



**L'aide-soignant(e) au cœur de la revalidation
des patients hémiplésiques. Le chemin vers
l'autonomie.**

Travail de fin d'études réalisé et présenté par : Necula Nina Loredana

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignante

Année scolaire :2021-2023

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Merci à Nina de me laisser une p'tite place dans ton EI !

Notre apprenante porte sa curiosité sur l'AVC, là où il ne faut pas confondre la droite de la gauche. Cet accident vasculaire cérébral entraîne de nombreuses invalidités et difficultés dans la vie quotidienne. Celles-ci s'avèrent sévères lorsqu'il y a hémiplégie. Devenir hémiplégique, c'est lorsque la moitié de votre corps échappe à votre contrôle.

Ici, pour autant, notre candidate AS¹ ne fait pas les choses à moitié. Elle travaille en se documentant, elle travaille en se questionnant et en questionnant, elle travaille aussi avec la langue française, qui n'est pas maternelle pour elle. Quelle énergie, quelle volonté, quelle ténacité, cette Nina ! Amusant car, en espagnol, « *niña* » signifie « petite fille ».

Il est donc question d'adaptation, vécue probablement comme une exigence. Elle est exigeante, nous l'avons accompagnée☺, mais elle l'est d'abord avecelle-même ! Son parcours en EI a débuté par la contention. Quel paradoxe dans nos métiers que le mot lien et le verbe attacher !

« Productrice de problématiques » lui va bien aussi, elle pourrait les revendre aux hésitants et indécis. Pourquoi tant de questions et de questionnements ? Pour devenir et rester professionnelle de la santé (des autres et de la sienne aussi).

Bonne lecture en compagnie de Nina, une *Aide-Soignante*.

PATRICK

¹ Tout le monde devinera le sens de cette abréviation !

Avant-propos

Il y a deux ans, je me suis lancée dans un projet personnel d'enrichissement de mes compétences professionnelles. Malgré mes doutes liés à la barrière de la langue, je me suis courageusement inscrite à une formation d'aide-soignante. En franchissant provisoirement les portes de l'école, j'ai commencé mon cheminement vers le monde de la santé. Cette formation m'a donné l'occasion d'apprendre et de recevoir des conseils d'enseignants qualifiés dans le domaine. Cela devrait influencer mes futures perspectives de carrière car mon opinion personnelle est qu'un bon professeur peut changer radicalement la vie d'un étudiant studieux. Les stages m'ont donné la chance d'aller au-delà de la théorie et de m'engager directement dans l'application pratique. C'était très difficile au début mais avec le temps et l'accumulation d'expérience et surtout, en apprenant de mes erreurs, j'ai pu devenir une meilleure version de moi-même. Ma motivation pour le mémoire de fin d'études est née du stage d'intégration que j'ai effectué à l'hôpital dans le cadre de la revalidation neurologique. La raison qui m'a poussée à rédiger cette épreuve intégrée est que l'accident vasculaire cérébral a augmenté énormément de nos jours et que je souhaite me familiariser avec les questions concernant les soins à apporter par les aide-soignant(e)s, l'éducation à la santé et la prophylaxie¹ qui impliquent la prise en charge des patients hémiparétiques. L'objectif de cet exposé est de mettre en évidence certaines des particularités des soins de ces patients. Ils nécessitent des mesures thérapeutiques pendant une longue période, des investigations modernes et complexes de la part de l'équipe de neurologues et de neurochirurgiens ainsi que toute l'attention d'une grande équipe pluridisciplinaire. Ce service de revalidation devra répondre à tous leurs besoins sur le chemin vers la reprise de l'autonomie.

¹Ensemble des mesures à prendre pour prévenir les maladies

Table des matières :

Introduction	1
Partie contextuelle	2
1 Histoire	3
2. L'hémiplégie à travers le monde	4
3. Statistiques	5
Partie conceptuelle	7
1 Anatomie et physiologie du système nerveux central	8
2 Anatomie et physiologie du système cardiovasculaire	12
3 L'accident vasculaire cérébral	12
4 L'hémiplégie	16
5 L'autonomie et la dépendance avec des échelles des évaluations	21
Partie pratique	28
1 Les observations	29
2 Les soins technique et le confort apportés par l'aide-soignant(e) à un patient hémiplégique	32
3 Le rôle de l'aide-soignant(e) dans la prévention des complications de l'hémiplégie	36
4 Equipe pluridisciplinaire, évaluations et transmissions	38
5 Les techniques des aide-soignant(e)s pour favoriser l'autonomie	39
6 Les rôles de l'aide-soignant(e) auprès de l'entourage de la personne hémiplégique	42
5 Conclusion	44
6 Annexes	
7 Les sources	

Introduction

« Quand il n'y a aucune chance de guérison, nous devons nous concentrer sur la qualité de vie. » Masei

Nous avons choisi ce thème pour l'épreuve intégrée car l'accident vasculaire cérébral ischémique est très courant de nos jours et ses symptômes sont souvent observés chez des patients qui doivent être pris en charge par l'aide-soignant(e). Lors de notre stage d'intégration, en entrant dans l'univers du service de réhabilitation neurologique, nous avons compris l'importance que représente la reprise en autonomie des patients et surtout notre rôle d'accompagnement tout au long de leur hospitalisation.

L'accident vasculaire cérébral est une urgence médicale, un problème à l'échelle mondiale. C'est l'une des principales causes d'invalidité chronique et de décès. Cruellement mutilant, l'accident vasculaire cérébral peut affecter gravement le plan émotionnel, modifier la personnalité ainsi que les facultés de perception et entraîner une personne dans une lutte apparemment sans fin pour retrouver la vie normale qu'elle menait auparavant. L'estime de soi peut diminuer considérablement lorsqu'une personne est incapable de parler, de se déplacer pour satisfaire ses besoins fondamentaux ou lorsqu'elle ne peut être bien comprise. Le nombre d'accidents vasculaires cérébraux peut être réduit en responsabilisant chacun d'entre nous individuellement, en commençant par le médecin, l'infirmière, l'aide-soignant(e), le patient et sa famille. Nous devons contribuer à l'éducation en matière de santé en fournissant des informations sur les risques liés à un tel accident, les méthodes de prévention et toutes les étapes qu'un patient doit suivre en vue d'une éventuelle réhabilitation pour la préservation de son autonomie. Les personnes atteintes d'hémiplégie rencontrent des difficultés à maintenir leur équilibre en raison de faiblesses dans les membres qui les empêchent de déplacer correctement le poids de leur corps. Cela rend plus difficile l'accomplissement des activités quotidiennes telles que s'habiller, manger, saisir des objets ou aller à la toilette. Nous, les aide-soignant(e)s avons comme tâche d'aider avec tact, compréhension, douceur et attention pour la reprise de leur autonomie. Les questions problématiques qui nous ont interpellées tout au long du stage sont du genre : « Comment aider sans créer une dépendance ? », « Comment favoriser l'autonomie au moment des soins ? », « Comment, après un AVC, un(e) aide-soignant(e) peut favoriser l'autonomie d'un patient hémiplégique dans les gestes de la vie quotidienne ? »

« Aider l'individu, qu'il soit en bonne ou en mauvaise santé, à trouver le chemin vers la santé ou la guérison, aider l'individu à favoriser la santé ou la guérison à condition qu'il se prenne en charge le plus tôt possible. » Virginia Henderson

Partie contextuelle

Dans le monde moderne, les maladies cardiovasculaires sont devenues un problème de santé majeur. Un tiers de tous les décès sont dus à ces maladies et leurs survivants restent gravement marqués. Cela nécessite des soins et entraîne un rétablissement à long terme. Il existe un lien fort entre l'accident vasculaire cérébral et l'hypertension artérielle, dont la pathologie a été constatée chez plus de la moitié des patients victimes d'une hémorragie cérébrale et chez un quart de ceux qui sont atteints d'un infarctus cérébral. En plus de l'hypertension artérielle, il existe d'autres facteurs à ne pas négliger. Parmi les facteurs d'importance, citons le diabète de type 2 qui s'impose et qui joue un rôle significatif non seulement dans l'apparition de l'AVC mais aussi dans le taux de survie. À l'heure actuelle, il est clair que nous devons trouver des solutions et des idées : « Comment éviter les conséquences d'une attaque cérébrale ? », « Comment pouvons-nous améliorer la vie de ces patients ? », « Comment peuvent-ils diminuer leur handicap au minimum ? », « Comment les intégrer dans la société et comment réduire la charge de l'impact social ? ».

1. Histoire

L'hémiplégie est un symptôme important de l'AVC². Elle est connue depuis les temps les plus anciens. Dans les écrits des Grecs de l'Antiquité, l'apoplexie, terme ancien désignant une attaque cérébrale, était considérée comme une affection causée par un déséquilibre des humeurs vitales : sang, glaire³, bile noire et bile jaune. Hippocrate a donné la première description complexe des symptômes, notant que l'apoplexie touche généralement les personnes âgées. Il a été le premier à décrire les symptômes évocateurs d'un accident vasculaire cérébral, affirmant que la paresthésie⁴ et l'anesthésie sont des signes qui précèdent l'apoplexie. La cause de cette maladie était considérée par Aretaeus de Cappadoce comme une congestion des vaisseaux et du sang, et par Galien de Pergame entre 129 et 199 comme l'interruption de l'activité des esprits vitaux du cerveau. Les siècles qui ont suivi ont laissé une ombre dans l'histoire de l'hémiplégie. Ce n'est qu'à l'époque de la renaissance que les dessins Léonard de Vinci entre 1452 et 1519 et Andreas Vasalius 1514 et 1564 ont relancé l'intérêt pour les maladies vasculaires cérébrales.

² Accident vasculaire cérébrale

³ Liquide visqueux, inodore, filant comme du blanc d'œuf, sécrété par les muqueuses dans certaines affections.

⁴ Sensation subjective pénible, voire douloureuse, variée, comparée habituellement à des fourmillements, des picotements

Au XII^e siècle, les descriptions et les illustrations anatomiques du cerveau et de sa vascularisation réalisée par Thomas Willis entre 1621 et 1675 et les recherches de Johan Wepfer entre 1620 et 1695 ont constitué des progrès décisifs. Ainsi J. Wepfer note que tout événement capable d'empêcher l'afflux de sang dans les artères cérébrales, ou son retour dans les veines jugulaires peut produire une hémiplégie.

Dans le passé, il a été affirmé que l'accident vasculaire cérébral est une maladie spécifique aux personnes âgées qui ne peut être ni prédite, ni prévenue, ni traitée.

Mais il a été prouvé qu'il peut se produire à tout âge. Étant un événement vasculaire prévisible, il nécessite un traitement d'urgence et entraîne une récupération avec de bons résultats. De nos jours l'hémiplégie est devenue un problème de santé majeur en termes de fréquence et de gravité qui représente une majorité des hospitalisations dans un service de neurologie.

En tant que problème mondial majeur du XXI^e siècle, les scientifiques du monde entier explorent constamment de nouvelles classes et de nouveaux groupes de médicaments qui cibleraient les déclencheurs et qui épargneraient aux gens les maladies qui conduisent à l'AVC. Bien qu'il existe déjà une grande variété de ces médicaments, les innovations pharmacologiques tendent à les affiner afin d'obtenir une efficacité maximale dans le temps le plus court possible.

2. L'hémiplégie à travers le monde

L'accident vasculaire cérébral occupe le deuxième rang mondial en termes de mortalité et la première cause de handicap moteur acquis chez l'adulte.

Il reste une affection neurologique grave qui tue des milliers de personnes chaque année et constitue l'une des principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde. Le fardeau des accidents vasculaires cérébraux continue de s'alourdir, en particulier chez les jeunes adultes. Ils présentent également des facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels notamment l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité et la toxicomanie. Il existe des différences géographiques significatives nationales et régionales dans la charge de l'AVC dans le monde. La charge la plus importante est supportée par les personnes atteintes de diabète et par les pays à revenus faibles ou intermédiaires. L'AVC est un facteur étiologique dans l'apparition d'un handicap à long terme.

Les patients qui survivent à un AVC restent souvent avec des symptômes persistants tels que : déficit d'équilibre, déficit de perception, aphasie⁵, paralysie d'une partie du corps, dépression et autres altérations de la fonction cognitive.

Environ dix-sept millions de personnes dans le monde entier sont touchées par l'infirmité motrice cérébrale, caractérisée par un handicap physique affectant les muscles et la posture. L'infirmité motrice cérébrale englobe une série de formes cliniques : hémiplégie, paraplégie, triplégie et tétraplégie.

3. Statistiques

Problème de santé aussi dangereux pour les jeunes que pour les personnes âgées, pour les personnes apparemment en bonne santé ainsi que pour les malades chroniques, pour les femmes comme pour les hommes, pour ceux qui bénéficient de conditions de vie supérieures ou pour ceux qui ont du mal à vivre, l'AVC est une menace effrayante pour la préservation de la santé, de l'indépendance et de la vie.

La complexité de ses causes, le cumul de facteurs de risques auxquels la plupart de ses victimes sont soumises font de cette maladie la troisième cause de décès dans les pays industrialisés. Les conséquences sont dévastatrices même en absence de décès en transformant la personne atteinte en une personne sans autonomie personnelle qui ne peut satisfaire ses besoins les plus élémentaires.

L'AVC occupe le deuxième rang mondial en termes de mortalité. Seize millions de nouveaux cas se produisent chaque année entraînant cinq à sept millions de décès.

Selon les estimations des experts de l'organisation mondiale de la santé, l'incidence et l'impact des AVC vont augmenter au cours des 50 prochaines années dans les pays hautement développés ainsi que dans les pays en cours de développement. Les statistiques nous montrent que l'AVC est responsable de 52 % des décès en Afrique, contre 38 % en Europe.

Dans la plupart des pays européens, il a été démontré que l'AVC est l'affection la plus chère en termes de coûts d'hospitalisation. L'accident vasculaire cérébral est un problème médical et social majeur de l'humanité et la première cause d'invalidité dans le monde.

⁵ C'est un trouble de la communication qui peut se manifester dans l'expression et/ou la compréhension orale ou écrite.

Aujourd'hui, le monde est confronté à une épidémie d'accidents vasculaires cérébraux et les tendances croissantes de la maladie dans la population entraînent des conséquences physiques, psychologiques, sociales et financières sur les patients, leurs familles, les systèmes de soins de santé et la société en général. En plus de l'incapacité physique, les effets négatifs s'étendent à une charge émotionnelle et psychosociale importante. En effet, de nombreux survivants d'un AVC souffrent de dépression. Plus important encore, l'incidence de cette affection a augmenté de manière exponentielle au cours du 3ème millénaire. L'âge a considérablement baissé ces dernières années et de plus en plus de jeunes sont touchés, ce qui a tiré la sonnette d'alarme.

Cette réalité oblige les autorités compétentes à mettre en place des programmes cohérents comprenant l'éducation à la santé, un diagnostic précoce et la prévention des récurrences après un accident vasculaire cérébral.

Après avoir acquis quelques connaissances historiques et surtout compris le niveau de prévalence de l'AVC actuellement, nous aborderons le prochain chapitre pour examiner minutieusement les raisons de l'hémiplégie en se basant sur une analyse anatomophysiological et des définitions précises.

Partie conceptuelle

Dans la partie conceptuelle, nous allons aborder et détailler la partie théorique de chaque point cible présent dans notre problématique en tentant de mieux la comprendre grâce à une définition et une description approfondie. Nous commencerons par quelques notions sur l'anatomie et la physiologie des parties du corps humain touchées par un accident vasculaire cérébral et sa principale conséquence : l'hémiplégie.

1. Anatomie et physiologie du système nerveux central

Le système nerveux relie le corps à son environnement, contrôle et régule l'activité de tous les tissus et organes. Il vérifie également notre activité d'un mouvement à l'autre, tout sans exception. Il est le réseau le plus complexe et le plus important pour le contrôle et la distribution des informations. Sans le système nerveux, il n'y a pas de système auditif et visuel, il n'y a ni douleur ni joie, mais il n'y a pas non plus de mouvements coordonnés. Il serait inconcevable de réguler des fonctions physiologiques telles que la digestion ou la respiration sans parler de l'importance de la mémoire et de la prise de décisions, des sentiments, des émotions, de la pensée et de la parole. Les lésions des cellules nerveuses peuvent avoir de graves conséquences car les cellules endommagées ne se rétablissent jamais. Les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiovasculaires font de plus en plus partie des affections de la vieillesse. Malheureusement, les troubles vasculaires du cerveau apparaissent de plus en plus tôt, à l'âge moyen et parfois à l'âge jeune.

Lorsque le patient parvient à survivre, on considère qu'il est incapable de reprendre son activité professionnelle antérieure. C'est pourquoi l'hémiplégique, qui est une charge pour la famille et la société, doit être aidé autant que possible à retrouver au moins une partie de ses capacités motrices.

Le bon fonctionnement du corps dépend des fonctions isolées des différents organes, coordonnées, contrôlées et dirigées par le système nerveux. Il coordonne l'activité de tous les organes ainsi que les relations du corps dans son ensemble avec l'environnement extérieur. Le système nerveux est composé de tous les organes dont la structure de base est représentée par le tissu nerveux. Grâce à ses structures spécifiques, le système nerveux a la capacité de recevoir des informations du milieu extérieur et intérieur, de traiter ces informations et d'élaborer des commandes de motricité volontaires et automatiques, adaptées aux conditions environnementales.

Les éléments de base du système nerveux sont les neurones, au nombre de plusieurs millions, qui sont répartis dans le corps humain comme les conducteurs d'un appareil électrique complexe. Leur rôle est de recevoir des informations d'un certain point du corps et de transférer ces informations à d'autres cellules nerveuses pour déclencher une certaine réaction.

Les cellules nerveuses sont sensibles aux facteurs externes tels qu'une blessure mécanique, une infection, une pression élevée, des changements chimiques dans l'environnement ou un manque d'oxygène qui finissent par les détruire. Les lésions des cellules nerveuses peuvent entraîner des conséquences graves car les cellules endommagées ne se rétablissent jamais.

Le système nerveux se compose de deux parties principales avec des effets réciproques : le système nerveux central qui englobe le cerveau et la moelle épinière et le système nerveux périphérique qui recouvre tout ce qui se trouve en dehors du tissu nerveux du système central.

Le cerveau joue un rôle majeur dans le contrôle de diverses fonctions corporelles telles que la motilité, la sensibilité, la pensée, la mémoire, la parole. La moelle épinière est reliée à l'encéphale par le tronc cérébral et a deux fonctions principales : la fonction de centre réflexe et la fonction de conduction. Le cerveau est divisé en plusieurs régions, chacune ayant une fonction spécifique. Bien que le cerveau et la moelle épinière travaillent ensemble pour contrôler diverses fonctions corporelles, certains réflexes ne peuvent se produire que par l'intermédiaire de la moelle épinière, sans l'intervention d'aucune structure cérébrale.

Le cerveau et la moelle épinière forment l'unité centrale qui traite les impulsions. Ils reçoivent des messages via les fibres sensorielles des organes et des récepteurs, les sélectionnent et les analysent puis ils les transmettent via les fibres motrices produisant une réponse appropriée des muscles et des glandes. La fonction d'analyse peut être relativement simple pour certaines activités qui ont lieu dans la moelle épinière mais l'analyse dans le cerveau est généralement très complexe, impliquant des milliers de neurones différents. Bien que de nombreux neurones sensoriels se terminent et que de nombreux neurones moteurs prennent naissance dans le cerveau, la plupart des neurones cérébraux ont pour fonction de filtrer, d'analyser et de stocker des informations. Tout le système nerveux central a besoin d'un apport substantiel de sang pour fournir de l'oxygène et des nutriments. Il est également protégé par deux types de revêtements.

Le premier est osseux comme le crâne qui abrite le cerveau et la colonne vertébrale qui abrite la moelle épinière. Le premier se compose de trois membranes fibreuses appelées méninges qui recouvrent l'ensemble du cerveau et de la moelle épinière.

L'encéphale est la partie supérieure du système nerveux central constituée du tronc cérébral, du diencephale, du cervelet et des hémisphères cérébraux qui assure le contrôle de l'ensemble du corps. Le rôle spécifique du cerveau est de traiter l'information. Le siège principal de ce processus est le cortex cérébral qui fonctionne en étroite relation avec de nombreuses structures sous-corticales. L'information entre dans le système nerveux par les récepteurs d'où elle est transmise par des voies spécifiques à l'écorce, dans les zones sensorielles spécifiques. Cette information est ensuite comparée, au niveau des zones associatives, avec les informations recueillies auprès des autres analyseurs ainsi qu'avec les données de la mémoire. Sur la base de la synthèse complexe de toutes les informations, l'état de conscience est élaboré et des décisions automatiques et volontaires sont prises. L'encéphale est protégé par les os de la boîte crânienne, les membranes méningées, le liquide céphalo-rachidien. Le liquide céphalo-rachidien est un fluide clair et aqueux qui circule dans les méninges ainsi que dans la moelle épinière et les ventricules cérébraux. Ce liquide a un effet amortisseur et contribue à protéger les tissus nerveux vitaux contre les lésions.

La plus grande structure du cerveau postérieur est le cervelet qui est principalement responsable des activités motrices envoyant des impulsions qui produisent des mouvements inconscients des muscles afin que la posture et l'équilibre soient maintenus et agissent en parfaite harmonie avec les zones motrices des hémisphères cérébraux pour la coordination des mouvements du corps.

Le tronc cérébral qui relie le cerveau à la moelle épinière comprend des parties du cerveau postérieur, la totalité du cerveau médian et une partie du cerveau antérieur. C'est là que se croisent toutes les voies afférentes et efférentes de sorte que le côté gauche du corps est contrôlé par le côté droit du cerveau et inversement. Les différentes structures du tronc cérébral ont des fonctions vitales. Elles contrôlent le rythme cardiaque, la pression sanguine, la déglutition, la toux, la respiration et le sommeil. Le contrôle de la conscience est l'une des fonctions les plus importantes du cerveau.

C'est la coordination réticulaire qui filtre le flux d'informations décidant qu'elles sont suffisamment importantes pour être transmises au cerveau. C'est la coordination réticulaire qui filtre le flux d'informations, décidant qu'elles sont suffisamment importantes pour être transmises au cerveau.

Les voies nerveuses de tout le corps envoient des ramifications à la coordination réticulaire et l'alimentent avec un flux constant de signaux provenant des cellules nerveuses. Par conséquent, la formation réticulaire envoie des signaux à toutes les zones du cerveau vers les centres appropriés, où les signaux sont captés et traités. Si cette capacité de conduction diminue ou est empêchée, la partie du cerveau appelée cortex cérébral devient inactive et la personne perd connaissance. Le cortex cérébral est une épaisse couche de matière grise dont l'aspect découpé représente la surface externe du cerveau. Les deux hémisphères du cortex sont divisés en quatre zones appelées lobes. Chacun de ces lobes remplit une ou plusieurs fonctions spécifiques : le lobe temporal pour l'audition et l'odorat, le lobe pariétal pour la perception et le goût, le lobe occipital pour la vue et le lobe frontal pour le mouvement, la parole et la pensée supérieure. Par conséquent, le cortex cérébral est l'endroit où les informations reçues de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et de la perception sont analysées et traitées afin que d'autres parties du système nerveux puissent réagir à ces informations si nécessaire. En outre, les aires pré-motrices et motrices du cortex cérébral travaillent avec d'autres zones du système nerveux central et périphérique pour produire le mouvement coordonné qui est essentiel à toute activité consciente.

La moelle épinière est une partie du système nerveux central située dans le canal rachidien, qui est prolongé en haut par le bulbe rachidien et en bas par un cordon fibreux. Elle se compose de matière grise dans laquelle prédominent les cellules nerveuses et de matière blanche dans laquelle prédominent les prolongations nerveuses appelées axones des cellules nerveuses. La moelle épinière a deux fonctions principales, tout d'abord elle fonctionne comme un système de conduction bidirectionnel entre le cerveau et le système nerveux périphérique et la seconde fonction est de contrôler les activités de réflexes simples.

Les principales fonctions du système nerveux central sont classées selon leur ordre d'apparition. En premier lieu, il s'adapte aux conditions changeantes de l'environnement externe. Vient ensuite le maintien d'un environnement interne constant suivi par la mémoire et l'intelligence afin d'adapter sa réponse à une nouvelle situation en la référant à des expériences passées. Il établit aussi la connexion du corps avec l'environnement dans lequel il fonctionne et se développe, coordonne l'activité des organes et des appareils du corps assurant ainsi l'unité fonctionnelle de l'organisme.

En reprenant chaque fonction en partie, nous nous rendons compte qu'à travers le système nerveux central s'opère l'intégration de tous les organes et systèmes dans un ensemble unitaire.

L'accident vasculaire cérébral impacte non seulement le système nerveux central mais également le système cardiovasculaire. Dans cette optique, nous aborderons ses éléments constitutifs dans le sous-chapitre suivant.

2 Anatomie et physiologie du système vasculaire

Le système circulatoire se compose du cœur, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, qui forment une unité fonctionnelle coordonnée et adaptée en permanence aux besoins de l'organisme. Le cœur qui constitue la pompe du système cardiovasculaire est un organe musculo-cavitaire tétra caméral, deux chambres de réception supérieures appelées oreillettes et deux chambres de pompage inférieures appelées ventricules. Les deux oreillettes reçoivent le sang qui retourne au cœur, et les ventricules envoient le sang hors du cœur par éjection.

La grande majorité des affections cardiaques peuvent provoquer des arythmies. La plus courante de ces pathologies est la cardiopathie ischémique, un groupe d'affections caractérisées par une mauvaise oxygénation du tissu myocardique.

L'arbre circulatoire est constitué de vaisseaux sanguins qui sont les conduits par lesquels le sang circule. Selon leur structure et leurs fonctions, il existe trois types de vaisseaux sanguins : les artères, les capillaires et les veines. Les artères sont des vaisseaux sanguins par lesquels le sang circule du cœur vers les organes. Ils partent des ventricules et se ramifient, se répandant dans tous les organes où ils deviennent capillaires. Les veines sont des vaisseaux sanguins qui sont formés par l'écoulement des capillaires sanguins et se terminent au niveau du cœur, dans les oreillettes. À travers eux, le sang circule de la périphérie vers le cœur.

3.L'accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux sont des troubles graves du système nerveux central causés par des modifications de la circulation sanguine dans le cerveau. Ils sont caractérisés par une perte de mobilité d'une partie du corps associée ou non à des troubles de l'équilibre sensoriel et du langage. Un accident vasculaire cérébral se produit lorsqu'un vase sanguin explose ou est obstrué par un caillot de sang.

En quelques minutes, les cellules nerveuses de cette zone sont endommagées et elles peuvent mourir en quelques heures. En conséquence, la partie du corps qui est contrôlée par la zone affectée du cerveau ne peut plus fonctionner correctement.

L'accident vasculaire cérébral résulte d'une restriction sanguine au niveau du cerveau et provoque des dommages aux neurones. Le déficit moteur controlatéral résultant d'un accident vasculaire cérébral se caractérise par une paralysie, une hémiplégie ou une perte partielle de la force et se situe du côté du corps opposé au lieu de la lésion cérébrale. L'accident vasculaire cérébral est la deuxième cause de décès dans le monde entier et une cause fréquente de handicap chez l'adulte.

La majorité des cas d'AVC se développent chez les personnes en âge de travailler et environ un tiers des patients décèdent dans l'année qui suit leur apparition. Dans le même temps, un tiers des personnes qui survivent à une attaque cérébrale restent handicapées. Les conséquences d'un accident vasculaire cérébral peuvent inclure l'aphasie, un handicap physique, une perte des capacités cognitives et de communication, la dépression et autres problèmes de santé mentale.

Les causes principales des accidents vasculaires cérébrales

Il existe deux causes majeures d'accident vasculaire cérébral : une artère obstruée ou un vaisseau sanguin qui se rompt ou fuit. Certaines personnes peuvent ne subir qu'une interruption temporaire de la circulation sanguine dans le cerveau, appelée accident ischémique transitoire qui ne provoque aucun symptôme durable.

L'accident ischémique cérébral, type d'AVC le plus courant, survient lorsque les vaisseaux sanguins du cerveau se réduisent ou se bouchent provoquant une forte baisse de la circulation sanguine.

L'obstruction ou le rétrécissement des vaisseaux sanguins sont causés par des dépôts de graisse qui s'accumulent dans les vaisseaux sanguins ou par des caillots sanguins ou d'autres débris qui se déplacent dans la circulation sanguine et se déposent dans les vaisseaux sanguins du cerveau.

L'AVC hémorragique se produit lorsqu'un vaisseau sanguin du cerveau fuit où se rompt. Les hémorragies cérébrales peuvent être déclenchées par de nombreuses maladies qui affectent les vaisseaux sanguins. Les principaux facteurs liés à l'AVC hémorragique sont les suivants :

- Hypertension artérielle non contrôlée
- Traitement excessif avec des anticoagulants
- Gonflement aux points faibles des parois des vaisseaux sanguins nome anévrismes

- Traumatisme tel qu'un accident de voiture
- Dépôts de protéines dans les parois des vaisseaux sanguins, entraînant une faiblesse de la paroi des vaisseaux
- Accident ischémique cérébral entraînant une hémorragie

Facteurs déterminant de l'accident vasculaire ischémique

L'accident vasculaire cérébral ischémique est le trouble neurologique le plus fréquent à caractère d'urgence et se définit comme un déficit soudain dû à une hémorragie ou à une ischémie du système nerveux central. L'ischémie est la diminution de l'irrigation sanguine dans une certaine région du corps. Ce type d'AVC se produit lorsqu'un vaisseau sanguin de l'encéphale qui transporte l'oxygène et les nutriments est bloqué par un caillot sanguin. Ainsi, la partie du cerveau qui aurait dû recevoir le sang transporté par l'artère bouchée reste non oxygénée et non nourrie, et commence à mourir en très peu de temps.

La grande majorité des AVC sont ischémiques, principalement en raison de l'athérosclérose⁶ et de ses complications. Les déterminants de l'accident ischémique cérébral sont :

- l'âge : le risque double au-delà de 55 ans
- le sexe : les hommes ont une fréquence d'AVC plus élevée que les femmes
- l'hypertension artérielle
- le diabète
- hypercholestérolémie et obésité
- augmentation du taux de triglycérides dans le sang
- la cigarette
- une consommation excessive d'alcool
- les contraceptifs oraux
- une température basse

Symptomatologie

Le début des accidents ischémiques cérébraux survient fréquemment la nuit, pendant le sommeil. Le patient n'a pas de douleur, pas de mal de tête, et les symptômes dépendent beaucoup du vaisseau qui a été occlus. Les symptômes les plus courants de l'AVC ischémique sont :

- le patient remarque que sa force s'affaiblit dans un de ses membres

⁶ Dépôt d'une plaque essentiellement composée de lipides sur la paroi des artères.

- des picotements ou un engourdissement dans le membre où la force a été perdue
- les troubles de la perception, qui ont la même distribution que les déficits moteurs
- des troubles de l'élocution, en particulier lorsqu'il articule des mots
- des troubles de la vision
- une paresthésie
- une asymétrie très évidente du visage, qui apparaît soudainement et ne peut être confondue avec la légère asymétrie caractéristique de chaque personne dès la naissance
- le signe le plus courant est l'affaissement de la commissure des lèvres, affectant dans la plupart des cas la partie inférieure du visage

Conséquence de l'AVC ischémique et coût pour la société

Le principal problème lié à l'AVC ischémique, tant au niveau personnel qu'au niveau de la population, est le degré d'invalidité. Plus de quarante pour cent des survivants restent avec des degrés variables de troubles fonctionnels. Les coûts des déficiences qui lui sont liées représentent à long terme une charge considérable pour le budget de l'état belge. Les survivants d'un AVC sont confrontés à un large éventail de problèmes allant du dysfonctionnement physique aux difficultés d'adaptation sociale, de communication, de dialogue, d'orientation, de perte de mémoire ou de troubles du comportement avec des effets dont la durée peut varier de quelques mois à plusieurs années selon la partie du cerveau touchée et la rapidité d'intervention pour soigner.

Prévention des AVC et éducation de la santé

Pour mieux prévenir l'accident vasculaire cérébral, dans ce qui suit, nous allons énumérer les facteurs de risque qui peuvent être modifiés.

L'hypertension artérielle est un facteur important qui multiplie par deux à quatre le risque d'AVC si elle n'est pas maintenue sous contrôle. Alors pour la garder dans les bons paramètres il est conseillé de réduire le sel, d'éviter les aliments riches en cholestérol, de privilégier les fruits et légumes dans l'alimentation quotidienne, de faire plus régulièrement des exercices physiques, d'arrêter de fumer et de consommer de l'alcool.

L'obésité, ainsi que les complications qui y sont liées comme l'hypertension artérielle et le diabète, augmentent les risques d'avoir un accident vasculaire cérébral. En cas de surpoids, la perte d'au moins cinq kilos permettent de réduire considérablement le risque d'avoir un AVC.

Une personne obèse dont l'indice de masse corporelle est de 40 aura certainement une pression artérielle plus élevée qu'une personne dont l'IMC⁷ est de 20, à condition que tous les autres facteurs soient identiques. Il est donc recommandé de maintenir un poids normal, surtout en cas d'obésité abdominale. Pour la prévenir, il faut limiter ou éviter les graisses saturées et augmenter l'activité physique en pratiquant des activités telles que la marche ou le jogging.

La quantité d'alcool consommée est également un facteur très élevé si celle-ci n'est pas consommée avec modération. La consommation fréquente d'alcool, plus de 3 verres par jour, augmente la tension artérielle. Il est donc recommandé de limiter la consommation à deux verres par jour pour les hommes et à un verre pour les femmes. Si la pression artérielle ne diminue pas, l'abandon total de l'alcool se justifie pleinement.

La présence d'une grande quantité de sucre dans le sang détériore avec le temps les vaisseaux sanguins, rendant plus probable la formation de caillots à l'intérieur de ceux-ci. Il faut donc garder le contrôle de la glycémie pour éviter le diabète et donc la possibilité d'un accident vasculaire cérébral.

Le tabagisme accélère la formation de caillots sanguins de différentes manières. Il épaissit votre sang et augmente la quantité de plaquettes déposées sur vos artères. La nicotine stimule la libération d'adrénaline, ce qui augmente la pression sanguine, la fréquence cardiaque et la consommation d'oxygène du myocarde. Cesser de fumer est donc la prévention la plus importante pour réduire le risque.

Nous avons également un certain nombre de facteurs de risque qui ne peuvent être modifiés comme l'âge, les antécédents familiaux ou maladies qui augmentent le risque d'accident vasculaire cérébral ischémique.

4 L'hémiplégie

L'hémiplégie étant un des points clés de notre thème nous lui accorderons toute l'attention nécessaire pour la définir mais surtout pour comprendre ses causes et ses symptômes ainsi que, pour la suite, observer un patient brusquement privé de l'usage d'un hémicorps qui échappe à sa sensibilité et à son contrôle, qui voit ses projets et son style de vie se fracturer brutalement.

Définition de l'hémiplégie

« L'hémiplégie est une paralysie partielle ou complète d'un corps. »⁸

⁷indice de masse corporelle

⁸Dictionnaire médical des AS-AP, Christine Paillard

L'hémiplégie est une affection causée par une lésion du cerveau ou de la moelle épinière, entraînant une paralysie partielle ou totale d'une moitié du corps. En outre, cette affection entraîne des problèmes d'équilibre et une raideur musculaire. La gravité des symptômes dépend de la localisation des lésions. Il existe deux types d'hémiplégie : congénitale et acquise. L'hémiplégie congénitale se produit avant la naissance, pendant la naissance ou au cours des deux premières années de la vie, mais si l'affection se développe au cours de la vie, on parle d'hémiplégie acquise.

Le terme hémiplégie désigne une perturbation tonic-motrice résultant d'une lésion unilatérale de la voie pyramidale⁹ au niveau du motoneurone¹⁰ central, entraînant des troubles controlatéraux lorsque la lésion causée est située au-dessus de la décussation bulbaire¹¹ et ipsilatéraux¹² lorsque la lésion se situe en dessous de ce niveau. Cette définition est remarquable en ce qu'elle met l'accent sur l'activité motrice comme un tout indivisible, responsable de l'exécution du mouvement, du maintien de la posture et de l'attitude ainsi que de la contraction musculaire préparatoire au mouvement, en relation avec le site de la lésion causale. Tout cela distingue l'entité gnostique¹³ présentée de la parésie cérébelleuse, extrapyramidale ou du motoneurone périphérique qui peut affecter la moitié du corps.

Distribution, classification et complication de l'hémiplégie dans la population

L'hémiplégie touche principalement les enfants, et particulièrement les bébés prématurés mais on peut également souvent la rencontrer chez les personnes qui ont subi une lésion causée :

- par un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique,
- par un traumatisme crânien,
- par une tumeur cérébrale ou par une infection du système nerveux central,

Les complications de l'hémiplégie

Troubles de l'appareil locomoteur- se manifestant par une hypotrophie musculaire, des contractures, une fibrose ligamentaire.

Troubles du système cardio-vasculaire -hypotension orthostatique, diminution du volume plasmatique et sanguin, diminution de la performance cardiovasculaire, risque de thrombose, bradycardie, tachycardie, pression sanguine, phlébite et œdème.

⁹ le support de la motricité volontaire

¹⁰ cellule nerveuse spécialisée dans la commande des mouvements

¹¹ un croisement en forme de X

¹² un élément situé du même côté du corps

¹³ un mouvement de pensée centré sur la notion de « connaissance »

Troubles digestifs - perte d'appétit, constipation aiguë.

Troubles rénaux tardifs - incontinence urinaire, lithiase¹⁴ urinaire, infection urinaire.

Troubles des nerfs périphériques - troubles de la sensibilité, paresthésies.

Troubles psychiques tardifs - confusion, agitation, désorientation, anxiété, dépression, diminution des capacités intellectuelles, somnolence et chutes.

Troubles cutanés -escarres

Les pneumopathies -fausse déglutition

Le syndrome épaule-main¹⁵

Les causes et symptômes de l'hémiplégie

Les causes les plus fréquentes de l'hémiplégie sont les maladies du système vasculaire qui perturbent la circulation sanguine vers le cerveau, par exemple thrombose des artères et des veines, vasospasme¹⁶, hémorragie cérébrale. Parfois, le syndrome est causé par des lésions, des tumeurs, des infections du cerveau et de la moëlle épinière. Chez les nourrissons, l'hémiplégie peut résulter d'un traumatisme à la naissance. L'hémiplégie spastique accompagne souvent l'infirmité motrice cérébrale infantile ou, parfois, la paralysie musculaire survient avec l'hystérie ou comme complication d'une toxicose pendant la grossesse.

La cause la plus fréquente d'une hémiplégie est l'AVC. C'est un déficit neuronal brutal lié à l'occlusion ou la rupture d'une artère cérébrale entraînant un défaut d'alimentation des cellules nerveuses irriguées par cette artère provoquant leur détérioration ou leur mort. L'hémiplégie qui survient à la suite d'un accident vasculaire cérébral, si elle n'est pas traitée à temps, peut entraîner une paralysie totale. L'hémiplégie désigne la paralysie totale ou partielle d'une moitié du corps. Cela rend les mouvements impossibles et modifie le tonus des muscles des membres. En d'autres termes, le patient ne peut plus se tenir debout. Il ne peut plus marcher, se nourrir, s'habiller ou se laver tout seul. Dans certains cas, les patients ne peuvent plus parler ou communiquer.

Le début de l'hémiplégie est généralement soudain, avec ou sans coma. Plus la lésion cérébrale est grave plus l'attaque est brutale, plus la paralysie est forte et sévère.

Dans la première phase, la paralysie s'installe, avec une absence totale de tonus musculaire et de mouvement actif.

¹⁴ Maladie caractérisée par la présence de calculs dans un organe ou dans un canal excréteur

¹⁵ un ensemble de symptômes atteignant plusieurs articulations du membre supérieur

¹⁶ spasme vasculaire potentiellement capable, quand il est artériel, d'entraîner une ischémie

L'hémiplégie est fréquemment causée par des accidents vasculaires cérébraux dus à l'hypertension ou à l'athérosclérose. L'apparition est parfois soudaine, parfois progressive, le dysfonctionnement moteur ou sensoriel est présent dans les membres d'un seul côté et s'accompagne souvent de déviations des yeux et de la bouche, d'hypersalivation et de dysphasie¹⁷.

Les causes qui peuvent déclencher une hémiplégie peuvent être, comme mentionné ci-dessus, un accident vasculaire cérébral, mais elle peut également être déclenchée par une compression cérébrale et, enfin et surtout, un traumatisme craniocérébral.

L'hémiplégie peut toucher le côté gauche ou le côté droit du corps. Quel que soit le côté du cerveau qui est atteint, les symptômes surviennent du côté opposé du corps.

Les personnes peuvent présenter différents symptômes de l'hémiplégie, en fonction de la sévérité de l'hémiplégie. Les symptômes peuvent inclure :

- faiblesse ou raideur musculaire d'un côté ;
- spasticité musculaire ou muscle contracté en permanence ;
- de faibles capacités motrices ;
- des problèmes de marche ;
- un mauvais équilibre ;
- des problèmes pour saisir les objets ;

Les symptômes varient d'un patient à l'autre et peuvent inclure des difficultés à bouger ou l'incapacité de bouger une partie du corps, l'incontinence urinaire, la perte du sens du toucher, des difficultés à parler, à respirer et à avaler. Si l'hémiplégie est causée par une lésion cérébrale, les lésions cérébrales peuvent également provoquer des symptômes qui ne sont pas spécifiques à l'hémiplégie en général, tels que des troubles de la mémoire, des problèmes de concentration, des problèmes d'élocution, des changements de comportement, des crises d'épilepsie, etc.

Les types d'hémiplégie et lésions associées

- Hémiplégie faciale - les personnes atteintes d'hémiplégie faciale ont des muscles paralysés d'un côté du visage.
- Hémiplégie spinale - également appelée syndrome de Brown-Séquard. Elle implique une lésion de la moelle épinière, qui entraîne une paralysie d'un côté du corps et une perte de sensation de l'autre côté.

¹⁷ trouble neurodéveloppemental du langage qui affecte la compréhension et/ou l'expression d'un message verbal

Le syndrome de Brown-Séquard est une lésion incomplète de la moelle épinière caractérisée par un tableau clinique reflétant une héménotomie¹⁸ de la moelle épinière, souvent dans la région cervicale.

- Hémiplégie controlatérale - elle se manifeste par une paralysie du côté opposé à la lésion cérébrale.

- Hémiplégie spastique - elle ne touche qu'un seul côté du corps. Les muscles du côté affecté se contractent et perdent leurs fonctions motrices et sensorielles

Une hémiplégie est causée par une lésion de la voie pyramidale, le faisceau de fibres nerveuses qui part du cortex cérébral vers différents niveaux de la moelle épinière et qui contrôle la contraction musculaire. La lésion se situe sur le côté opposé du membre affecté. Cette lésion est le résultat d'un accident vasculaire cérébral, ischémique ou hémorragique, d'une tumeur ou d'un traumatisme ou d'une infection du système nerveux nommé abcès cérébral.

Chaque hémisphère cérébral s'accompagne des troubles associés en particuliers, cognitifs, ainsi, on peut distinguer l'hémiplégie gauche de celle droite. On va exemplifier leur point commun et leur distinction. L'hémiplégie gauche a comme troubles caractéristiques l'héminégligence, l'anosognosie et les troubles de schéma corporel. À l'hémiplégie droite vont s'associer des troubles comme l'aphasie, l'apraxie et l'acalculie. Comme affections communes, on va trouver les troubles mnésiques, troubles affectifs et les troubles dysexécutifs. Afin de mieux comprendre tous ces troubles, nous allons les définir un par un.

L'héminégligence est une anomalie causée par une lésion de l'un des hémisphères du cerveau, en particulier le côté droit, qui amène la personne concernée à négliger, voire à oublier, la moitié de l'espace qui l'entoure. La lésion empêche le cerveau de répondre aux signaux qui lui sont présentés du côté opposé au côté affecté.

Les troubles de schéma corporel se traduisent, soit par un sentiment d'absence ou de non-appartenance de l'hémicorps, soit par une perte de connaissance qui pouvant aller jusqu'à l'inconscience totale de celui-ci.

L'agnosie consiste à ne pas reconnaître les éléments de l'environnement. Elle est le résultat du traitement des informations dans les zones sensorielles secondaires. Agnosie visuelle, ne pas reconnaître les objets vus, les visages des personnes.

¹⁸ incision

Agnosie tactile : ne pas reconnaître la forme, la taille, la matière de l'objet touché. Agnosie auditive, absence de reconnaissance des bruits, des sons connus antérieurement et de leur source. Agnosie spatiale, la possibilité de s'orienter dans l'espace disparaît, ne peut apprécier les distances, ne peut localiser les objets dans l'espace.

L'aphasie est un trouble du langage dans lequel le patient ne comprend pas le langage parlé ou à des difficultés à utiliser le langage verbal. Dans l'aphasie motrice, le patient comprend le langage parlé mais ne peut pas prononcer les mots. Dans l'aphasie sensorielle, le patient parle beaucoup, avec des agrammatismes et utilise des mots inexistantes. L'aphasie mixte représente la présence des deux difficultés. Les troubles du langage s'accompagnent souvent d'une déficience de la compréhension de l'écriture et d'une incapacité à écrire.

L'apraxie est la capacité d'un individu à réaliser une activité sur commande, à condition que le patient ne présente aucun trouble de la compréhension du langage, aucun déficit moteur et aucun trouble mental. On parle d'une déficience au niveau de la conception et de la programmation d'un mouvement.

L'acalculie est la perte de la faculté de reconnaître ou d'utiliser les numéros, les symboles arithmétiques et d'effectuer des opérations mathématiques simples telles que l'addition et la soustraction.

5 L'autonomie et la dépendance avec des échelles des évaluations

La satisfaction globale des besoins d'une personne permet de maintenir en état d'équilibre ses différents processus physiologiques et psychologiques. L'homéostasie est le processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes de son environnement interne dans des valeurs normales.

Le mot autonomie vient du grec « autos - soi et normo - règle » et consiste dans le droit à un choix libre et individuel. L'autonomie peut être définie comme le pouvoir du moi et désigne le droit des individus à faire de véritables choix sur ce qu'ils doivent faire.

L'autonomie est la capacité de contrôler, d'évaluer et de prendre des décisions personnelles sur la façon de vivre selon ses propres règles et préférences, ainsi que d'effectuer les activités de base de la vie quotidienne.

Une personne est autonome lorsqu'elle réalise des activités en fonction de ses besoins et de ses capacités, lorsqu'elle régule son style de comportement et l'adapte aux situations dans lesquelles elle vit.

Quand vous pouvez choisir entre différentes options et sélectionner celle qui répond le mieux à vos besoins et aux exigences de la situation, et quand vous persévérez dans la poursuite d'une tâche sans frustration ni abandon.

L'autonomie n'est pas limitée par les capacités intellectuelle ou physique parce que, avec le soutien humain, physique et/ou environnemental nécessaire, nous pouvons décider pour nous-mêmes et contrôler nos vies.

Il est important de savoir que le concept d'autonomie ne se réfère pas seulement à la réalisation des activités de base de la vie quotidienne, comme l'alimentation, l'hygiène ou le transport, mais à toutes les tâches qui permettent à une personne de se développer efficacement dans la communauté et à développer un projet de vie par exemple, un plan personnel de vie autonome.

Favoriser l'autonomie des patients présentant une diversité fonctionnelle, c'est très important pour améliorer l'estime de soi et l'image de soi. L'autonomie est le chemin vers l'indépendance, le bien-être et une bonne qualité de vie.

Sans aucun doute, il existe certains besoins fondamentaux communs à tous les êtres humains qui doivent être satisfaits afin d'atteindre un niveau optimal de bien-être.

La dépendance est l'incapacité d'une personne à réaliser des actions ou à accomplir des actes seuls, sans l'aide d'une autre personne des moyens qui lui permettent d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins afin d'être autonome. L'origine probable de cette dépendance est un manque de force lorsque le patient ne peut pas, un manque de volonté lorsque le patient ne veut pas, le manque de connaissances lorsque le patient ne sait pas comment agir pour satisfaire ses besoins fondamentaux.

Dans le processus de récupération des patients hémiplegiques, l'utilisation d'échelles standardisées est recommandée pour documenter la déficience neurologique, le niveau d'invalidité, l'indépendance fonctionnelle, le soutien familial, la qualité de vie et les progrès de la réadaptation.

Pour mesurer le niveau d'autonomie des patients, il existe plusieurs méthodes. Nous avons fait le choix de prendre en référence trois outils de mesure de la dépendance et de l'héminégligence. Les patients doivent être évalués principalement pour les déficiences motrices, sensorielles, cognitives, de communication, de déglutition et de dépression.

L'échelle d'autonomie de Katz ¹⁹

L'indice de Katz est un outil d'évaluation qui permet d'évaluer le degré de dépendance physique d'un patient pour la réalisation des activités essentielles de la vie quotidienne. Il s'agit d'une échelle qui permet d'évaluer le degré de dépendance ou d'autonomie d'un individu dans six grandes compétences de base : se laver, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, se retenir et s'alimenter. Ces compétences sont organisées de manière hiérarchique, ordonnées en fonction des progrès qu'un patient ferait dans sa rééducation. Ce point est pertinent car si les actions les plus essentielles nécessitent un accompagnement externe, il est normal que le reste des fonctions de base exige une aide. En d'autres termes, si une personne rencontre des difficultés à se nourrir, il est fort probable qu'elle rencontre également des difficultés à s'habiller ou à effectuer l'une de ces activités. Son utilisation permet à la fois d'apprécier la situation actuelle du sujet et d'évaluer les progrès du processus de réhabilitation.

À l'origine, l'échelle fonctionnelle ou l'indice de Katz a été développée pour aider à évaluer la réadaptation effectuée par les personnes souffrant de fractures de la hanche, bien qu'au fil du temps, sa fonction a été utilisée pour évaluer le degré de dépendance que les patients présentent dans différents types de maladies.

C'est l'une des plus utilisées échelle dans l'évaluation fonctionnelle des patients gériatriques ou en soins palliatifs, car elle fournit des informations sur le degré d'aide ou de dépendance dont la personne a besoin dans la vie quotidienne et permet de mieux ajuster les appareils qui lui sont proposés ou la rééducation qu'elle subit.

Il est possible de la remplir sur la base de l'observation du patient par les spécialistes, des informations communiquées par le sujet lui-même ou par les aides-soignants.

Échelle de Katz comprend un total de six éléments à évaluer, chacun se référant à l'une des compétences de base de la vie quotidienne. Plus spécifiquement, les points qui sont évalués sur cette échelle sont les suivants :

- Se laver

L'acte de se laver est considéré comme une activité de base de la vie quotidienne, bien qu'elle soit l'une des plus complexes. Une personne capable de se laver une partie ou la totalité du corps sans aide sera évaluée comme indépendante, tandis qu'une personne qui a besoin d'aide pour se laver, entrer ou sortir du bain ou laver plusieurs parties du corps sera en situation de dépendance.

¹⁹ annexe 1

- Se vêtir

Se vêtir est une activité de base complexe qui nécessite de la coordination, de la planification et des compétences motrices. L'indépendance ou l'autonomie dans cette compétence implique la capacité de prendre les vêtements nécessaires, de les enfiler ou de les enlever et d'utiliser des éléments tels que les boutons et les fermetures éclair pour réaliser un habillage complet. La dépendance sera prise en compte dans tous les cas où la personne est incapable de s'habiller seule ou le fait partiellement.

- Eliminer

Activité de base, mais un peu plus complexe que celles qui suivent, l'utilisation autonome des toilettes implique d'être capable d'y accéder et de les quitter, de les utiliser correctement, de les nettoyer et de les réparer soi-même sans avoir besoin d'une aide extérieure. Lorsqu'il y a dépendance, il faut de l'aide pour utiliser les toilettes ou il faut des pannes, des urinoirs.

- Se mouvoir

La mobilisation désigne la capacité de se déplacer dans l'environnement ou d'accomplir des actes tels que se lever, s'asseoir ou s'allonger sur une chaise ou un lit. Cela permet à son tour d'effectuer d'autres activités fondamentales de base. Une personne dépendante de cette faculté aura besoin d'aides pour se déplacer, s'asseoir ou s'allonger ou utiliser des équipements tels que des tribunes, des fauteuils roulants, des cannes.

- La continence

L'une des compétences de base les plus fondamentales, nous comprenons par continence la capacité à contrôler les processus d'urination et de défécation. C'est-à-dire qu'il s'agit de la capacité à contenir les matières fécales et l'urine et à les expulser volontairement. L'incontinence normale, totale ou partielle, serait évaluée comme une dépendance à cette capacité.

- Se nourrir

Elle est considérée comme la plus fondamentale et la plus pertinente de toutes les activités de base de la vie quotidienne. La capacité à se nourrir exprime la capacité du patient à porter les aliments à sa bouche et à les manger sans aide extérieure. Il est important de noter que cela n'inclut pas les processus plus complexes tels que couper ou tartiner des aliments avec des couverts en argent. S'il y a une déficience de cette faculté de base, un aide sera nécessaire pour manger ou pour recevoir une alimentation entérale ou parentérale.

L'indice Katz ne fournit pas de score chiffré et ne demande pas de calculs difficiles. Pour évaluer une personne avec cette échelle, pour chacune des actions de base de la vie journalière, on note si le patient est indépendant ou dépendant d'aides extérieures y compris ces aides : guidage mécanique, direction de l'action ou besoin de surveillance. Une fois tous les points sont évalués, le nombre d'activités pour lesquelles la personne est autonome sont analysées et une fiche de soins est établie, qui représentera l'évaluation totale de la dépendance/indépendance du patient par rapport à ces activités essentielles.

L'échelle de Barthel²⁰

L'échelle de Barthel, fonctionnelle pour mesurer l'autonomie des patients, est un outil universellement reconnu et considéré comme l'un des plus fiables pour évaluer l'autonomie dans les activités quotidiennes. Parmi les échelles de mesure utilisées dans les professions de soins, l'indice de Barthel est une référence universellement acceptée pour évaluer la fonction physique et l'autonomie des patients dans les activités journalières. Elle peut être utilisée chez les patients souffrant de lésions neurologiques, d'accidents vasculaires cérébraux, de troubles de l'équilibre, d'ataxie, de paraplégie, hémiplegie etc.

L'échelle est présentée aux malades par les infirmières à leur entrée et à leur sortie en permettant également d'évaluer le niveau de performance de l'unité de soin. L'indice examine dix critères qui définissent les activités de la vie quotidienne par exemple, la faculté de manger, de s'habiller, de maîtriser son hygiène personnelle, de se laver et la motricité, passer de la chaise au lit, marcher sur un terrain plat, monter et descendre les marches. Chaque aspect reçoit un score qui varie en fonction de son importance et du degré de mobilité du patient : complète, réduite ou absente. Un résultat total plus élevé indique une plus grande probabilité de pouvoir vivre de manière autonome à domicile après avoir quitté l'hôpital ou un centre de soins de longue durée. Le score obtenu exprime le degré d'assistance que l'état du patient requiert dans les activités quotidiennes. Une valeur de zéro signifie un patient entièrement dépendant, alors qu'une valeur de cent, qui est le maximum, indique un patient totalement autonome.

Les sujets qui sont évalués sur cette échelle sont :

- L'alimentation

Ce critère permet de savoir si le patient est capable de manger sans ou avec l'aide d'un dispositif particulier.

²⁰ annexe 2

- La toilette personnelle

C'est un indicateur de la capacité du patient dans la salle de bain. Ce critère indique si le malade peut se laver, se brosser les dents et faire le rangement sans l'aide du personnel médical.

- Se vêtir

Cet aspect est destiné à vérifier si le patient peut s'habiller sans aide, porter les vêtements du bas et de dessus de manière indépendante.

- Bain

Ce critère indique le niveau de la capacité du patient en matière d'hygiène en montrant s'il peut se laver lui-même.

- Continence urinaire et rectale

Cette condition évalue la capacité du patient à participer de manière indépendante et complète à la défécation sans avoir recours à une aide extérieure.

- Aller à la salle de bain

Cet aspect est consacré à vérifier la capacité du patient à se rendre aux toilettes de manière autonome

- Sortir du lit

Cette condition est liée à la capacité du patient à se lever du lit sans aide.

- Passer du lit à la chaise

Il s'agit d'un indicateur de la capacité du patient par rapport à des mouvements complexes. Ce critère indique si le patient peut se lever du lit et s'asseoir de manière autonome, ainsi qu'effectuer des manutentions inversées.

- Se mouvoir

Critère responsable des déplacements indépendants du malade, indiquant si le patient peut se déplacer de manière autonome dans la zone ou le bâtiment de l'hôpital.

- Escaliers

Selon ce critère, le patient a besoin d'aide pour monter les escaliers ou peut s'en sortir sans aide.

Chacun de ces critères est noté sur une échelle de quinze points. Plus le score est élevé, plus le patient est indépendant, et plus le score est bas, plus il a besoin d'un aide-soignant.

Échelle de Catherine Bergego ²¹

L'échelle de Catherine Bergego est une liste de contrôle standard utilisée pour détecter la présence et l'intensité de la négligence unilatérale lors de l'observation de situations quotidiennes. Cette échelle peut également mesurer la prise de conscience de la négligence comportementale. Ses caractéristiques consistent à analyser dix activités journalières, que les professionnels de la santé observent pendant les activités d'autosoins en évaluant ses performances.

La cotation de l'intensité du trouble va être notée de zéro à trois en fonction de la gravité de l'héminégligence. Dans les lignes ci-dessous, nous allons illustrer chaque point de l'évaluation fonctionnelle.

- le patient néglige de se laver, de se maquiller ou de se coiffer du côté gauche de son corps.
- le patient s'habille de manière incorrecte du côté gauche de son corps.
- le patient rencontre des difficultés à trouver les aliments du côté gauche de l'assiette, du plateau, ou de la table.
- le patient oublie de s'essuyer le côté gauche de la bouche après avoir mangé.
- le patient a du mal à regarder vers la gauche.
- le malade oublie d'utiliser le côté gauche de son corps.
- le patient rencontre des difficultés à être attentif aux bruits du côté gauche et aux personnes qui lui adressent la parole du côté gauche.
- le patient entre en collision avec des personnes ou des objets du côté gauche, comme des portes ou des meubles.
- le patient rencontre des difficultés à trouver le bon chemin vers la gauche lorsqu'il se promène dans des lieux familiers ou dans l'unité de soins.
- le patient a du mal à trouver ses objets personnels dans la chambre ou dans la salle de bain lorsqu'ils se trouvent du côté gauche.

²¹annexe 3

Partie pratique

*« Relever les défis de votre profession,
Contrôlez votre énergie et votre patience.*

Pensez que la personne qui souffre est vulnérable et qu'elle nécessite votre aide pour se soigner. »

Masei

Par la sélection en service de revalidation neurologique pour le stage d'intégration, nous avons pu entrer dans l'univers de la réadaptation du patient hémiparétique, améliorant ainsi notre vision sur la rédaction de notre épreuve intégrée. Nous avons pu bien comprendre que ce type de patient est extrêmement complexe pour le travail d'un(e) aide-soignant(e). Presque tous les actes délégués infirmières de l'ancienne liste de 2006 et de la nouvelle liste de 2019²² exigent d'être réalisés soigneusement, chaque jour, pour aider à la récupération du patient. C'est aux A.S d'aider le patient avec tact, compréhension, gentillesse et attention. Celui qui ne comprend pas le patient, ne connaît pas sa psychologie et est intolérant à ses plaintes, reproches et critiques parfois injustifiés, est étranger à la profession médicale.

Nous devons fréquemment faire face à des patients hémiparétiques grabataires ou en fauteuil roulant et nous allons les prendre comme repères pour mieux comprendre les rôles et les tâches des aide-soignant(e)s dans la prise en charge de ce type de patients et surtout développer un certain nombre de techniques et de gestes pour favoriser leur autonomie.

1.Les observations

Grâce à notre partie conceptuelle nous avons réalisé que la prise en charge du patient hémiparétique est une activité difficile et nécessite un effort soutenu de la part de nombreuses personnes, que ce soit le personnel soignant, la famille ou l'entourage. Le patient immobilisé passe un temps relativement long au lit et, dans la plupart des cas, ne peut pas changer de position. C'est pourquoi son lit doit être transformé en un véritable mobilier combiné, qui lui assure un confort maximal. L'immobilisation prolongée au lit prédispose le patient à une série de complications découlant précisément de son inactivité : thrombose²³, pneumonie hypostatique²⁴, escarres, atrophie musculaire.

²² voir en annexe 5

²³ un caillot qui se forme dans une veine ou une artère

²⁴ Variété de pneumonie se caractérisant par une inflammation des bases des poumons qui évolue silencieusement

Les conditions plus difficiles de maintien de l'hygiène corporelle favorisent l'apparition de diverses maladies dermatologiques.

D'autre part, nous avons pu constater qu'en raison des nombreux facteurs qui ont amené le patient dans cet état, il est nécessaire de lui administrer de nombreux médicaments et de contrôler quotidiennement ses paramètres vitaux. Ce travail va être soigneusement effectué par les aide-soignant(e)s sur la délégation de l'infirmière.

Afin de mieux comprendre le patient hémiparétique, nous allons essayer de déterminer tous les besoins non satisfaits²⁵ ainsi nous obtiendrons des observations détaillées. Chaque pas mal fait par nous les aide-soignant(e)s peut entraîner des conséquences à long terme. Il faut donc faire très attention aux détails, être très vigilant pour ne pas sauter les étapes indiquées par le médecin, l'infirmière ou la famille. Si une petite erreur, qu'elle soit liée aux médicaments, à l'alimentation ou à l'entretien, conduit à une tragédie, l'attention portée aux détails peut faire la différence entre la vie et la mort, l'autonomie et la dépendance.

Dans de nombreux cas et en commençant avec les besoins physiologiques, on a pu observer que l'hémiparésie perturbe l'alimentation, l'élimination, le besoin de dormir, l'hygiène, l'habillement, le mouvement et cause aussi certaines complications. Même la respiration ou la reproduction seront affectées.

Dans la partie théorique de notre travail, nous avons compris qu'un certain nombre des facteurs amènent le patient à un accident vasculaire cérébral et implicitement à une hémiparésie, de sorte que le besoin de manger sera perturbé à cause de la fausse déglutition ou à cause d'un régime visant à abaisser les valeurs de la glycémie, de la tension artérielle et de l'indice corporel. Nos observations concernant l'alimentation seront d'une importance majeure pour le rétablissement du patient en fonction desquelles le plan de soin sera modifié par les personnes chargées de donner des instructions sur les médicaments ou la méthode de rétablissement.

Concernant le besoin d'éliminer, nos observations se feront en fonction de l'urine, des selles, de la transpiration et des menstruations chez les femmes. Nous examinerons le manque ou l'excès, la quantité, la couleur, l'odeur et surtout le degré de dépendance en termes d'aide pour satisfaire cette nécessité.

La négligence des mesures d'hygiène ou l'incapacité à se tenir propre, soit par maladie ou faiblesse soit par refus de se laver, se traduit par une apparence de manque de propreté. Si la peau est sale, elle laisse la porte ouverte aux infections.

²⁵ Voir annexe 4

Par conséquent, s'il est dépendant, nous aidons le patient en veillant à une bonne hygiène corporelle ainsi qu'à l'observation d'éventuelles lésions cutanées.

Une diminution de la circulation sanguine au niveau des points de pression, une irritation due aux vêtements et l'accumulation de saletés peuvent être à l'origine de plaies. Toutes les modifications sur la couleur et l'aspect de la peau peuvent être aussi signe de dégénération.

Le besoin de s'habiller et de se déshabiller est une nécessité humaine qui consiste à porter des vêtements adaptés aux circonstances, à protéger le corps des rigueurs du climat et à permettre la liberté de mouvement. La plupart des patients hémiplegiques, en raison du dysfonctionnement de leurs membres, auront besoin de notre aide pour s'habiller, ce qui constitue un bon moment pour évaluer leur degré de dépendance ainsi que le risque d'accidents à ce moment-là, en raison du déséquilibre.

Préserver une autonomie de mouvement et une bonne posture est déterminé par l'intégrité de l'appareil locomoteur, du système nerveux central, du système végétatif et des nombreuses composantes psychologiques. Nos observations concernant la mobilité se focaliseront sur la posture du patient, le besoin de soutien et sur la mesure de la longueur du trajet parcouru de manière autonome.

La manière dont l'hémiplégie apparaît soudainement affecte non seulement les besoins physiques mais aussi les besoins psychologiques. Nous avons pu constater que l'état mental des patients est souvent affecté par la dépression, l'anxiété et beaucoup de frustration.

Nous avons pu remarquer que le besoin de communiquer est altéré par la présence de l'aphasie comme le besoin d'apprendre en raison du manque de connaissances sur la maladie ou, le plus souvent, du manque d'information sur la prévention de ce dysfonctionnement.

Sur la base du constat tiré sur les besoins non satisfaits au niveau physique et psychologique, nous avons pu observer que la qualité de vie du patient diminue de manière significative, entraînant l'isolement social, la dépendance physique, l'altération des relations au sein du couple et une diminution quantitative du niveau global d'activité.

2. Les soins techniques et le confort apportés par l'aide-soignant(e) à un patient hémiparétique

Le patient touché par une hémiparésie est confronté à des difficultés motrices et à l'héminégligence, c'est pourquoi nous allons l'aider dans la vie quotidienne en le stimulant pour qu'il conserve et développe son indépendance. En prenant l'exemple d'un patient que nous avons pris en charge lors du stage d'intégration, nous allons énumérer et détailler les soins techniques et le confort que nous avons mis en pratique journallement.

Par suite d'une hospitalisation récente, le patient était très anxieux. Afin qu'il prenne confiance envers l'équipe pluridisciplinaire et dans ses propres forces, nous avons essayé de faire en sorte qu'il puisse se sentir à l'aise dans un salon aéré, avec du linge propre et ses bagages rangés dans les casiers selon ses souhaits. En outre, nous sommes activement à l'écoute pour gagner la confiance du malade.

En raison d'un risque élevé des blessures, nous avons identifié et supprimé tous les facteurs de risque autour de celui-ci. En même temps, nous y avons attaché un bracelet jaune où le risque élevé de chute était indiqué. Nous lui avons expliqué que, pour éviter les chutes de lit, il serait même nécessaire d'élever des barrières, une prévention décidée au préalable par le médecin. Par ailleurs, nous lui avons expliqué en détail, l'importance de demander de l'aide en appuyant sur la sonnette à chaque fois qu'il devra se déplacer.

A cause de l'affection neurologique, la difficulté de s'alimenter se manifeste par des troubles de la mastication et de la déglutition. Comme le patient doit recevoir une alimentation qui correspond en termes de quantité et de qualité, nous avons veillé à ce que sa nourriture soit adéquate. Nous l'avons installé correctement et nous avons relevé sa tête en le stimulant pour qu'il avale de façon fractionnée en utilisant le membre non affecté par l'hémiparésie pour se nourrir.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'hygiène est importante pour maintenir la peau dans un parfait état de propreté afin de prévenir les complications cutanées. Il est nécessaire de stimuler les fonctions de la peau qui jouent un rôle important dans la défense de l'organisme et de garantir le confort nécessaire au patient. C'est pourquoi nous avons eu la tâche délicate de contrôler et de guider discrètement le patient lorsqu'il était nécessaire d'effectuer l'hygiène quotidienne du matin qui consiste à se laver le visage, les oreilles, le cou, les membres supérieurs, la région des aisselles, la cavité buccale et à prendre soin de ses cheveux.

En ce qui concerne la toilette intime, le dos et les pieds qui ne pouvait pas être réalisée par le patient de manière autonome, nous l'avons effectuée à sa place avec tact et discrétion.

Notre objectif dans ce processus était d'éliminer, sur la surface de la peau, les sécrétions des glandes sébacées et sudoripares mélangées à de la poussière, des aliments et des salissures d'autres substances étrangères qui adhèrent à la peau et améliorer la circulation sanguine de l'ensemble du corps.

Après le bain, nous l'avons aidé à choisir ses vêtements en fonction du degré thermique de l'environnement et des thérapies qu'il avait à subir pendant la journée.

Quelle que soit la position préférée du patient hémiplegique au lit ou au fauteuil, elle doit être changée toutes les deux heures au maximum avec la précision qu'il sera laissé sur le côté lésé moins longtemps que sur le côté sain. Pour cette raison, nous sommes intervenus à chaque fois pour changer la position de manière à prévenir l'apparition d'escarres, de thromboses ou le ralentissement du transit intestinal en favorisant le confort optimal.

Le repos au lit dû à l'immobilité prédispose le patient hémiplegique à de nombreux dysfonctionnements en termes d'élimination. Étant donné que notre rôle est de surveiller, d'aider ou de prévenir les complications, nous nous sommes concentrés d'une part sur le fait d'encourager l'hydratation et d'autre part à mesurer le volume, à observer la couleur et l'odeur de l'urine. Compte tenu aussi du fait que la patiente souffrait d'incontinence urinaire, nous avons veillé à changer sa protection chaque fois que cela était nécessaire. En ce qui concerne l'élimination des selles et en raison de son inactivité et de son repos au lit, le patient était prédisposé à la constipation, raison pour laquelle nous avons cherché à faire une évaluation de son inconfort abdominal, de ses douleurs et de la fréquence.

Nous avons privilégié le mouvement en termes de mobilisation et de positionnement du bénéficiaire à l'aide de nos propres forces par des techniques de manutention ou à l'aide d'appareils de lève-personne pour permettre au patient une meilleure circulation sanguine, pour prévenir l'apparition des escarres tout en observant et en contrôlant le maintien des positions.

La marche est une activité qui permet au patient de stimuler son autonomie. Nous le lui avons donc proposé en vérifiant au préalable qu'il est équipé de chaussures adaptées, c'est-à-dire des chaussures fermes à semelles antidérapantes. Nous avons supprimé les obstacles qui l'entouraient en lui demandant de porter son regard au loin devant lui. Durant la marche, on a surveillé son visage et nous avons prévu des pauses pour ne pas l'épuiser.

Dans notre métier, un autre point extrêmement important est la surveillance des fonctions vitales et végétatives. Le contrôle des paramètres vitaux dans le cadre de l'arrêté royal de 2019 qui fixe des nouveaux actes délégués par l'infirmière aux aides-soignantes est l'une des tâches essentielles dans la prise en charge des patients hémiplegiques. Les fonctions vitales les plus importantes à surveiller sont la respiration, la pression artérielle, le pouls et la température que nous avons mesurés chaque fois que l'infirmière nous l'a demandé.

La respiration est la fonction de l'organisme par laquelle l'apport d'oxygène nécessaire aux processus vitaux est assuré parallèlement à l'élimination du dioxyde de carbone dans l'atmosphère. Une bonne respiration détermine une bonne circulation et une bonne mobilité, c'est pourquoi nous avons analysé à chaque fois le type de respiration, l'amplitude des mouvements, le rythme et la fréquence. Comme appareil de mesure, pour une partie de cette analyse, nous avons utilisé le saturomètre.

La pression artérielle est la tension exercée par le sang circulant sur les parois artérielles. Les facteurs qui déterminent cette tension sont le débit cardiaque, la force de contraction du cœur, l'élasticité, le calibre des vaisseaux et la vascularisation du sang. La surveillance de la pression artérielle vise à évaluer la force de contraction du cœur et la résistance déterminée par l'élasticité des vaisseaux. Nous avons contrôlé quotidiennement la tension artérielle systolique²⁶ et diastolique²⁷ avec l'aide d'un tensiomètre, parce que chez ce type de patients, la modification des paramètres normaux de 120 à 80 mm Hg peut entraîner des complications. Bien entendu, ce résultat est l'idéal mais il peut être modifié en fonction du sexe, de l'âge ou de la pathologie.

Le pouls artériel est l'expansion rythmique des artères et l'importance de sa vérification est donnée par le fait que sa fréquence croissante et son amplitude décroissante sont des signes de circulation altérée. Les valeurs de référence se situent entre 60 et 80 battements par minute, plus de 80 pulsations par minute sont des signes de tachycardie et moins de 60 de bradycardie. En général, chez les patients hémiplegiques, le pouls a tendance de devenir tachycardique.

Le maintien d'une température dans les limites normales est nécessaire à l'organisme pour le confort du patient. Le contrôle de cette température a pour but de détecter certaines modifications pathologiques.

²⁶ la pression dans les artères au moment de la systole, c'est à dire pendant une contraction cardiaque

²⁷ la pression dans les artères au moment de la diastole, c'est à dire pendant le remplissage du cœur

À ce contrôle quotidien des paramètres, nous ajouterons également la prise de la glycémie par capillaire parce que nous l'avons souvent vérifiée au sein du service de revalidation neurologique. Les vaisseaux sanguins sont affectés par l'hyperglycémie, ils peuvent devenir plus fragiles. Nous avons pris ces mesures afin d'éviter un nouvel accident vasculaire cérébral. Les valeurs normales d'une personne en bonne santé doivent se situer entre 70 et 100 mg/dl. Le contrôle de glycémie se réalise à l'aide d'un glucomètre en prenant toutes les mesures nécessaires pour obtenir un résultat correct, en lavant les mains du patient à l'eau, sans savon et en utilisant des gants pour toucher le lecteur de glycémie.

Un autre soin d'importance majeure pour les aide-soignant(e)s est l'administration de médicaments, à l'exception des substances stupéfiantes, qui ont été préparés au préalable par une infirmière ou un pharmacien. Cette administration est effectuée uniquement avec la délégation de l'infirmière. Nous avons vérifié la date de péremption de tous les médicaments, les effets secondaires, l'identité du bénéficiaire, si le médicament appartenait au bon patient, la bonne voie d'administration et bien sûr, nous nous sommes assurés que les médicaments étaient pris à la date prévue. En général, les traitements des patients hémiparétiques contiennent des médicaments pour traiter une hypertension artérielle, un excès de cholestérol ou un diabète. On retrouve aussi les anticoagulants comme les héparines fractionnés et l'aspirine qui peuvent empêcher les caillots de grossir et de causer d'autres complications. Après avoir demandé le consentement et la coopération du patient, nous lui avons donné le traitement médical nécessaire. Nous avons veillé à ce qu'il soit pris correctement. En ce qui concerne l'injection d'héparine à bas poids moléculaire, nous avons soigneusement et attentivement pris toutes les précautions nécessaires pour une administration adéquate dans le respect d'une asepsie²⁸ rigoureuse.

²⁸ absence de tout germe infectieux

3.Le rôle de l'aide-soignante dans la prévention des complications de l'hémiplégie

Les complications de l'hémiplégie peuvent être nombreuses et le rôle de l'aide-soignant(e) dans leur prévention est très important.

La complication la plus fréquente de l'hémiplégie est probablement la régression intellectuelle due à la privation sensorielle. On a tendance à isoler le patient pendant la phase aiguë, dans une pièce sombre et calme, sans être dérangé. Parfois, il est placé dans le lit sans aucune stimulation de l'environnement, de sorte que lorsqu'il est en décubitus dorsal, il ne peut voir que le plafond et, s'il est sur le côté, seulement le mur nu.

Lorsque les soignants sont dans la pièce, ils ont parfois tendance à parler du patient à la troisième personne, même en leur présence. Même la personnalité la plus intégrée a tendance à se détériorer rapidement sans une stimulation environnementale adéquate.

Il est vrai que certains patients, après l'attaque, ont une capacité d'attention réduite et se fatiguent rapidement et facilement, de sorte que la stimulation doit être donnée à intervalles courts. Si la déficience sensorielle se prolonge, le patient devient rapidement dépressif parallèlement à une dégradation intellectuelle. De même, on a toujours eu tendance à accuser les lésions cérébrales d'être la cause de la dépression plutôt que la pauvreté environnementale dans laquelle le patient hémiplégique est souvent prostré. En raison de la régression intellectuelle, de la dépression et de la limitation physique, le patient devient plus dépendant des soignants ou des membres de la famille. La dépendance conduit souvent le patient à un sentiment de dévalorisation et peut engendrer des conflits avec ces interlocuteurs. Lorsque l'apathie et la dépression persistent, il ne faut pas longtemps pour que la capacité physique générale du patient en soit affectée et l'un des premiers signes est l'escarre, en particulier si le patient a également des problèmes sensoriels ou s'il est sous l'influence d'une sédation ou d'une analgésie importante. C'est pourquoi notre rôle dans la prévention de ces complications est de communiquer avec le patient pour comprendre ses besoins et le faire se sentir en sécurité.

Probablement la deuxième complication la plus fréquente chez l'hémiplégique, est le développement de contractures, une complication qui est généralement évitable. L'apparition de contractures a beaucoup plus d'effets sur le patient que la perte de mouvement. Par exemple, lorsqu'on laisse les contractures progresser, elles deviennent rapidement douloureuses. La présence de contractures favorise la spasticité et toutes deux interfèrent fortement avec la déambulation.

Les deux procédures élémentaires devant être utilisées pour prévenir les contractures et qui peuvent être réalisées par les aide-soignant(e)s sont les suivantes : maintenir une bonne posture au lit et en position assise, des membres les plus affectés et, en position assise, effectuer des exercices de mouvements des membres les plus atteints.

Il faut faire la distinction entre les exercices passifs qui doivent être effectués par les aide-soignant(e)s pour prévenir les contractures et les exercices actifs d'étirement qui ne doivent être effectués que par des thérapeutes spécialisés pour corriger les contractures.

Après un AVC, la présence d'une incontinence urinaire peut être due à une confusion mentale, à des troubles de la communication ou à la présence d'une vessie flasque dilatée avec incontinence par reflux. En demandant au personnel infirmier de mettre en place un programme d'entraînement vésical approprié, ce dysfonctionnement urinaire peut être contrôlé sans que le patient ne souffre de l'effet démoralisant de l'incontinence et en évitant le recours à une sonde urinaire. L'infection urinaire est généralement due à l'utilisation fréquente et prématurée d'une sonde urinaire chez le patient pour le contrôle de l'incontinence. Plus le tube de la sonde demeure longtemps dans la vessie, agissant comme un corps étranger, plus grand est le risque de développer une infection urinaire. Chez de nombreux patients, la période d'incontinence urinaire ne dure pas longtemps, il est donc recommandé, dans un premier temps, d'utiliser une sonde externe reliée à un collecteur ou simplement de stimuler le patient à uriner et lui proposer l'urinoir correspondant. Il est de notre responsabilité de prévenir les infections urinaires en respectant des règles rigoureuses en matière d'hygiène des mains, en maîtrisant les techniques de toilette génitale et en instaurant la confiance du patient afin qu'il nous sollicite pour toute assistance relative à l'élimination.

Après avoir terminé les missions assignées, nous avons procédé à l'étape primordiale pour assurer la bonne continuité des soins, communément appelée transmission, dont les détails seront exposés dans le prochain chapitre.

4. Equipe pluridisciplinaire, évaluations et transmissions

Dans ce métier gratifiant, pour garantir une rééducation efficace d'un patient atteint d'hémiplégie, il est indispensable de faire partie d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée et bien coordonnée. Le processus de réadaptation est l'effort et la collaboration d'une équipe complexe composé de médecins, infirmières, aide-soignant(e)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes²⁹, psychologues, psychomotriciens, diététicienne, aide logistiques et assistants sociales.

²⁹ un praticien qui accompagne les personnes de tous âges souffrant de troubles de la communication

La revalidation neurologique est un travail d'équipe centré sur le patient qui vise à faire en sorte que l'hémiplégique se rapproche le plus possible de l'état de l'autonomie dans lequel il se trouvait avant de tomber malade. Les buts du traitement sont de prévenir ou de réduire les séquelles physiques, psychologiques, fonctionnelles, familiales et sociales de la pathologie neurologique, tout en optimisant la récupération neuronale.

Tel que mentionné précédemment, pour assurer l'efficacité du soin, il est crucial que chaque personne qui intègre l'équipe effectue une évaluation minutieuse et une transmission précise. Il est impossible de résoudre tous les problèmes à partir d'une seule discipline et tous les professionnels doivent être impliqués dans le processus en égale mesure. En tant qu'aide-soignant(e), nous sommes en première ligne et consacrons le plus de temps possible aux patients pour garantir la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'évaluer avec soin chaque observation, chaque paramètre vital et chaque plainte du patient, de les transmettre de manière précise, tant à l'oral qu'à l'écrit, afin qu'ils puissent être pris en compte et résolus efficacement par le personnel compétent. Puisque nous sommes sous la responsabilité de l'infirmière, toutes les évaluations doivent lui être transmises. Nous donnerons ci-après des exemples oraux et écrits de transmissions que nous avons effectuées pendant le stage d'intégration.

Habituellement, les transferts oraux sont effectués lors d'un changement d'équipe ou d'une situation d'alerte pendant le soin. Nous avons communiqué oralement à la personne qui nous a remplacé, le désir du patient d'avoir une chose en particulier ou nous lui avons exposé un soin nécessitant un suivi immédiat. Nous avons observé une circonstance critique comme une chute et nous avons sollicité de l'assistance. Ensuite, nous avons communiqué l'événement verbalement. Une fois le souci résolu, nous l'avons consigné par écrit.

Les transmissions écrites sont utilisées pour connaître des informations importantes mais aussi pour garder une trace. Elles constituent une preuve des différents événements survenus au cours de l'hospitalisation de chaque patient et peuvent être utilisées légalement en justice. Les communications écrites effectuées par les aide-soignant(e)s doivent être lisibles, exactes et objectives. Il est important d'enregistrer les observations et les soins dans l'ordre chronologique en identifiant clairement l'auteur de l'écrit et le patient concerné. Les notes écrites dans le dossier d'un patient atteint d'hémiplégie portaient sur l'état de la peau, les mesures des signes vitaux, l'évaluation de l'indépendance et de la dépendance, la prévention des escarres, les échelles de mesure pour l'héminégligence et la nutrition ainsi que la date et l'heure de chaque soin posé et de toute réaction indésirable aux médicaments.

Tous les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire effectuent ces transmissions écrites pour garantir une coopération fructueuse dans la guérison du patient. Ce qui permet d'éviter de nombreuses tragédies. La désinformation ou le manque d'information qui entoure le personnel soignant est un véritable piège qui clôt le cercle de la maladie.

Le programme de réadaptation vise, dans tous les cas, à augmenter le degré de récupération fonctionnelle des activités et des fonctions du patient afin de permettre une réinsertion dans son milieu de vie, dans les meilleures conditions possibles.

5. Les techniques des aide-soignant(e)s pour favoriser l'autonomie

En reliant toutes les données mentionnées précédemment et en organisant les observations, le plan de soin et les transmissions, notre objectif, dans ce chapitre, est de découvrir des méthodes pour encourager l'autonomie sous le statut d'aide-soignant(e).

Les problèmes d'un patient hémiplégique peuvent être nombreux : incapacité à communiquer, à se déplacer, à se laver, à s'alimenter correctement, mobilité physique réduite, troubles du sommeil, anxiété et risque d'altération de l'intégrité de la peau. En examinant toutes ces difficultés, il est évident que le temps sera long pour pouvoir préserver leur autonomie et garantir leurs besoins de base. Nous pouvons affirmer que la première méthode pour maintenir l'indépendance est la manière dont nous, les aide-soignant(e)s planifions notre emploi du temps pour ces patients en tenant compte que ce temps est restreint. La raison est, qu'il faut suivre un programme bien défini dans lequel chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire exerce un rôle spécifique pour garantir la récupération.

Afin d'être plus explicite, un exemple peut être donné : nous prenons en charge en priorité les patients nécessitant des soins moins complexes pour qu'ils soient prêts à temps pour être soignés par les ergothérapeutes ou les kinésithérapeutes. Ensuite, nous nous occupons des patients les plus dépendants pour leur accorder davantage de temps afin de les encourager à utiliser leurs membres sains pour leurs soins de base.

De cette manière, la continuité des soins est garantie sans hâte et les malades peuvent avancer dans la récupération de leur indépendance pour satisfaire leur besoins de base d'eux-mêmes selon leurs capacités.

Une autre méthode pour promouvoir l'autonomie qui fait partie de notre fonction, est la préparation de la chambre et du lit de manière que le patient puisse bouger librement, sans restriction de mouvement, à être en mesure de se lever du lit si besoin ainsi que de se mettre en position assise tout en ayant la possibilité de poser confortablement ses pieds sur le sol. Il faut aussi faciliter l'accès aux équipements de soutien tels qu'une canne, des béquilles, une tribune ou une chaise roulante, lui conseiller l'utilisation de chaussures avec des semelles antidérapantes, supprimer tous les obstacles sur le trajet menant à la salle de bains ou à la sortie de la chambre, disposer les objets importants de manière correcte, à proximité de leur lit ou de leur fauteuil afin de faciliter leur prise par le membre sain, mettre à disposition des objets stimulants comme une radio par exemple et les placer du côté atteint.

Une autre option pour favoriser l'autonomie pourrait être mise en place pendant le processus de mise en tenue en donnant au patient la possibilité de choisir ses propres habits pour la journée en lui suggérant l'utilisation de vêtements amples, faciles à manipuler d'une seule main et munis de fermetures simples.

En ce qui concerne la manière de rendre l'auto-alimentation plus facile, il existe des astuces pour manger seul en utilisant un ensemble de vaisselle anti-dérapant, un bord d'assiette et une cuillère-fourchette-couteau appelée Georgette.

Encourager et orienter le patient en utilisant une communication appropriée à participer à différentes activités organisées au sein de l'hôpital peut favoriser également l'autonomie puisque la solitude ou le stress peuvent considérablement diminuer l'estime du malade en ses propres capacités.

Afin d'éviter la spasticité des membres atteints et de promouvoir l'indépendance, nous pouvons guider et encourager le patient à écouter les conseils du kinésithérapeute. Il est recommandé d'éviter de laisser le bras paralysé dans le vide et il est conseillé de placer un oreiller sous le bras affecté ou d'utiliser une écharpe comme support de manière que les doigts de la main affectée soient correctement étirés.

La manière dont nous agissons et échangeons est cruciale pour acquérir la confiance du patient et le persuader de l'importance à solliciter une aide pour se rétablir et recouvrer son indépendance. Il est important d'appeler et de demander de l'aide pour être accompagné à la toilette, ce qui permet de prévenir l'incontinence mais aussi de maintenir le confort et une bonne hygiène à l'avenir.

Nous pouvons aussi considérer l'éducation à la santé comme une démarche importante pour la reprise de l'autonomie lors du retour à la maison.

Chez ces patients, l'éducation à la santé consiste davantage à apprendre sur la maladie que sur la santé, sans que l'une exclue l'autre. La mission de l'éducation thérapeutique du patient doit être élaborée pour permettre au patient et à sa famille de gérer le déroulement du traitement de la maladie et de prévenir les complications tout en maintenant ou en améliorant la qualité de vie. Son objectif majeur est de générer un effet bénéfique complémentaire à celui de toutes les autres interventions. Tout d'abord, sur le plan psychologique, on a expliqué l'importance d'éviter les efforts inutiles, les émotions fortes et le stress, car ce sont des facteurs importants qui peuvent augmenter la pression artérielle mais aussi l'apparition de troubles dépressifs. Nous avons suggéré au patient d'exprimer, de communiquer ses sentiments et ses souffrances à ses proches pour qu'ils puissent le comprendre et l'assister en évitant ainsi l'isolement et la régression. La valorisation du patient vis-à-vis de ses capacités est très importante pour son état psychique, ce qui lui permettra de poursuivre la récupération à la maison aussi.

Au niveau physique, nous avons conseillé au patient de retirer les tapis, de réaménager les pièces et de libérer les couloirs pour simplifier les déplacements. Comme les patients peuvent avoir besoin d'un équipement spécifique ou d'une assistance technique lorsqu'ils rentrent chez eux, nous leur avons conseillé de faire appel à leur mutuelle. Il est important de continuer à pratiquer la gymnastique de rééducation le plus longtemps possible pour préserver les capacités acquises pendant la période de récupération. Par conséquent, la poursuite du travail avec un physiothérapeute est indispensable au bien-être du patient hémiparétique. En ce qui concerne le lit, un matelas à air dynamique est recommandé pour prévenir les escarres ainsi que l'installation des coussins en-dessous des points d'appui. Nous avons informé les patients de l'importance que l'hygiène revêt pour leur santé en luttant contre les risques infectieux. La salle de bain a également une importance fondamentale. En fonction des limitations du patient, on a conseillé la mise en place de barres d'appui, d'une chaise pour la douche et de tapis antidérapants qui les aidera énormément à réaliser leur toilette journalière de manière autonome.

Concernant les médicaments, nous avons insisté pour que le patient comprenne l'importance de suivre le traitement sérieusement à l'heure et à la date prescrites par le médecin, voire également les techniques particulières d'administration de certains ainsi que la gestion d'éventuels effets indésirables et surtout d'éviter l'automédication.

On a également insisté sur la nécessité d'une prise des paramètres réguliers de la glycémie, de la tension artérielle et la fréquence cardiaque pour la prévention d'un nouvel AVC.

Préventivement, le régime alimentaire du patient et ses mauvaises habitudes sont aussi des points clés. Maintenir un équilibre sur la nourriture est nécessaire, faire attention au surpoids, éviter le sucre, l'excès de sel et les aliments riches en lipides. Le tabac, l'alcool et le manque de sommeil sont à éviter complètement.

Nous avons souligné que la reprise du travail dépendait de la récupération des facultés physiques et mentales. Il ne faut pas se précipiter car la fatigue persiste souvent pendant plusieurs mois après l'accident vasculaire cérébral. Le délai de reprise du travail dépend de chaque patient et du type de travail. Dans certaines entreprises, il est possible de réaménager temporairement le poste de travail ou d'autoriser le retour à un travail à mi-temps médical. Cela réduit la fatigue et le stress liés à la reprise du travail et permet en même temps un retour à la vie normale.

Les soins, les conseils et l'éducation du patient sur sa santé sont prioritaires mais il est également de notre responsabilité de travailler en étroite collaboration avec ses proches et sa famille. C'est pourquoi, dans le sous-chapitre suivant, nous allons accorder une section spécifique à cette tâche.

6. Les rôles de l'aide-soignant auprès de l'entourage de la personne hémiplegique

Notre interaction avec les membres de la famille et les proches du malade se poursuivra à l'issue de son séjour à l'hôpital en leur offrant des recommandations et une assistance pour faciliter son retour au domicile. Sans ce travail d'équipe, il n'est pas possible de concevoir un rétablissement optimal pour le patient et ce travail doit se poursuivre même après son départ. De même, la relation entre le patient et l'aide-soignant(e), entre l'aide-soignant(e) et la famille ainsi que les proches et le patient est particulièrement importante. Une coopération continue entre tous les acteurs est indispensable.

Pendant la période d'hospitalisation, une série de conseils sont imposés à la famille afin d'éviter de nombreuses complications. Nous les avons d'abord informés de la façon dont ils devaient se positionner lors des visites c'est-à-dire se placer à côté du patient dans le sens opposé de l'hémiplégie. Afin de faciliter leur interaction, nous leur avons indiqué qu'ils pouvaient relever les barrières du lit à condition de les remettre en place à la fin de la visite, remettre aussi correctement la sonnette en sortant de la chambre.

Nous leur avons indiqué qu'il était impératif de respecter l'horaire des visites afin d'éviter de trop fatiguer le malade, d'éviter toute forme de rééducation pendant la visite et de demander de l'aide et des conseils aux soignants avant toute mobilisation.

Nous leur avons suggéré d'éviter l'apport de boissons ou de nourriture sans avoir pris connaissance de tout régime alimentaire spécifique au patient et en même temps, d'éviter de l'hydrater ou de le nourrir sans l'avis d'un professionnel car il peut y avoir un risque de fausse déglutition.

En raison de la maladie, le patient peut avoir des problèmes de communication, d'attention ou même des moments de nervosité, c'est pourquoi nous leur avons suggéré d'être compréhensifs et de faire preuve de patience à leur égard.

Outre des recommandations ou des propositions pour éviter les complications, notre rôle est aussi d'informer la famille et les proches du patient sur son état de santé, ses progrès ou ses régressions, de solliciter leur aide lorsque le patient a besoin de vêtements propres ou d'objets personnels qui doivent être apportés en temps utile, les traiter avec respect, leur donner l'écoute requise à chaque fois qu'ils ont besoin de nouvelles informations sur la condition du patient. Par ailleurs, il est important de rappeler au patient et à ses proches qu'un séjour à l'hôpital n'est pas une fin, mais un début. Son hospitalisation permettra un suivi optimal dans le cadre du continuum de soins mis en place par une grande équipe pluridisciplinaire.

Quand le moment du retour à la maison est venu, nous avons informé la famille sur toutes les mesures nécessaires à prendre pour le confort et la sécurité du patient.

Nous leur avons conseillé de prendre contact avec l'assistante sociale qui pourra les aider à préparer la sortie en prenant en compte leurs exigences en étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. L'assistante sociale est en mesure de les guider vers des services d'aides à domicile, comment faire appel à leur mutuelle ou leur recommander des organisations telles que les associations sans but lucratif qui s'intéressent à l'hémiplégique et à sa famille.

En conservant dans notre mémoire une énumération de termes-clés significatifs tels que : observer, soigner, aider, préserver, transmettre, éduquer, communiquer, intermédiaire et prévenir, nous en arrivons à la fin de la rédaction.

Conclusion

« Le rétablissement consiste simplement à former la personne souffrante à mener une existence optimale, pas seulement dans les contraintes de sa "déficience", mais en exploitant au mieux ses aptitudes restantes. »

H A Rusk, J M Block, E W Lowman

La prise en charge d'un patient hémiparétique doit prendre en compte tous les facteurs de risques liés à ses déficits. Elle est complexe et pluridisciplinaire, de préférence orientée vers la tâche et constamment réajustée en fonction de l'évolution.

En vue de mieux répondre à notre questionnement principale - Comment un(e) aide-soignant(e) peut favoriser l'autonomie d'un patient hémiparétique dû à un AVC, nous avons organisé notre étude en trois grandes parties qui nous ont permis d'explorer de manière exhaustive la situation du patient atteint d'hémiparésie, ses exigences ainsi que son parcours pour regagner son indépendance. Il est possible d'affirmer que le patient qui est stimulé par la persévérance et l'habileté devient le principal acteur de sa propre guérison. Nos stages dans les services de réadaptation neurologique ont révélé que travailler dans ce domaine demande une immense patience. Cependant, la joie d'être témoin de la progression quotidienne des patients vers l'atteinte de l'autonomie est une expérience indescriptible.

Annexes

ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution :

NOM – Prénom :

Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne "nouveau score" en cas de première évaluation)

CRITERE	Score		1	2	3	4
	Ancien	Nouveau				
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans aide(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'aide(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
CRITERE			1	2	3	4
TEMPS			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie 0 catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément est demandée⁽¹⁾

- un accueil en centre de soins de jour est demandé⁽¹⁾

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

--

C. Le Médecin (obligatoire si aggravation moins de 6 mois après changement lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

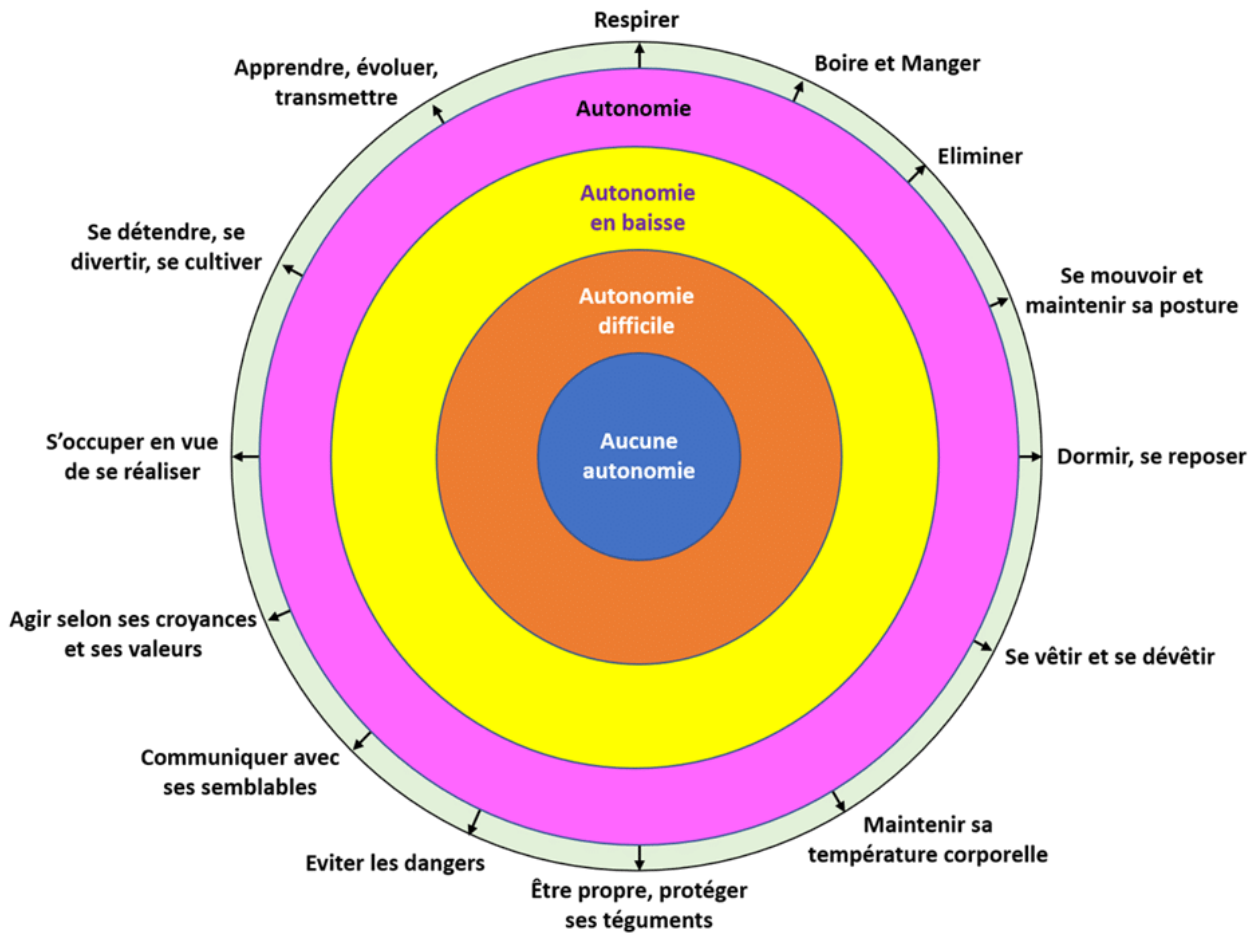
Nom et numéro Inami ou cachet du médecin ⁽¹⁾ Nom de l'infirmier(ère) responsable ⁽¹⁾	Date :/...../.....	Signature
---	-----------------------------	-----------

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile.

Item	Description	Score	Dates	
1. Alimentation	Autonome. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable	10		
	A besoin d'aide, par exemple pour couper	5		
2. Bain	Possible sans aide	5		
3. Continence rectale	Aucun accident	10		
	Accidents occasionnels	5		
4. Continence urinaire	Aucun accident	10		
	Accidents occasionnels	5		
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Autonome sur une distance de 50 m, éventuellement avec des cannes.	15		
	Peut faire 50 mètres avec aide	10		
	Autonome dans un fauteuil roulant, si incapable de marcher.	5		
6. Escaliers	Autonome. Peut se servir de cannes.	10		
	A besoin d'aide et de surveillance.	5		
7. Habillement	Autonome. Lace ses chaussures. Attache ses boutons. Met ses bretelles.	10		
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable.	5		
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5		
9. Usage des WC	Autonome. Se sert seul du papier hygiénique, de la chasse d'eau.	10		
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique.	5		
10. Transfert du lit au fauteuil	Autonome, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.	15		
	Surveillance ou aide minime.	10		
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert.	5		
	Score :			

Cotation de l'intensité du trouble :				
0 : aucune négligence unilatérale				
1 : négligence unilatérale discrète				
2 : négligence unilatérale modérée				
3 : négligence unilatérale sévère				
NV : non valide				
1. Omission du côté droit/gauche lors de la toilette (lavage, rasage, coiffure, maquillage).				
0	1	2	3	NV
2. Mauvais ajustement des vêtements du côté droit/gauche du corps.				
0	1	2	3	NV
3. Difficultés à trouver les aliments du côté droit/gauche de l'assiette, du plateau, de la table.				
0	1	2	3	NV
4. Oubli d'essuyer le côté droit/gauche de la bouche après le repas.				
0	1	2	3	NV
5. Exploration et déviation forcée de la tête et des yeux vers la gauche/droite.				
0	1	2	3	NV
6. « Oubli » de l'hémicorps droit/gauche (par exemple : bras ballant hors du fauteuil, patient assis ou couché sur son côté paralysé, pied droit/gauche non posé sur la palette du fauteuil roulant, sous-utilisation des possibilités motrices).				
0	1	2	3	NV
7. Ignorance ou indifférence aux personnes ou aux bruits venant de l'hémi-espace droit/gauche.				
0	1	2	3	NV
8. Déviation dans les déplacements (marche ou fauteuil roulant) amenant le patient à longer les murs du côté gauche/droit ou à heurter les murs, les portes ou les meubles sur la droite/gauche.				
0	1	2	3	NV
9. Difficultés à retrouver des trajets ou lieux familiers lorsque le patient doit se diriger vers la droite/gauche.				
0	1	2	3	NV
10. Difficultés à retrouver des objets usuels lorsqu'ils sont situés à droite/gauche.				
0	1	2	3	NV
Total (score total/nombre d'items valides) x 10 = <input type="text"/> /30				

Les 14 besoins fondamentaux – Virginia Henderson - 1947



1. LES ARRETES ROYAUX

Moniteur Belge :

- 03/02/2006 : 5921 – 5922 – 5923
- 03/02/2006 : 6073 – 6074
- 03/02/2006 : 6077 – 6078
- 27/02/2019 : 27322

Arrêtés royaux du 12 janvier 2006 :

- Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant.
- Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser des actes.
- **Annexe** à l'arrêté du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectués par les aides soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser des actes.
- Arrêté royal du 27 février 2019 modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

2. FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT COMME AIDE-SOIGNANT AUPRES DE LA COMMISSION D'AGREMENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER

Au terme de la formation les étudiants doivent envoyer cette demande avec les formulaires ci-annexés.

3. LISTE DES ACTES

Liste des prestations que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier/ière et dans une équipe structurée.

La liste reprise ci-dessous fixe les conditions d'exécutions, en conséquence de l'art. 21 quinquies § 3 de l'AR n°78 dans lesquels l'aide soignant(e) peut effectuer des activités et des prestations, en faisant référence à l'art. 21 quinquies §1a de l'AR n°78 et à la liste des prestations techniques de soins infirmiers (AR du 18/06/1990).

- 1) Observer et signaler les changements sur les plans physique et social chez le patient/résident dans un contexte des AVQ.

- 1) Informer et conseiller le patient/résident et sa famille conformément au plan de soins et relativement aux prestations techniques autorisées.
- 2) Assister le patient et son entourage dans les moments difficiles.
- 3) Soins de bouche
- 4) Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide bande élastiques.
- 5) Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes.
- 6) Soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas de soins de plaies.
- 7) Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes.
- 8) Aide à la prise des médicaments par voie orale, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) et ou un pharmacien.
- 9) Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale, à l'exception de l'alimentation de l'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition.
- 10) Installation et surveillance du patient/résident dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins.
- 11) Soins d'hygiène chez le patient/résident souffrant de dysfonction des AVQ, conformément au plan de soins.
- 12) Transport des patients/résidents, conformément au plan de soins.
- 13) Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins.
- 14) Application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins.
- 15) Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins.
- 16) Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats.
- 17) Assistance du patient lors du prélèvement non stérile d'excrétions et de sécrétions.

Au 1^{er} septembre 2019

- 18) Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier.
- 19) Administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administrations suivantes :
 - Orale (y compris l'inhalation)
 - Rectale
 - Gouttes ophtalmiques
 - Gouttes auriculaires
 - Percutanée, et
 - Sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée

- 1) Alimentation et hydratation par voie orale et par sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, dont le point d'insertion est cicatrisé et ne nécessite plus des soins de plaies, après contrôle de la position de la sonde par le médecin ou l'infirmier.
- 2) Enlèvement manuel de fécalomes
- 3) Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses.

Les sources

Bibliographie

Dictionnaire médical des AS-AP 2021, Christine Paillard ,258 p

Hémiplégie et vie quotidienne 2000, F. Gomez, A. Huguet, E. Jullien, 161p

AVC : en réchapper et y échapper 2016, Marie-Germaine Bousser, 128p

Les aidants : Ces proches indispensables du quotidien 2021, Claudie Kulak, 160p

Guide Aide-soignante 2009, J. Gassier, K. Le Neures, E. Peruzza ,588p

Sitographie

https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=hemiplegie_pm

<https://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/hemiplegie/quelles-sont-causes>

<https://lemagdusenior.ouest-france.fr/dossier-427-hemiplegie.htm>

<https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/233-hemiplegie-paraplegie-tetraplegie>

<https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx>

<https://www.capretraite.fr/prevenir-dependance/sante-grand-age/les-accidents-vasculaires-cerebraux-avc/>

<https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>

<https://books.openedition.org/pucl/1603>

<https://www.yumpu.com/fr/document/view/17430862/echelle-devaluation-katz>

<https://www.urps-infirmiere-paca.fr/les-bonnes-pratiques/les-echelles-devaluation-et-les-classifications>

<https://www.medmuseum.siemens-healthineers.com/en/stories-from-the-museum/stroke>

<https://www.emro.who.int/fr/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>

<https://www.neuropsychwaterloo.be/2017/02/un-phenomene-etrange-lheminegligence/>

<https://strokengine.ca/fr/assessments/catherine-bergego-scale-cbs/>

<https://www.geh-asbl.be/introduction/>

Cours

Anatomie et physiologie, Monsieur Vantomme

Éducation à la santé, Monsieur Vantomme

Pratique professionnelle, Monsieur Dejonckheere et Madame Minet

Déontologie et Législation, Madame Père

Nutrition, Madame Defraeye