

Collaboration Ergothérapeute/Psychomotricienne lors de prise en soin de patients EVC/EPR.

*Hôpital Georges Clemenceau
Service du Docteur Maugourd*

Emmanuelle GRAS – Nelly RABAT-ALLOUX
Psychomotricienne – Ergothérapeute

2 juin 2014

A) Définitions

B) Présentation du service

C) Prise en charge

a) Introduction

b) Cas clinique : Amer

c) Cas clinique : Malek

D) Nos ressentis



A) Définitions

■ Evolution du cérébro-lésé grave :

Accident → Coma → Fin de coma

Ouverture des yeux



Etat Végétatif → EV Persistant → EV Chronique



Etat Pauci-Relationnel → EPR Persistant → EPR Chronique



Emergence de l'EPR

■ Etat Végétatif :

Etat de veille sans manifestation de conscience (ouverture spontanée des yeux),

Fonctions autonomes préservées (respiratoire, T° C),

Présence de cycles veille-sommeil,

Des activités réflexes ou spontanées peuvent être observées (grimaces, rires, pleurs, mouvements),

MAIS ces comportements ne sont jamais volontaires.

■ Etat Végétatif Chronique :

Lorsque cette situation persiste au-delà d'un délai variable selon la pathologie causale,

Si > 3 mois pour les lésions non traumatiques,

Si > 1 an pour les lésions traumatiques.

■ Etat Pauci-Relationnel (Etat de Conscience Minimal):

Etat d'éveil avec des manifestations de conscience, fluctuantes mais reproductibles

Comportements observables:

- La poursuite oculaire présente.
- Réactions émotionnelles observées, adaptées aux stimuli.
- Mouvements spontanés ou sur stimulation, dirigés vers un but.

Si l'évolution est satisfaisante un code oui/non peut-être mis en place, voire même la verbalisation.

■ Sortie d'EPR:

Caractérisée par la possibilité d'une communication inter-individuelle et l'utilisation adaptée d'au moins deux objets.

B) Présentation du service

Sur notre établissement :

■ Date d'ouverture :

En 2006 ouverture de l'unité EVC-EPR au sein de l'hôpital Georges Clemenceau

■ Locaux :

6 lits dévolus à cette unité, sont localisés au sein d'une unité SSR au 1^o étage du bâtiment Michel de Montaigne.

■ Soins médicaux :

1 médecin MPR.

■ Nature des soins proposés :

Soins infirmiers, soins de nursing par les AS, suivi psychologique des patients et des familles et suivi par les spécialistes : kinésithérapie avec mobilisation de toutes les articulations, lutte contre les rétractions, surveillance de l'installation par l'ergothérapeute, soins de pédicurie, prise en charge par la diététicienne, prise en charge par l'orthophoniste et la psychomotricienne.

C) Prise en charge

a) Introduction

■ Prise en charge conjointe pour :

- impulser une nouvelle dynamique,
- augmenter le temps de pec rééducatives et
- éviter l'épuisement du rééducateur face à une évolution parfois difficilement perceptible.

■ Intérêt du double regard avec chacun sa spécificité

- **Ergo** : « savoir-faire »
- **Psychomot** : « savoir-être »

■ Le travail en binôme permet d'allier la fonctionnalité à l'expressivité :

Améliorer la perception du corps, permettre la découverte de l'environnement, de l'entourage via la proposition de stimulations sensorielles, motrices et cognitives variées où le plaisir à être et à faire sera toujours sollicité.

■ Les pes s'orientent d'abord vers l'évaluation des patients (CRS-r) qui permet d'établir le projet suivant différents axes de travail :

Stimulation de l'éveil, stimulations sensori-motrices et perceptivo-motrices, stimulation de la sphère cognitive.

■ Ces séances peuvent intéresser un patient seul ou un groupe de patients

(2 en général) lorsque cette dynamique d'échanges nous paraît intéressante (sollicitation de la relation à l'autre sur le plan de la communication verbale et non verbale, faire évoluer les patients autour d'un projet commun).

b) Cas clinique : AMER

■ Histoire de la pathologie :

- Patient âgé de 35 ans
- Admis le 20/02/2006 en unité

EVC / EPR

- L'origine retenue est un syndrome de sevrage à l'EFFERALGAN CODEINE survenu le 22 septembre 2003 à type de crises comitiales et neurovégétatives avec installation d'un coma.

■ Antécédents :

- Trauma crânio-facial en 1992 (guerre en Bosnie)

■ Echelle CRS-r :

- En 2009 : Score de 13 sur 23
- En 2014 : Score de 19 sur 23



ÉCHELLE DE RÉCUPÉRATION DU COMA
VERSION REVUE FRANÇAISE ©2008
 Formulaire de rapport

| | | | |
|---|-------------------|--|---------|
| Patient : Konakovic Amer | | Date atteinte cérébrale : 22/9/2003 | |
| Etiologie : crises comitiales et neuro-végétatives | | Date admission : 20/02/2006 | |
| Diagnostic initial : EPR | Date : | 2009 | 2014 |
| | Examineur: | | EG -NRA |
| FONCTION AUDITIVE | | | |
| 4 – Mouvement systématique sur demande* | | | |
| 3 – Mouvement reproductible sur demande* | + | + | |
| 2 – Localisation de sons | | | |
| 1 – Réflexe de sursaut au bruit | | | |
| 0 – Néant | | | |
| FONCTION VISUELLE | | | |
| 5 – Reconnaissance des objets* | | | |
| 4 – Localisation des objets : atteinte* | | | |
| 3 – Poursuite visuelle* | + | + | |
| 2 – Fixation* | | | |
| 1 – Réflexe de clignement à la menace | | | |
| 0 – Néant | | | |
| FONCTION MOTRICE | | | |
| 6 – Utilisation fonctionnelle des objets+ | | | |
| 5 – Réaction motrice automatique* | | + | |
| 4 – Manipulation d'objets* | | | |
| 3 – Localisation des stimulations nociceptives* | | | |
| 2 – Flexion en retrait | | | |
| 1 – Posture anormale stéréotypée | + | | |
| 0 – Néant / Flaccidité | | | |
| FONCTION OROMOTRICE/VERBALE | | | |
| 3 – Production verbale intelligible* | | + | |
| 2 – Production vocale / Mouvements oraux | + | | |
| 1 – Réflexes oraux | | | |
| 0 – Néant | | | |
| COMMUNICATION | | | |
| 2 – Fonctionnelle : exacte+ | + | + | |
| 1 – Non fonctionnelle : intentionnelle* | | | |
| 0 – Néant | | | |
| ÉVEIL | | | |
| 3 – Attention | | + | |
| 2 – Ouverture des yeux sans stimulation | | | |
| 1 – Ouverture des yeux avec stimulation | | | |
| 0 – Aucun éveil | | | |
| SCORE TOTAL | 13 | 19 | |



■ Diagnostic :

Amer présente un état pauci-relationnel

■ Proposition thérapeutique groupe Amer - Jean-François :

➤ Objectifs :

- Stimulation de l'éveil, de la relation à l'autre,
- Stimulations sensori-motrices afin de soutenir la mise en mouvement du corps,
- Stimulations sensorielles basales,
- Solliciter le potentiel non verbal d'expression et verbal via un objet affectif comme la musique,
- Sollicitation des aspects cognitifs (mémoires, orientation temporo-spatiale).

➤ **Modalités :**

- 1 fois par semaine durant $\frac{3}{4}$ d'heure, en salle de psychomotricité.

➤ **Moyens thérapeutiques :**

- Rituel du « bonjour »,
- Soutenir les échanges de façon active (sollicitation verbale et motrice),
- Respect du rythme imposé par le patient,
- Thèmes travaillés en séance définis ensemble d'une séance à l'autre et en fonction des désirs exprimés par le patient.

■ Evolution depuis Septembre 2012 :

- Vigilance : fluctuante d'une séance à l'autre.
- Comportement : très variable.
- Motricité : un gain dans l'amplitude des mouvements du membre supérieur droit y compris au niveau de la motricité fine (surtout de l'index).
- Expression non verbale : les mimiques se diversifient et sont plus adaptées au contexte, interpellation adaptée par claquement de langue.
- Langage verbal : moins d'écholalie.
- Compétences cognitives : trouble mnésique important mais amélioré en passant par la sphère musicale.

Lors des séances, nous avons cherché à soutenir son identité et à valoriser son passé de Rappeur en l'incitant à écrire de nouveaux textes sur des thèmes qu'il pouvait évoquer.

■ 1er texte écrit :

PUTAIN DE VIE

Moi Amer, dit Big Boss, je te le dis, la vie est triste et moche,
Je me sens mal dans ma vie, pffffff
J'ai besoin de chaleur et de femmes blondes,
L'hôpital c'est moche,
Moi Amer, je rêve de femmes blondes,
Moi Amer, mon corps il est beau,
Mais toujours je dois rester allongé
Alors que je voudrais marcher,
Je suis fatigué d'être allongé,
Je voudrais vivre en Bosnie avec ma famille,
Trop longtemps j'ai souffert de l'hôpital,
Mais ici j'aime tout le monde,
Surtout Gérald parce qu'il ronfle quand je chante !
Ca fait des années que je suis à l'hôpital,
J'en ai marre d'être à l'hôpital.

c) Cas clinique : MALEK

■ Histoire de la pathologie :

- Patient actuellement âgé de 50 ans,
- Admis le 04 septembre 2007 en EVC /EPR
- L'origine retenue est une chute accidentelle de 3 étages (10 m) survenue le 28 septembre 2006.

■ Protocole médicamenteux:

- En janvier 2011 mis sous ZOLPIDERM

■ Echelle CRS-r :

- En 2011 : Score de 14 sur 23
- En 2014 : Score de 23 sur 23

ÉCHELLE DE RÉCUPÉRATION DU COMA
VERSION REVUE FRANÇAISE ©2008
 Formulaire de rapport

| | | | | | |
|---|--------------------|---|---------|---------|----------|
| Patient : Malek Akrou | | Date atteinte cérébrale : 28/09/2006 | | | |
| Etiologie : trauma crânien | | Date admission : 04/09/2007 | | | |
| Diagnostic initial : EPR | Date : | 01/11 | 14/2/12 | 8/10/12 | 31/03/14 |
| | Examineur : | Salpetrière | EG/NR-A | EG/NR-A | EG/NR-A |
| FONCTION AUDITIVE | | | | | |
| 4 – Mouvement systématique sur demande* | | | | | + |
| 3 – Mouvement reproductible sur demande* | | + | + | + | |
| 2 – Localisation de sons | | | | | |
| 1 – Réflexe de sursaut au bruit | | | | | |
| 0 – Néant | | | | | |
| FONCTION VISUELLE | | | | | |
| 5 – Reconnaissance des objets* | | | | | + |
| 4 – Localisation des objets : atteinte* | | | + | + | |
| 3 – Poursuite visuelle* | | + | | | |
| 2 – Fixation* | | | | | |
| 1 – Réflexe de clignement à la menace | | | | | |
| 0 – Néant | | | | | |
| FONCTION MOTRICE | | | | | |
| 6 – Utilisation fonctionnelle des objets- | | | + | + | + |
| 5 – Réaction motrice automatique* | | | | | |
| 4 – Manipulation d'objets* | | + | | | |
| 3 – Localisation des stimulations nociceptives* | | | | | |
| 2 – Flexion en retrait | | | | | |
| 1 – Posture anormale stéréotypée | | | | | |
| 0 – Néant / Flaccidité | | | | | |
| FONCTION OROMOTRICE/VERBALE | | | | | |
| 3 – Production verbale intelligible* | | | + | + | + |
| 2 – Production vocale / Mouvements oraux | | + | | | |
| 1 – Réflexes oraux | | | | | |
| 0 – Néant | | | | | |
| COMMUNICATION | | | | | |
| 2 – Fonctionnelle : exacte+ | | | | + | + |
| 1 – Non fonctionnelle : intentionnelle* | | | | | |
| 0 – Néant | | + | + | | |
| ÉVEIL | | | | | |
| 3 – Attention | | | | + | + |
| 2 – Ouverture des yeux sans stimulation | | + | + | | |
| 1 – Ouverture des yeux avec stimulation | | | | | |
| 0 – Aucun éveil | | | | | |
| SCORE TOTAL | | 14/23 | 18/23 | 21/23 | 23/23 |



■ Diagnostic :

Malek présente un état de conscience minimal

■ Proposition thérapeutique :

➤ Objectifs :

- Soutenir et développer la communication verbale et non verbale,
- Travail de l'équilibre,
- Stimulations cognitives.

➤ Modalités :

- 1 fois par semaine durant $\frac{3}{4}$ d'heure en salle de psychomotricité.

➤ Moyens thérapeutiques :

- Travail de l'équilibre en station assise, sollicitations des réactions posturales, travail de mobilité globale sur plan bobath,
- Travail autour des livres, pictogrammes, frise chronologique, l'écriture, dessin, photos de la famille,
- On soutient une interaction pendant toute la séance (relation triangulaire nous permettant de rebondir tout le temps et être toujours à l'affût des expressions non verbales.)

■ Evolution depuis Septembre 2013 :

- Vigilance : meilleure qualité de présence.
- Comportement : persévérations, propos désinhibés par moment, agressivité motrice et verbale.
- Communication : le plus souvent, le langage a valeur d'échange, amélioration de la communication non verbale.
- Compréhension : Utilisation d'un vocabulaire simple qu'il faut toujours articuler tout en maintenant le contact visuel.
- Motricité : Le redressement axial est possible sur demande mais difficilement maintenu dans la durée. Au niveau des membres supérieurs : pince tridigitale possible à gauche conduisant à une relatéralisation.
- Cognition : persistance de la désorientation temporo-spatiale (Le patient a plus d'aisance dans le domaine logico-mathématique.)

Proposition thérapeutique depuis septembre 2013 :

➤ Objectifs :

- Travail sur la sphère cognitive par le biais de l'outil informatique et d'exercices de mémorisation,
- Travail moteur fin et global

➤ Moyens thérapeutiques :

- Au niveau cognitif :
 - ❖ Solliciter les encodages
 - ❖ Sollicitation de la sphère logico-mathématique
 - ❖ Planification
 - ❖ Stratégies de recherche
 - ❖ Raisonnement
- Au niveau moteur :
 - ❖ Travail de relatéralisation.
 - ❖ Sollicitation du contrôle postural.

■ Evolution actuelle :

- Vigilance : constat inchangé.
- Comportement : persévérations, propos désinhibés par moment. Il n'y a plus d'agressivité. La prise de conscience de son handicap est source de souffrance (« je veux guérir le plus vite possible »)
- Communication : de plus en plus adaptée aux situations.
- Compréhension : constat inchangé.
- Motricité fine : meilleur dextérité du pouce et de l'index. Pas d'amélioration à droite.
- Cognition : très nette évolution. Le patient parvient à encoder et restituer de nouvelles informations travaillées en séance. Néanmoins, les troubles cognitifs restent très importants.

D) Nos ressentis

■ Amer :

- Il est difficile de maintenir une continuité dans la pec du fait de fluctuation de la vigilance et du comportement.
- Nous constatons qu'à certaines périodes de l'année (le printemps) et de façon récurrente, Amer présente un langage beaucoup plus vulgaire, très orienté sur la sexualité et parallèlement évoque un désir de mort. Lors de ces périodes, il est plus difficile de poursuivre nos objectifs de travail, nous devons nous adapter à ses préoccupations.
- L'état de santé d'Amer (fatigabilité, état d'encombrement, douleurs) nous oblige à des adaptations constantes. Certaines séances ne sont pas productives du fait surtout de sa fatigabilité.

■ Malek :

- A l'heure actuelle, le patient prenant de plus en plus conscience de son handicap, nous questionne quant à son devenir, nous fait part tantôt de son désir de guérir ou de mourir.
- La famille est très en attente des nouveaux progrès, nous questionne à chaque fin de prise en charge, et conforte Malek dans le fait qu'il va totalement guérir.

■ Globalement pour ces deux patients :

- Nous devons toujours garder à l'esprit qu'il nous faut travailler en fonction des besoins que peut aussi exprimer le patient et qu'au sein d'une même séance, il peut nous arriver de modifier totalement notre objectif au vu de ce que le patient aura exprimé de ses préoccupations du moment.
- La lenteur des progrès confirme la nécessité de poursuivre la pec en binôme afin d'éviter l'épuisement.
- Cette cothérapie favorise des interactions dynamisantes où toutes les émotions peuvent émerger et sont prises en compte.
- Nous nous questionnons sur d'autres possibilités d'évolution ou sur l'intérêt de certains objectifs thérapeutiques au vu du trouble frontal et des troubles cognitifs.
- La pression familiale peut-être pesante au quotidien, néanmoins l'entourage direct est un atout majeur dans la pec.