphe sur la rééducation orthophonique).

Ces sorties thérapeutiques ont plusieurs objectifs :

- Affronter le regard des autres.
- Évaluer :
 - les repères spatiaux avec la lecture d'un plan, organiser un déplacement dans le métro, etc. ;
 - les possibilités, surtout si le patient vit seul, de faire les courses dans son quartier, de manipuler l'argent, etc. ;
 - les difficultés à se déplacer sur les trottoirs, traverser la rue, descendre et monter une marche, etc. ;
- Se réhabituer au bruit du monde extérieur.

La visite à domicile est organisée par l'ergothérapeute sur prescription médicale, avec le patient, son entourage et les différents intervenants en rééducation. Selon les cas, le kinésithérapeute participe à la visite si les troubles moteurs sont encore importants, l'orthophoniste si les troubles du langage priment, l'assistante sociale s'il faut prévoir des aides à

domicile. Le trajet de cette visite à domicile se fait selon les cas en ambulance, en voiture de l'hôpital, en métro ou à pied, selon ce qu'on veut évaluer.

VISITE AU DOMICILE

On met le patient en situation : ouvrir la porte d'entrée de l'immeuble, monter une marche, taper le digicode, prendre l'ascenseur, se transférer du fauteuil au lit et du lit au fauteuil, dans la douche ou la baignoire, les wc, parcourir les différentes pièces pour déterminer si le patient peut se déplacer en fauteuil, avec un déambulateur ou avec sa canne.

Quand cela est nécessaire, nous faisons intervenir la famille, pour lui montrer comment aider à certains transferts.

Pendant la visite, le patient et son entourage prennent conscience du handicap. C'est souvent un moment plein d'émotion, car c'est la première fois depuis deux ou trois mois que le patient se retrouve chez lui et s'aperçoit que sa vie ne pourra plus être comme avant.

◆ **À la suite de cette visite, nous pouvons conseiller :**

- Les aides techniques nécessaires (fauteuil roulant pour l'extérieur, barres d'appui sur les murs de la maison, sièges douche ou de baignoire, chaise avec accoudoir, etc.).
- Les aménagements (enlever les tapis, échanger la baignoire pour une douche, etc.).
- Les soins à domicile à prévoir pour la toilette, les repas, les sorties, les démarches administratives, etc.

Et nous déterminons de nouveaux objectifs de rééducation en fonction des difficultés rencontrées.

Un compte rendu détaillé est remis au patient, lui indiquant ainsi les différentes solutions que nous lui avons proposées lors de la visite.

Nous insistons sur les permissions thérapeutiques du week-end qui permettent au patient et à sa famille de se familiariser peu à peu avec les nouveaux aménagements.

◆ **Parfois, nous sommes confrontés :**

- À des problèmes familiaux sous-jacents.
- À des problèmes financiers liés aux coûts des

aménagements nécessaires et des aides techniques qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale : parfois, les familles ne peuvent pas participer financièrement, et il n'y a pas d'aide financière prévue.

– À des problèmes de réadaptation à la vie sociale. Les patients sont anxieux de quitter l'hôpital qui est pour eux un lieu sécurisant et parfois un lieu de vie où ils ne sont plus seuls, lieu où le personnel connaît leurs difficultés. Une prise en charge psychologique est souvent nécessaire pour des personnes lourdement handicapées. Cette prise en charge peut être aussi tournée vers la famille ou les proches : en facilitant la compréhension de l'entourage, elle multiplie les chances du patient de retirer le maximum de bénéfice de la rééducation ; en effet, l'absence de compréhension de la part de l'entourage est une plainte fréquente du patient : *“Comme ça ne se voit pas, les autres ne comprennent pas. Tout le monde me dit que j'ai bonne mine !”*.

◆ Avantages de la visite au domicile

Elle entraîne une prise de conscience chez certains patients jusqu'alors très démotivés qui, par la stimulation suscitée par cette visite, comprennent que la rééducation qui leur est proposée a une finalité concrète ; cela leur permet alors de s'investir pleinement dans la rééducation, car leur envie de retourner au domicile est très forte.

CONCLUSION

La préparation du retour au domicile est un travail commun avec tous les intervenants hospitaliers, le patient et sa famille. Elle débute avec l'hospitalisation du patient. Tous les actes de la vie quotidienne peuvent faire l'objet d'une rééducation, car tous ces gestes nécessitent souvent un réapprentissage.

Obtenir son indépendance et son autonomie après une attaque cérébrale est un combat de tous les jours. L'indépendance future dépendra du degré d'investissement du patient dans ce combat et de l'acceptation ou non de changer ses habitudes. Il doit parfois aussi admettre la perte d'une partie des capacités de son corps afin de changer ses habitudes et exploiter au mieux les possibilités qu'il lui reste. C'est, il est vrai, un moment difficile de sa vie, générateur d'angoisse face à l'avenir.

Prise en charge psychologique

La rapidité de la survenue de l'attaque cérébrale, la perte de l'autonomie physique et des capacités à communiquer, la crainte de séquelles importantes bouleversent l'équilibre psychologique de la personne. Confrontés à la réalité soudaine de la maladie, le patient et son entourage réalisent leur vulnérabilité, ce qui peut être à l'origine de réactions nécessitant l'intervention du psychologue dès les premières heures de l'accident cérébral, pendant l'hospitalisation, puis lors du retour au domicile. Le soutien psychologique qu'il apporte par une “écoute” attentive permet de favoriser les réaménagements psychiques qui surviennent au cours de toutes les maladies graves.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT

Les conséquences de l'attaque cérébrale sont d'intensité et de durée variables. Cela peut entraîner une souffrance psychologique importante qu'il convient d'accompagner en écoutant les plaintes du malade sans les banaliser ni les minorer.

La perte de l'autonomie pour se déplacer et parfois l'atteinte de la capacité à parler (aphasie) peuvent susciter une réaction dépressive et/ou anxieuse. L'intervention du psychologue au chevet du malade, aussitôt que possible au cours de l'hospitalisation, permet l'expression des affects et des émotions : tristesse, angoisse, peur et/ou refus du handicap, sentiment de dévalorisation, perte de confiance en soi. Même lorsque le trouble de la parole est massif, le psychologue peut intervenir en utilisant d'autres moyens que la parole.

Les troubles de l'attention et de la concentration, les déficits mnésiques, la difficulté à réaliser certains gestes tels que manger ou s'habiller sont aussi sources de difficultés psychologiques. Ces troubles neuropsychologiques sont évalués par le psychologue au moyen de tests qui ont pour but de connaître leur intensité. Ces tests, souvent longs (plusieurs heures, parfois réalisés sur plusieurs séances) sont importants, car ils permettent de savoir ce qui est préservé et ce qui est à rééduquer.

Après l'attaque cérébrale, il peut y avoir un sentiment de détresse morale, puis une grande anxiété. Ces réactions surviennent souvent après la période aiguë (période pendant laquelle la survie du patient est en jeu) et sont la conséquence de l'inquiétude du patient et de son incertitude relative à son avenir sur le plan familial, professionnel et social. Le rôle du psychologue est d'aider le patient à briser l'isolement et de le soutenir moralement dans cette expérience douloureuse.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DE LA FAMILLE

Lors de l'attaque cérébrale, la famille se trouve soudainement face à deux réalités. Elle doit accueillir le patient, assumer immédiatement la douleur, la peine et la tristesse de la maladie de l'un de ses proches, et elle réalise, avant lui, la gravité des troubles et le bouleversement qu'ils peuvent entraîner sur la vie de famille. La diminution des revenus et les difficultés financières liées au nécessaire arrêt de travail peuvent entraîner des préoccupations supplémentaires. Cela est parfois à l'origine de réactions anxieuses de l'entourage. Le psychologue peut être d'une grande aide pour la famille et les proches dans ces moments où ils se sentent souvent démunis et ne savent quel comportement adopter face au malade devenu soudain dépendant et avec lequel il est parfois difficile de communiquer.

Plus tard, l'entourage doit tenter de pallier la dépendance du malade sans accentuer la culpabilité qu'il ressent souvent quand il se perçoit comme une charge pour son entourage. Selon l'âge mais aussi la place du malade dans sa famille, cette dernière aura plus ou moins de difficulté à accepter la diminution de l'autonomie du patient. Tous ces réajustements sont

parfois difficiles, et le psychologue peut accompagner cette démarche. Un véritable équilibre est à construire entre les attentes du patient, ses possibilités de récupération et le soutien que peuvent lui prodiguer ses proches. La famille, pour mieux accompagner le malade à domicile, doit connaître son degré d'autonomie et ses possibilités. Les capacités de compréhension du malade étant le plus souvent préservées, il faut éviter de le tenir éloigné des décisions qui le concernent et de laisser s'installer des blocages psychologiques néfastes.

SOUTIEN AU COURS DE L'ÉVOLUTION

Dans les mois qui suivent l'attaque cérébrale, le patient et son entourage sont naturellement préoccupés par les risques de récurrence. Cela est parfois à l'origine d'une anxiété qui peut bloquer sa capacité à se projeter dans l'avenir. Cette attitude assez fréquente doit être repérée. Elle peut être accompagnée d'autres symptômes évocateurs d'une dépression qu'il est important de diagnostiquer et de prendre en charge le plus rapidement possible avec un traitement approprié. Des entretiens psychologiques réguliers peuvent être proposés. Ce soutien psychologique se fait alors dans le cadre de consultations externes ou, si besoin, à domicile.

CONCLUSION

Tout au long de la prise en charge de l'attaque cérébrale, le psychologue, avec l'équipe soignante (médecins, assistante sociale, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute), établit un dialogue avec les proches et aborde les questions légitimes qui surgissent au cours de la récupération.