



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire
54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT – SEBASTIEN SUR LOIRE

La rééducation post-opératoire d'Anna : gestion de la douleur et relation thérapeutique dans un contexte de troubles psychologiques

Lucie MASSELLOT

Travail Ecrit de Fin d'Etudes
En vue de l'obtention du Diplôme de Masseur - Kinésithérapeute

Année 2013-2014

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



Remerciements

Je remercie ma famille, mon directeur de mémoire, la documentaliste de l'IFM3R, ma tutrice de stage, Florian et Cinné pour m'avoir soutenue et épaulée dans ce projet.

Résumé

Anna, une jeune fille de 11 ans, a été opérée d'une ostéotomie de rotation fémorale bilatérale. La rééducation kinésithérapique post-opératoire de J6 à J59 en soins de suite et réadaptation pédiatrique comprend la décharge complète et l'entretien polyarticulaire en passif et en actif sans résistance pour les membres inférieurs, puis la marche en piscine et la remise en charge progressive à sec. Le bilan de fin de prise en charge objective une dominante régressive qui conduit à s'interroger sur trois dimensions de rééducation. Quelles sont les techniques de gestion de la douleur adaptées à Anna ? Quelle importance accorder à l'interdisciplinarité dans la prise en charge de la douleur ainsi que dans l'adaptation de la rééducation à la personnalité hystérique d'Anna ? Une autre approche de la relation thérapeutique, l'alliance thérapeutique, aurait-elle pu être proposée en plus de l'écoute de la patiente ?

Anna, a young eleven years old girl, was operated for an bilateral femoral rotational osteotomy. The physiotherapeutic rehabilitation post-operating from J6 to J59 in after care and pediatric readaptation include the complete release and polyarticular treatment at active and passive effect without resistance for lower limbs, then walking in pool and a progressive reload. The result of the checkup demonstrate a strong decrease which steered to ponder on three dimensions of rehabilitation. What technics are adapted in management of Anna's pain ? What is the importance of the interdisciplinarity in management of pain and adaptation of the rehabilitation of Anna's hysterical personality ? An other therapeutic relationship approach, the therapeutic alliance, would have we to propose it in addition to the listening of the patiente ?

Mots clés :

Douleur	Pain
Hystérie de conversion	Conversion hysteria
Ostéotomie de rotation fémorale	Femoral rotational osteotomy
Rééducation pédiatrique	Paediatric rehabilitation
Relation thérapeutique	Therapeutics relation

Sommaire

1. Introduction	1
2. Les données physiopathologiques utiles pour comprendre la situation d'Anna	2
2.1. Les anomalies d'antéversion des cols fémoraux chez l'enfant.....	2
2.1.1. La torsion fémorale physiologique	2
2.1.2. La rétrotorsion fémorale	2
2.2. La douleur	3
2.2.1. Les composantes de la douleur	3
2.2.2. Les types de douleur	4
2.2.3. La douleur de l'enfant	4
2.3. L'hystérie de conversion	5
3. L'évaluation post-opératoire d'Anna en soins de suite et réadaptation pédiatrique	6
3.1. Le contexte de la rééducation.....	6
3.1.1. Une adolescente de 11 ans au contexte socio-affectif complexe.....	6
3.1.2. Des douleurs persistantes à l'ostéotomie de rotation fémorale bilatérale.....	6
3.1.3. Les traitements d'Anna : les antalgiques en première ligne	7
3.1.4. Le protocole après ostéotomie de rotation fémorale.....	7
3.2. Les bilans initiaux en kinésithérapie à J21 de l'opération	8
3.2.1. Structures : les déficits induits par l'ostéotomie de rotation fémorale.....	8
3.2.2. Fonctions : une douleur omniprésente participant aux déficits articulaires et musculaires ..	8
3.2.3. Activités : l'habillage et la toilette limités en partie par l'interdiction d'appui.....	10
3.2.4. Participation : Anna regrette de ne pas pouvoir être dans son collège	11
3.3. Les bilans de deuxième intention suite à la paralysie faciale droite	11
3.3.1. Structures : une origine indéterminée	11
3.3.2. Fonctions : les déficits moteurs, sensitifs et sensoriels entraînent une asymétrie du visage.....	11
3.3.3. Activités : des limitations dans l'élocution et l'alimentation	12
3.3.4. Participation : la paralysie n'entraîne pas de répercussions sociales	13
3.4. Le diagnostic masso-kinésithérapelique	13
3.5. Les attentes de la patiente, le projet de l'équipe pluridisciplinaire et la problématisation en kinésithérapie	14
4. Le traitement masso-kinésithérapique d'Anna	14
4.1. Les objectifs de la prise en charge masso-kinésithérapique	14
4.2. Les moyens à ESEAN.....	15
4.3. Les principes de la rééducation	15
4.4. Les techniques proposées à Anna	15
4.4.1. Apprendre la gestion de la douleur	15
4.4.2. Améliorer la mobilité	16
4.4.3. Entretenir la force	17
4.4.4. Lever la contracture du quadriceps gauche	19
4.4.5. Diminuer les adhérences cicatricielles.....	19
4.4.6. Entretenir la trophicité des tissus de l'hémiface droite	19
4.4.7. Solliciter les muscles peauciers de l'hémiface droite	19
4.4.8. Remise en charge progressive	19
4.4.9. Récupérer la force	20
5. Les résultats à J59 de l'opération.....	21
5.1. Structures : adhérences cicatricielles diminuées	21
5.2. Fonctions : la régression est dominante	21
5.3. Activités : le déplacement podal en fauteuil roulant.....	22
5.4. Participation : son retour à domicile n'est pas encore programmé	22
6. Discussion	23
6.1. La gestion de la douleur : quelles techniques sont les plus appropriées à Anna	25
6.2. L'interdisciplinarité : une ressource pour envisager la complexité du tableau	27
6.3. La relation thérapeutique : entre écoute et alliance thérapeutique	28
7. Conclusion.....	30

1. Introduction

Anna est une jeune fille de 11 ans hospitalisée dans un établissement de soins de suite et de réadaptation pédiatrique depuis deux semaines suite à une ostéotomie de rotation fémorale bilatérale. La première séance de rééducation est marquée par la phrase « Ça va faire mal ? » que répète Anna à la proposition de chacune des activités thérapeutiques. De plus, la patiente se révèle très douloureuse lors de la mobilisation passive et des exercices en actif. Elle localise ses douleurs au niveau des hanches, des cuisses et des genoux.

Comment évaluer les douleurs de la patiente ? Quelles sont les origines de ses douleurs ? Est-ce que ses douleurs sont celles habituellement rencontrées suite à une chirurgie de ce type ? Faut-il se conformer précisément au protocole ou l'adapter à la patiente ? Quelles techniques sont les plus appropriées pour continuer la rééducation en tenant compte des douleurs de la patiente ? Existe-t-il des traitements non médicamenteux de la douleur accessibles aux kinésithérapeutes ? Comment gérer les douleurs de la patiente pendant la rééducation ? Comment faire adhérer la patiente au projet thérapeutique ?

Comment adapter la prise en charge kinésithérapique d'une jeune fille de 11 ans présentant une ostéotomie bilatérale de rotation fémorale alors que les douleurs de la patiente ne permettent pas de suivre le protocole médical de rééducation ?

Cette situation clinique permettra de développer des données physiopathologiques sur les anomalies d'antéversion des cols fémoraux chez l'enfant, sur la douleur, ses composantes, ses différents types et son expression en pédiatrie ainsi que sur l'hystérie de conversion. L'évaluation post-opératoire d'Anna en soins de suite et de réadaptation pédiatrique commencera par la présentation des données médicales, chirurgicales et de l'environnement social de la patiente. Elle se terminera par une évaluation clinique permettant de conduire au diagnostic masso-kinésithérapique. Une description des traitements proposés permettra de mettre en avant les adaptations des techniques aux difficultés de gestion de la douleur d'Anna et à ses troubles du comportement. Enfin, la discussion, à partir des résultats du traitement kinésithérapique, permettra de s'interroger sur les techniques de gestion de la douleur appropriés à Anna, sur l'interdisciplinarité comme aide à la prise en charge de situation complexe comme celle d'Anna et sur la relation thérapeutique jouant un rôle important dans l'écoute de la patiente et dans l'alliance thérapeutique.

2. Les données physiopathologiques utiles pour comprendre la situation d'Anna

2.1. Les anomalies d'antéversion des cols fémoraux chez l'enfant

2.1.1. La torsion fémorale physiologique

« On appelle torsion d'un os long la déformation de cet os autour de son axe longitudinal de telle sorte que les axes transversaux épiphysaires ne sont plus dans le même plan vertical » (p.1) (1). La torsion fémorale est ainsi calculée par l'angle entre l'axe passant par le col fémoral et l'axe passant par les épicondyles fémoraux. Cet angle est mesuré cliniquement sur un patient en procubitus à 90° de flexion de genou. La hanche est placée en rotation interne maximale puis vers la rotation externe jusqu'à ce que la proéminence du grand trochanter soit à son maximum : l'angle est mesuré entre l'axe de la jambe et la verticale. L'antétorsion fémorale se caractérise par un axe passant par le col fémoral en avant de l'axe passant par les épicondyles fémoraux. La rétrotorsion fémorale se caractérise par un axe passant par le col fémoral en arrière de l'axe passant par les épicondyles fémoraux. Anna présente un défaut d'antéversion puisque l'axe passant par le col fémoral est en avant de l'axe passant par les épicondyles fémoraux mais que l'angle entre ces deux axes est diminué. L'antéversion (ou antétorsion fémorale) diminue de la naissance à l'âge adulte. Elle est de 40° à la naissance, 32° (+/-8,9°) à 1 an, 21° (+/-6,6°) à 10 ans, 16° (+/-7,3°) à 16 ans et d'environ 15° à l'âge adulte. La torsion d'un os long est liée à la combinaison de facteurs génétiques (morphotypes familiaux) et mécaniques (posture, poids, forces exercées par les muscles) (1). Anna, à 11 ans, a une antéversion de 1° à gauche et de 11° à droite : l'antéversion diminue de manière trop rapide.

2.1.2. La rétrotorsion fémorale

Anna présente les signes cliniques d'une rétrotorsion fémorale bilatérale puisque la torsion de ses fémurs évolue vers la rétrotorsion. Lorsqu'un patient présente une rétrotorsion fémorale, il marche genoux et pieds en dehors. Il localise ses douleurs au niveau du genou ou du pli de l'aine. L'examen du patient montre une rotation externe de hanche augmentée ($>70^\circ$), une rotation interne de hanche diminuée ($<20^\circ$) et une rétrotorsion fémorale ($<0^\circ$). Ce syndrome représente 2% des anomalies rotationnelles. La rétrotorsion fémorale peut entraîner à long terme une arthrose de hanche, des fractures de stress ou des épiphysiolyse. En effet, cette torsion modifie l'orientation des muscles et donc leur action. Elle modifie aussi l'angle du pas et donc la force de réaction au sol, entraînant une modification des contraintes s'exerçant sur l'ensemble des articulations du membre inférieur. Les anomalies de torsions sont généralement bénignes puisque soit elles se résolvent avec la croissance soit le patient

s'en accommode avec le temps. Cependant, quand elles entraînent des douleurs, des problèmes fonctionnels majeurs ou sont inesthétiques, ce qui arrive rarement, la chirurgie est nécessaire. A partir de 1993, cette chirurgie est proposée aux enfants de plus de 8-10 ans présentant une torsion sévère par Stahell : c'est une correction par ostéotomie fémorale et/ou tibiale. Actuellement, la chirurgie est indiquée généralement si les enfants ont plus de 13-15 ans, ceci correspondant à la fin de la croissance des membres inférieurs, et si les douleurs, l'instabilité fémoro-patellaire et les troubles de la marche sont majeurs (1).

2.2. La douleur

D'après l'article R4321-9 du Code de la santé publique : « Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité (...) à contribuer à la lutte contre la douleur... ». La prise en charge de la douleur d'Anna relève donc de la compétence du masseur-kinésithérapeute (MK) notamment et doit faire l'objet d'un traitement en rééducation plus que d'une simple prise en compte. Comme dans le cas d'Anna, la douleur peut avoir plusieurs origines : somatique, psychologique... En effet, l'International Association for the Study of Pain (IASP) la définit « comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion » (2). La douleur, quand elle devient chronique, est appelée syndrome douloureux chronique : c'est un « syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelle que soit sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient » (Haute Autorité de Santé) (2). En effet, Anna a des douleurs depuis l'âge de 6 ans, elle ne ressent pas les effets des antalgiques prescrits à ESEAN et les exercices proposés en rééducation sont de plus en plus limités par ses douleurs : elles peuvent donc être qualifiées de chroniques.

2.2.1. Les composantes de la douleur

La « composante sensori-discriminative » de la douleur détermine son intensité, sa localisation, sa qualité... La composante « affectivo-émotionnelle » désigne les sentiments éprouvés par la personne douloureuse : anxiété, dépression... La composante sensori-discriminative mais aussi et surtout la composante affectivo-émotionnelle devront donc être évaluées dans le cas d'Anna. La « composante cognitivo-comportementale » regroupe le comportement du patient face à la douleur et sa perception personnelle et subjective de la douleur. Cette composante prendra une part importante dans la rééducation d'Anna. La

« composante comportementale » est l'expression de sa douleur par le patient, celle-ci pouvant être modifiée par le vécu du patient (traumatismes, opérations antérieurs...), son origine ethnoculturelle, son environnement social et familial, son sexe, son âge... (3) L'expression de sa douleur par Anna peut donc être modifiée par le fait qu'elle présente des douleurs depuis l'âge de 6 ans et qu'elle arrêtait toute activité lorsque ses douleurs devenaient trop intenses, modifiée par son environnement socio-familial complexe et par son jeune âge. Toutefois, son origine ethnoculturelle ne serait pas en cause puisqu'Anna renoue avec ses origines béninoises depuis que sa maman les lui fait découvrir lors de ses visites à ESEAN.

2.2.2. Les types de douleur

Il existe 4 types de douleurs, ceux-ci pouvant être fréquemment associés : la douleur par excès de nociception, la douleur neuropathique, le syndrome douloureux régional complexe et la douleur psychogène. Dans le cas d'Anna, la douleur est psychosomatique (nociceptive et psychogène). La douleur par excès de nociception est due à une lésion tissulaire. Elle est liée à la stimulation des nocicepteurs pour ensuite emprunter la voie extralemniscale composée des fibres A delta, fines et peu myélinisées, et des fibres C, non myélinisées, à vitesse de conduction lente. La douleur neuropathique est liée à une anesthésie, hypoesthésie ou paresthésie due à une atteinte radiculaire ou tronculaire de la voie sensitive. Le syndrome douloureux régional complexe associe douleurs, troubles vasomoteurs et troubles trophiques. La douleur psychogène ne présente pas d'explications somatiques c'est pourquoi le bilan de la douleur semble incohérent. Elle est associée à des pathologies psychiatriques comme l'hystérie de conversion (3).

2.2.3. La douleur de l'enfant

C'est vers l'âge de 12-13 ans que la douleur est comprise par l'enfant. Anna, à 11 ans, n'a donc pas une compréhension totale de sa douleur. Chez l'enfant de 7 à 11 ans, la maladie est perçue comme une personne, un objet ou une action qui vient lui nuire. Par contre, l'enfant peut commencer à établir une relation entre sa maladie et la douleur qu'il ressent et donc comprendre la nécessité des traitements. Il peut évaluer sa douleur et la décrire avec plus de précisions. Elle peut être cependant influencée par sa personnalité, ses antécédents douloureux, ses antécédents familiaux, son anxiété, son origine ethnoculturelle, son environnement social et familial... ou en être la cause. De plus, la peur de la mort et de toute chose portant atteinte à son corps peuvent être majorées par la douleur et la présence d'une maladie, d'où l'intérêt de rassurer l'enfant (4). L'objectif principal de la rééducation d'Anna sera donc la gestion de sa douleur.

2.3. L'hystérie de conversion

Anna commence ses entretiens avec le psychologue, cinq semaines après son entrée à ESEAN, au cours desquels il pose l'hypothèse d'une « hystérie de conversion » (classée dans les névroses), c'est à dire une somatisation des troubles psychiques. Cependant, le développement psycho-affectif d'Anna n'étant pas terminé, cette hypothèse est à relativiser et appelée plutôt régression. « Chez l'enfant, et ce d'autant plus qu'il est jeune, le dialogue s'établit d'abord, non avec des images, mais avec les personnes bien réelles de son environnement : le symptôme psychosomatique prend une place privilégiée dans le système d'interaction mère-enfant » (p.417) (5) ainsi « l'enfant trouve dans la régression et les soins maternels les gratifications nécessaires » (p.430) (5). En revanche, il est possible qu'Anna évolue définitivement vers l'hystérie si les bénéfices primaires et secondaires décrits ci-après perdurent (5).

La personnalité hystérique associe le théâtralisme et la dramatisation : Anna pleure et refuse toute communication verbale quand elle redoute qu'un exercice proposé puisse être douloureux. A partir du moment où les séances se font dans une salle isolée, réduisant les spectateurs et non sur le plateau de rééducation, ce comportement cesse. Elle associe également une immaturité affective : Anna infantilise sa voix à l'exception d'une fois où elle s'est exprimée comme une adolescente. Une valeur symbolique du symptôme : Anna décrit sa situation familiale comme « douloureuse ». Les aspects symptomatiques sont une discordance entre souffrance et signes objectifs : les analyses biologiques suite à la paralysie faciale sont négatives, la topographie de la douleur est fantaisiste, les antalgiques n'ont pas d'action logique. Une allure d'infirmité : Anna porte un drap sur ses membres inférieurs en prétextant avoir froid. Une variabilité du symptôme douloureux en fonction de l'attitude du soignant, des événements, de la suggestibilité conduisant à un sentiment d'impuissance du thérapeute : Anna ne réalise pas les exercices proposés. Des automutilations (les scarifications des avant-bras), des troubles neurologiques (la paralysie faciale périphérique droite), des troubles viscéraux (les troubles de l'alimentation), des insomnies, des algies résistantes aux antalgiques. Une indifférence aux troubles composée du bénéfice primaire c'est à dire l'absence d'inquiétude et la satisfaction du symptôme : Anna ne s'inquiète pas de sa paralysie et elle sourit quand il lui est annoncé que son séjour à ESEAN est prolongé du fait que la rééducation peine à progresser. Composée également du bénéfice secondaire : Anna a appris que sa maman resterait en France auprès d'elle le temps de sa rééducation puis repartirait au Bénin (5).

3. L'évaluation post-opératoire d'Anna en soins de suite et réadaptation pédiatrique

3.1. Le contexte de la rééducation

3.1.1. Une adolescente de 11 ans au contexte socio-affectif complexe

Anna est âgée de 11 ans, elle est droitière, réglée, elle mesure 1,48m et pèse 43kg (IMC = 19,63). Elle est née et a toujours vécu en France. Anna est la quatrième d'une famille de cinq enfants. Ses parents vivent aujourd'hui au Bénin avec ses quatre frères et sœurs. Anna avait été confiée par ses parents depuis quelques années à ses grands-parents maternels qui vivent à Saint-Nazaire. Le 24 juin 2013, une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)¹ d'un an a été ordonnée par le juge pour enfants suite à des déclaration faites par Anna. Anna a été suivie par un pédopsychiatre au Centre Médico-Psychologique (CMP) de Saint-Nazaire pour des troubles du sommeil et des gestes auto-agressifs (scarifications des bras) dans le cadre de la mesure AEMO. La grand-mère maternelle a été interdite de visite auprès d'Anna suite au jugement et la garde a alors été accordée à « son parrain et sa marraine » vivant à Saint-Nazaire. La maman séjourne en France, chez ses parents, depuis la date de la chirurgie d'Anna. Elle a l'autorité parentale et une autorisation de visite médiatisée de deux heures par semaine. Anna, habituellement scolarisée au collège à Saint-Nazaire, poursuit ses études en 5^e à ESEAN. Ses loisirs sont l'écoute de musiques, la natation, l'aviron, le tennis, le badminton et le journalisme, activités qu'elle effectue au sein de son école pendant les heures de pauses.

3.1.2. Des douleurs persistantes à l'ostéotomie de rotation fémorale bilatérale

La patiente relate des douleurs à types de décharges électriques dans les hanches, depuis l'âge de 6 ans, cotées à 8/10 d'après l'échelle visuelle analogique (EVA). Anna décrit sa marche avant la chirurgie comme s'effectuant en rotation externe des membres inférieurs. Elle était gênée dans ses activités lorsque la douleur était trop intense, entraînant la prise d'antalgiques et l'arrêt de l'activité jusqu'à ce que la douleur revienne à un seuil tolérable.

La consultation préopératoire du 28 novembre 2012 avec le chirurgien a confirmé les douleurs mécaniques des deux hanches avec parfois des douleurs nocturnes et une impossibilité de fléchir les hanches sans signe de Dreymann². La rotation interne de hanche est de 0° à gauche et de 10° à droite en procubitus. Le défaut d'antéversion des cols fémoraux mesuré cliniquement est majeur à gauche (1°) et plus modéré à droite (11°). Il n'y a pas de notion d'antécédents familiaux ni d'autres anomalies orthopédiques. Cette consultation a

¹ Aides et conseils donnés aux parents dans l'intérêt du développement de l'enfant

² Rotation externe progressive et spontanée associée à la flexion de hanche

permis l'explication de la chirurgie et ses complications possibles à Anna et à ses grands-parents. A l'issue de cette consultation, Anna aurait compris l'opération comme une guérison de sa douleur, la dimension fonctionnelle lui paraissant anecdotique.

L'opération a été effectuée le 13 août 2013 à l'hôpital mère-enfant à Nantes. C'est une ostéotomie de rotation fémorale bilatérale pour un défaut d'antéversion montée par deux plaques LCP. Les suites opératoires sont marquées par la persistance de douleurs cotées à 10/10 d'après l'EVA malgré une péridurale jusqu'à J1 de l'opération. Les redons sont enlevés à J4. Anna intègre ESEAN pour sa rééducation le 19 août 2013, à J6 de la chirurgie.

3.1.3. Les traitements d'Anna : les antalgiques en première ligne

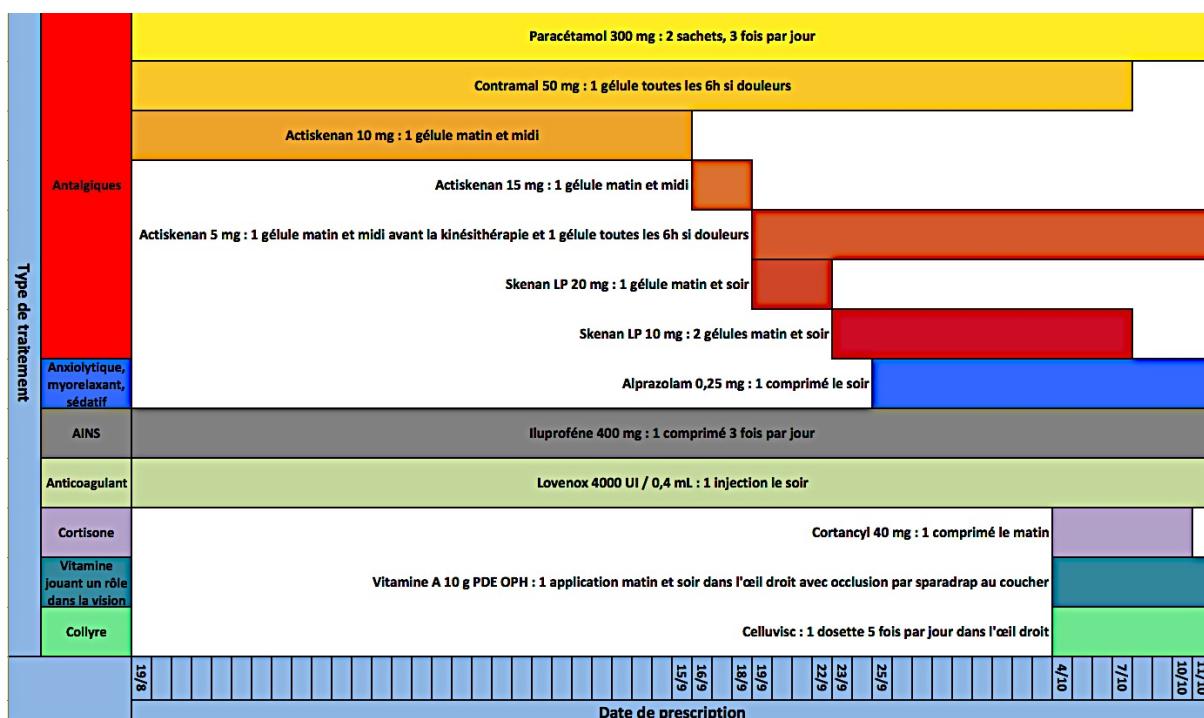


Figure 1 : Type de traitement et leur date de prescription

L'augmentation puis la diminution des antalgiques n'a pas eu d'effets sur les plaintes de douleurs d'Anna en kinésithérapie (Fig.1).

3.1.4. Le protocole après ostéotomie de rotation fémorale

Le protocole après l'ostéotomie de rotation fémorale est celui prescrit par le médecin rééducateur d'ESEAN d'après les consignes du chirurgien de l'hôpital mère-enfant de Nantes. Il comprend : de la 1^{ère} à la 6^e semaine post-opératoire, la décharge complète et l'entretien polyarticulaire en passif et en actif sans résistance pour les membres inférieurs - une radiographie avant de décider de la remise en charge à la 6^e semaine - de la 6^e à la 8^e semaine, la marche en piscine et la remise en charge progressive à sec - de la 8^e à la 10^e semaine, la

reprise de la marche à sec de façon progressive - à partir de la 10^e semaine, la marche entre deux cannes anglaises à abandon progressif sur un mois.

3.2. Les bilans initiaux en kinésithérapie à J21 de l'opération

3.2.1. Structures : les déficits induits par l'ostéotomie de rotation fémorale

L'ostéotomie de rotation fémorale bilatérale implique une section des fémurs consolidée par deux plaques LCP (fig.2) ainsi qu'une incision des fascias lata. La plaque LCP utilise la technique de la plaque de compression avec un verrouillage par vis et permet une ostéosynthèse en préservant au maximum les tissus mous et la vascularisation périostée. Cette fixation réduit le risque d'une perte de correction post-opératoire et permet une mobilisation précoce et active avec un traitement post-opératoire sans plâtre (6).



Figure 2 : Radiographies à J51

La cicatrice cutanée en face externe de la cuisse gauche donne une induration de 3 cm de large sur 5 cm de long en son milieu (Fig.3). Celle à droite donne une induration d'1 mm de large sur sa longueur (Fig.4). Elles ne sont pas infectées, elles sont douloureuses à la palpation mais pas lors de la mobilisation des membres inférieurs, et hypertrophiques : la peau noire est davantage sujette à des cicatrices épaisses, durcies, boursoufflées et rouges.



Figure 3 : Cicatrice face externe de la cuisse gauche



Figure 4 : Cicatrice face externe de la cuisse droite

Les membres inférieurs ne présentent ni d'œdèmes ni de signes de phlébite. La fonte musculaire n'est pas évaluable puisque la périmétrie préopératoire n'est pas dans le dossier.

3.2.2. Fonctions : une douleur omniprésente participant aux déficits articulaires et musculaires

L'examen de la douleur montre une douleur spontanée à 3/10 d'après l'EVA et une douleur lors des exercices ou de la mobilisation passive à 5/10. La patiente la localise au niveau du

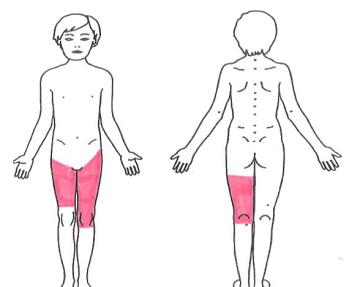


Figure 5 : Schéma du bonhomme

genou gauche, des deux hanches et des deux tractus ilio-tibiaux (Fig.5).

La dimension douloureuse a conduit à approfondir l'évaluation de celle-ci. Le comportement douloureux lors des soins a donc été objectivé par l'échelle de FLACC (Annexe 1), les qualificatifs sensoriels et affectifs de la douleur par le questionnaire douleur Saint-Antoine (Annexe 2), l'anxiété et la dépression causées par la douleur par le questionnaire HADS (Annexe 3) et le retentissement de la douleur dans les activités par l'Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (Annexe 4). Ces échelles montrent que la douleur est sévère d'après l'évaluation comportementale de la douleur, que la composante affective est majeure par rapport à la composante sensorielle de la douleur, que la patiente souffre d'anxiété et non de dépression face à cette douleur et que la douleur a un retentissement sur l'humeur et la relation de la patiente avec les autres. Les douleurs ne traduisent pas la présence d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), d'autant plus qu'aucun autre signe clinique de ce syndrome n'est présent.

L'examen articulaire ne retranscrit pas les amplitudes passives maximales autorisées par les structures mais les amplitudes permises par les limites fonctionnelles qu'imposent les douleurs de la patiente. Il montre un membre inférieur gauche (MI G) plus déficitaire (tableau I). Les rotations de genoux sont mesurées à 50° de flexion de genoux. Cet examen objective un déficit majeur de flexion dorsale de chevilles, de flexion et rotation externe de genoux ainsi que de flexion, de rotation externe à gauche, d'abduction et d'adduction de hanches. Tandis qu'il est à noter une augmentation

Tableau I – Examen articulaire

Articulation	Mouvement	MI D	MI G
Cheville	Flexion plantaire	40	40
	Flexion dorsale	5	5
Genoux	Extension	+10	+10
	Flexion	65	55
	Rotation interne	35	45
	Rotation externe	30	20
Hanche	Extension	15	15
	Flexion	60	60
	Rotation interne	70	90
	Rotation externe	50	35
	Abduction	30	20
	Adduction	15	10

de la rotation interne de hanches : une rotation interne de la partie distale du fémur est réalisée par le chirurgien lors de l'ostéotomie (7). L'évaluation des mobilités par le chirurgien en post-opératoire immédiat sous anesthésie n'est pas rapportée dans le dossier.

Le seul examen musculaire retranscrit est celui effectué au niveau des membres inférieurs puisque celui de la tête, du tronc et des membres supérieurs ne présente pas de déficit. Cet examen suit la procédure du Testing international décrit par Daniels et

Worthingham (8). Cependant, il ne retranscrit pas la force maximale des muscles. En effet, il mesure un écart par rapport à la cotation 3 puisque le mouvement contre pesanteur est, à cette date de la rééducation, la force maximale autorisée par le protocole post-opératoire. De plus, les limitations sont le plus souvent dues à une douleur et non à un déficit de force. Cet examen objective une force musculaire plus faible que la force maximale autorisée pour l'ensemble des groupes musculaires des membres inférieurs à l'exception des muscles fléchisseurs dorsaux et plantaires de chevilles et rotateurs de genoux (tableau II).

La palpation de la cuisse gauche et les douleurs décrites par la patiente montrent une contracture du quadriceps gauche.

3.2.3. Activités : l'habillage et la toilette limités en partie par l'interdiction d'appui

Anna effectue ses transferts du fauteuil roulant au lit seule mais du fauteuil roulant au WC ou à la douche avec l'aide partielle d'une tierce personne. L'habillage et la toilette du bas sont effectués par une tierce personne. Ces limitations sont en partie dues à l'interdiction d'appui sur les membres inférieurs prescrit

par le protocole médical. La patiente se déplace donc seule en fauteuil roulant avec les membres inférieurs sur des palettes permettant une flexion de genou de 40° à droite et de 20° à gauche (Fig.6). La mesure de l'indépendance fonctionnelle de l'enfant (MIF même) objective cette dépendance importante d'Anna dans les domaines des soins personnels : 3/7 pour la toilette, 2/7 pour l'habillage de la partie inférieure, 2/7 pour l'utilisation des toilettes - de la mobilité : 2/7 pour les transferts au WC, 3/7 pour les transferts à la douche - de la locomotion : 0/7 pour la marche, 0/7 pour la marche à quatre pattes (Annexe 5).

Tableau II – Examen musculaire

Muscles	MI D	MI G
Fléchisseurs dorsaux de cheville	3	3
Fléchisseurs plantaires de cheville	3	3
Extenseurs de genou	2+	2+
Fléchisseurs de genou	2-	2-
Extenseurs de hanche	2	2
Fléchisseurs de hanche	2	2
Abducteurs de hanche	2	2
Adducteurs de hanche	2	2
Rotateurs externes de hanche	2+	2-
Rotateurs internes de hanche	2+	2+
Rotateurs externes de genoux	3	3
Rotateurs internes de genoux	3	3



Figure 6 : Position en fauteuil roulant

3.2.4. Participation : Anna regrette de ne pas pouvoir être dans son collège

Au niveau relationnel, Anna est une jeune fille souriante et très joviale. Elle reçoit avec grand plaisir la visite de sa maman deux heures par semaine : elle la coiffe et lui apporte des plats typiquement béninois qu'elle découvre. Elle reçoit aussi les visites de « son parrain et sa marraine ». Elle participe aux activités proposées par les éducatrices comme le loisir créatif ou le karaoké. Elle a plaisir à aller à l'école avec une copine qu'elle a rencontrée à ESEAN. Toutefois, Anna ne peut pas être scolarisée dans son collège habituel ce qui la prive de ses amis, de ses activités sportives et de sa passion du journalisme puisqu'elle tient avec ses camarades le journal de l'école. Elle présente les troubles du comportement cités plus haut. Ils se traduisent notamment en rééducation par une kinésiophobie exprimée par des crises de pleurs et un refus de toute communication verbale quand elle redoute qu'un exercice proposé puisse être douloureux ou par une variabilité du symptôme douloureux en fonction de la journée, de l'exercice, de l'environnement. Ses comportements entraînent la non-réalisation de l'exercice proposé.

3.3. Les bilans de deuxième intention suite à la paralysie faciale droite

Anna a développé une paralysie faciale périphérique droite à J51. Cette paralysie a été diagnostiquée au grade 4 de la classification de House et Brackmann³ par le médecin ORL.

3.3.1. Structures : une origine indéterminée

La paralysie faciale périphérique peut être causée par le froid, une inflammation, une infection, un traumatisme, des maladies variées ... (9) Le médecin rééducateur n'a pas trouvé l'origine de cette paralysie à ce jour ; pourtant plusieurs étiologies ont déjà été écartées comme le froid qui n'est pas compatible avec une hospitalisation, l'inflammation avec un dosage de la CRP négatif, l'infection dont les différentes sérologies sont négatives... Le psychologue a posé l'hypothèse d'une hystérie de conversion.

3.3.2. Fonctions : les déficits moteurs, sensitifs et sensoriels entraînent une asymétrie du visage

L'examen morphostatique montre un sourcil droit abaissé, une fente palpébrale droite plus importante, un nez en virgule à gauche, une bouche déviée vers le côté gauche et une commissure labiale abaissée à droite (Fig.7).



Figure 7 : Paralysie faciale périphérique droite

³ Présence d'une légère asymétrie de la face, d'une occlusion palpébrale complète impossible, de mouvements très asymétriques, de syncinésies et d'hypertonies sévères

L'examen du tonus, d'après A-M. Chevalier, aboutit à une cotation -2⁴ (9) (10).

L'examen moteur montre l'absence de syncinésies, d'hypertonies et de spasmes. Les muscles sont évalués de faibles à très faibles au niveau de l'hémiface droite puisqu'ils obtiennent les cotations 0⁵ à 2⁶ sur les cinq cotations que comprend le Testing de A-M. Chevalier : la paralysie est en début de phase de récupération (tableau III) (9) (10).

L'examen sensitif et sensoriel montre une sécheresse oculaire droite, une surdité de perception prédominant à gauche (-30dB) et une dysesthésie de la région périabduciale gauche (9) (10).

Tableau III – Examen moteur de l'hémiface droite

Front Paupières sourcils	Occipito-frontal	1
	Sourciliers	1
	Orbiculaire des paupières	2
	Releveur de la paupière supérieure	2
Signe	Charles Bell	absent
	Pyramidal	0
	Transverse	0
	Dilatateur des narines	0
Lèvres	Orbiculaire	2
	Canin	1
	Releveur de la lèvre supérieure	2
	Myrtiforme	2
	Petit zygomatique	2
	Grand zygomatique	2
	Risorius	2
	Buccinateur	1
	Triangulaire	0
Menton	Carré du menton	0
	Houppe du menton	0
Cou	Peaucier	0

3.3.3. Activités : des limitations dans l'élocution et l'alimentation

L'élocution est perturbée par un trouble de l'articulation de la parole. De plus, la diminution de l'ouverture buccale et les difficultés pour la mastication limitent la prise alimentaire à la partie gauche de la bouche.

⁴ Atonie totale, aucune ride du côté atteint, déviation importante du visage vers le côté sain

⁵ « Aucune mobilité du grain de peau se voyant à l'œil nu ou à la lumière rasante à la terminaison cutanée profonde du muscle » (p.8) (9)

⁶ « Le sujet est capable de faire le mouvement cinq fois dans une amplitude incomplète et asynchrone par rapport au côté sain. » (p.8) (9)

3.3.4. Participation : la paralysie n'entraîne pas de répercussions sociales

L'évaluation des répercussions psychologiques montre que la patiente ne s'inquiète pas de sa paralysie. Les troubles de la communication et de l'alimentation n'altèrent pas sa vie sociale à ESEAN. Anna poursuit ses activités sans changement notable, elle ne s'isole pas. Elle accepte un plus grand nombre d'exercices proposés en rééducation.

3.4. Le diagnostic masso-kinésithérapique

De part son hospitalisation, Anna ne peut plus vivre à Saint-Nazaire. Le fait d'être loin de son domicile lui importe peu et pourrait s'expliquer par un contexte familial complexe. Par contre, elle se trouve privée de son collège habituel et donc des activités extra-scolaires qu'elle affectionne. Ceci est dû au fait qu'elle est dépendante puisqu'elle ne peut pas effectuer les gestes de la vie quotidienne sans l'aide d'une tierce personne. L'interdiction d'appui est la cause essentielle de cette perte d'autonomie, majorée par les déficits articulaires. Les amplitudes de flexion de hanches sont de 60° en bilatéral, celles de flexion de genoux de 65° à droite et 55° à gauche. L'interdiction d'appui impose le déplacement en fauteuil roulant entraînant un déconditionnement musculaire au niveau des membres inférieurs. Or, c'est l'ostéotomie de rotation fémorale qui a entraîné les déficits articulaires ainsi que l'interdiction d'appui prescrit par le protocole post-chirurgical. Les douleurs au niveau du genou gauche, des tractus ilio-tibiaux et des hanches exprimées par la patiente sont en lien avec la chirurgie et les troubles du comportement d'Anna. Elles majorent les déficits articulaires, elles favorisent le déconditionnement musculaire et elles entravent la participation d'Anna aux séances de rééducation.

Ce tableau post-chirurgical s'est complexifié d'une paralysie faciale périphérique droite à J51 de l'opération. Celle-ci a entraîné une déviation du visage du côté gauche en raison de l'atonie totale de l'hémiface droite. Elle entraîne aussi des déficits sensoriels et sensitifs comme la dysesthésie de la région péribuccale droite et la sécheresse oculaire droite. Ces déficits entraînent des troubles de l'articulation de la parole et des difficultés pour la mastication. Cependant, les conséquences en terme de restrictions de participation sont quasiment nulles. Anna s'inscrit dans la dynamique collective d'ESEAN, sans frein dans les repas et la communication. Elle ne se plaint pas de cette déficience associée. Au contraire, la paralysie pourrait avoir décentrée Anna de ses douleurs pour lesquelles les plaintes diminuent.

3.5. Les attentes de la patiente, le projet de l'équipe pluridisciplinaire et la problématisation en kinésithérapie

Le projet de la patiente est de retourner à son collège à Saint-Nazaire, et pas tant à son domicile, puisqu'elle affectionne les études et les activités extra-scolaires qu'elle peut y effectuer. Ses attentes sont une rééducation sans douleur dans le but d'avoir une marche et des activités sportives indolores. Le projet de l'équipe pluridisciplinaire est d'accompagner et de faciliter le retour vers l'indépendance d'Anna en respectant le protocole médical afin de lui permettre un retour à son domicile et à ses activités le plus rapidement possible.

Comment atteindre, sans déclencher de douleurs, les amplitudes articulaires et forces musculaires nécessaires à une marche indolore ?

4. Le traitement masso-kinésithérapeutique d'Anna

4.1. Les objectifs de la prise en charge masso-kinésithérapeutique

Tout au long de la rééducation :

- Apprendre la gestion de la douleur pour la réalisation des exercices en kinésithérapie
- Diminuer les adhérences cicatricielles
- Entretenir la trophicité des tissus de l'hémiface droite (à partir de J55)
- Solliciter les muscles peauciers de l'hémiface droite pour tendre vers une cotation 3 au Testing de A-M. Chevalier (à partir de J55)

De la 4^e à la 8^e semaine post-opératoire :

- Améliorer la flexion dorsale de chevilles à 15°, la flexion à 140° et la rotation externe à 40° de genoux ainsi que la flexion à 100°, la rotation externe à 40° à gauche, l'abduction à 40° et l'adduction à 30° de hanches
- Entretenir la force des muscles fléchisseurs, extenseurs, rotateurs externes, rotateurs internes, abducteurs, adducteurs de hanches et fléchisseurs, extenseurs de genoux jusqu'à la cotation 3 du Testing (cotation maximale prescrite par le protocole médical)
- Lever la contracture du quadriceps gauche

Au cours de la 9^e semaine post-opératoire, suite à l'autorisation de remise en charge :

- Remise en charge progressive des membres inférieurs afin de préparer la reprise ultérieure de la marche
- Récupérer la force des muscles fléchisseurs, extenseurs, rotateurs externes, rotateurs internes, abducteurs, adducteurs de hanche et fléchisseurs, extenseurs de genoux pour obtenir la cotation 5 du Testing international

4.2. Les moyens à ESEAN

Un appareil de massage mécanique de type LPG® est une aide à la diminution des adhérences cicatricielles. L'arthromoteur et les postures, à l'aide de mousses fixées sur un chariot plat, permettent l'amélioration de la flexion de hanches et de genoux des membres inférieurs. Le matériel du plateau de rééducation, la piscine permettant la balnéothérapie et le fait que la patiente aime le sport et la compétition permettent l'entretien (sans résistance) puis la récupération de la force des muscles déficitaires. La table de verticalisation, la piscine permettant la balnéothérapie et le matériel du plateau de rééducation permettent la remise en charge progressive.

4.3. Les principes de la rééducation

- Respecter le protocole post-opératoire de contraintes osseuses et de remise en charge
- Effectuer une rééducation infra-douloureuse voire indolore
- Prévenir le risque de complications lié à l'ostéotomie telle qu'une désolidarisation du matériel
- Surveiller les signes éventuels de phlébite et d'escarre lié à la limitation de mobilité
- Obtenir la participation d'Anna à la rééducation
- Réaliser des exercices ludiques et des activités signifiantes adaptés à une enfant de 11 ans aimant le sport et la compétition
- Adapter la prise en charge aux troubles du comportement de la patiente
- Prendre en compte le contexte socio-familial de la patiente et intégrer la maman, « le parrain et la marraine » d'Anna à la rééducation

4.4. Les techniques proposées à Anna

4.4.1. Apprendre la gestion de la douleur

L'utilisation en autonomie d'un arthromoteur permet à Anna d'accepter la mobilisation puisque c'est elle qui contrôle grâce à la télécommande l'amplitude maximale de flexion de genou et donc sa douleur. L'angulation des palettes du fauteuil roulant sont réglables par Anna qui peut ainsi gérer sa douleur tout au long de la journée en faisant varier l'angulation si les postures en flexion de genoux deviennent douloureuses. Sur le plan éducatif, la douleur qui « tire au niveau du genou », exprimée par Anna, lui est expliquée par l'analogie d'un muscle avec un élastique : « L'élastique se rétracte s'il n'est plus étiré. Il faut donc le tendre progressivement pour ne pas avoir de douleurs. S'il est tiré d'un coup il casse : ce sont les douleurs. » Des photos d'Anna sont également prises dans son fauteuil roulant afin de l'aider à prendre conscience de ses possibilités : elles lui prouvent que les amplitudes de

flexion de genoux sont plus importantes dans son fauteuil que celles qu'elle accepte pendant la séance. Cette démonstration ne fonctionne pas puisqu'Anna dit que ce n'est pas pareil quand elle est dans son fauteuil roulant sans pouvoir l'expliquer.

4.4.2. Améliorer la mobilité

La rééducation débute par la mobilisation passive manuelle en flexion dorsale de chevilles, en flexion et rotation externe de genoux ainsi qu'en flexion, en rotation externe à gauche, en abduction et en adduction de hanches. La patiente refuse la diminution de l'angulation des palettes du fauteuil roulant qui permettrait de posturer les genoux en flexion.

A partir de J29 post-opératoire, Anna refuse toute mobilisation passive manuelle. En effet, elle contracte son membre inférieur pour empêcher la mobilisation, elle refuse de parler et pleure. L'utilisation d'un arthromoteur permet alors un gain d'amplitude en flexion de genoux de 60° à gauche et 80° à droite et de hanches en bilatéral. Il est expliqué à la patiente que l'arthromoteur lui permet de disposer d'une certaine maîtrise de la situation : elle régule la mobilisation par la télécommande et l'ajuste à sa douleur. Anna accepte donc l'arthromoteur et l'utilise deux fois 20 minutes puis deux fois 30 minutes par jour. Des postures en flexion de genoux et de hanches sont aussi mises en place en décubitus dorsal, 45 minutes le matin et le soir sur le lit par les infirmières. Ces postures sont proposées et acceptées par Anna en alternative à la diminution de l'angulation des palettes de son fauteuil roulant.

A partir de J35, la mobilisation passive manuelle en flexion de hanches et de genoux s'effectue avec le Méopa®. Son usage permet d'obtenir un gain d'amplitude significatif au niveau de la flexion de genoux : +45° (110°) à droite (Fig.8) et +35° (90°) à gauche (Fig.9). Son utilisation est cependant arrêtée au bout de neuf jours car il provoquait des nausées et n'induisait pas de transfert de ces gains en dehors des séances (11). En effet, ces photos ont été montrées sans succès à Anna pour lui prouver que la flexion des genoux était possible.



Figure 8 : Flexion de genou droit avec Méopa®



Figure 9 : Flexion de genou gauche avec Méopa®

A partir de J36, les postures sont modifiées. Elles ciblent la flexion de genoux et s'effectuent en procubitus sur chariot plat trois fois 1 heure puis deux fois 2 heures la journée

ainsi que sur le lit la nuit (Fig.10). La palette de droite est remplacée par un repose-pied ce qui permet une diminution maximale de l'angulation et donc une posture en flexion de genou optimale et de longue durée.

A partir de J38, la patiente refuse la mobilisation passive manuelle en flexion de hanches et de genoux après une séance de relaxation (12), qui cherchait à reproduire l'état de relâchement qu'elle obtenait lors des séances avec le Méopa®.

A partir de J45, l'exercice de la « poupée de chiffon », technique de distraction, permet la mobilisation passive globale des membres supérieurs et inférieurs en évitant la focalisation de la patiente sur la douleur de ses membres inférieurs. Il consiste à demander à la patiente un relâchement complet de tout son corps comme une poupée de chiffon que le MK peut mobiliser comme un pantin (13). A partir de cette date, la rééducation s'effectue dans une salle isolée et non sur le plateau de rééducation au milieu des autres enfants et MK. Cela a pour intention d'éviter le théâtralisme et la dramatisation dont fait preuve Anna lors des séances de rééducation : refus de l'exercice proposé, crise de pleurs et refus de toute communication verbale.

A partir de J56, il est possible de reprendre, à la suite de la paralysie faciale, la mobilisation passive manuelle en flexion dorsale de chevilles, en flexion et rotation externe de genoux ainsi qu'en flexion, en rotation externe à gauche, en abduction et en adduction de hanches. Cependant, la patiente refuse les postures qu'elle effectuait antérieurement.

A partir de J59, il est possible de diminuer progressivement l'angulation de la palette gauche du fauteuil roulant permettant une posture plus efficace en flexion.

4.4.3. Entretenir la force

Les exercices proposés à Anna sont sous forme de jeux afin de susciter l'intérêt d'une enfant et non d'une adolescente puisqu'elle présente une immaturité affective, due à l'hystérie de conversion. Le jeu est aussi une technique de distraction (13).

En décubitus dorsal, les jambes posées sur un ballon de Klein, la patiente travaille la flexion et l'extension de genoux en déplaçant le ballon d'avant en arrière (Fig. 11).



Figure 10 : Posture en flexion de genoux sur chariot plat



Figure 11 : Exercice avec ballon de Klein



Figure 12 : Jeu des fléchettes

L'extension et le verrouillage des genoux sont travaillés en décubitus dorsal, un coussin cylindrique puis un triangulaire sous les genoux, une fléchette aimantée entre les orteils. La patiente effectue une extension alternative des genoux pour placer la fléchette au centre de la cible (Fig. 12).

L'exercice de la pendule : la patiente est assise sur un tapis de sol en flexion de hanches et extension de genoux puis effectue un tour sur elle-même pour que les talons décrivent un cercle dont elle est le centre. Ce tour doit se faire en flexion alternative de hanches pour décoller les talons, tout en maintenant la flexion dorsale de chevilles et la rotation neutre de hanches (Fig. 13).

L'exercice du pseudo-rampé : en procubitus, Anna fait les mouvements du rampé sans déplacement donc sans appui sur les membres. L'exercice des marionnettes avec les pieds : la patiente effectue des rotations internes et externes alternatives de hanches. L'extension et la flexion de hanches et de genoux sont travaillées en attrapant des cerceaux mis à différentes hauteurs avec les pieds. L'exercice du tandem : la flexion et l'extension de hanches et de genoux sont permises par des mouvements de pédalage, les plantes de pieds de la patiente étant contre celles du MK. La marche fessière : assise sur un tapis de sol, la patiente se déplace sur les fesses en avançant alternativement les membres inférieurs avec une flexion alternative des hanches genoux tendus. La flexion-extension de genoux est ciblée quand la patiente est assise en bord de table, les pieds sur un skate-board et effectue des mouvements d'avant en arrière. Les shoots dans un ballon très léger assise en bord de table permettent le travail de l'extension de genoux.

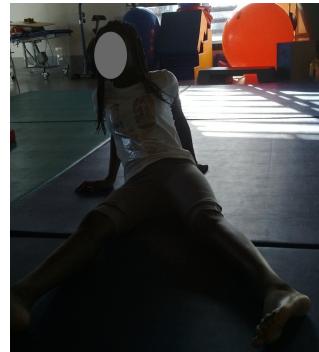


Figure 13 : Exercice de la pendule

A partir de J44, la patiente refuse sans explication les exercices précédemment réalisés. Les techniques de distraction qui lui sont proposées alors permettent une mobilisation active des membres inférieurs, supérieurs et du tronc dans le but d'éviter que la patiente adopte une attitude antalgique excessive. En effet, elle reste figée dans son fauteuil roulant voire dans son lit. L'histoire du bateau permet de monter dans un bateau représenté par un coussin de relaxation, de nager, de l'amarrer et d'en descendre. Le jeu du chef d'orchestre met en scène le MK qui fait des mouvements que la patiente doit reproduire avant d'inverser les rôles (13). Ces exercices sont aussi effectués dans une salle isolée et non sur le plateau de rééducation.

4.4.4. Lever la contracture du quadriceps gauche

La levée de la contracture du quadriceps gauche s'effectue par un massage décontracturant à type de pétrissages profonds et de pressions glissées au niveau du « nœud musculaire », en débordant sur tout le corps musculaire.

4.4.5. Diminuer les adhérences cicatricielles

Le massage des cicatrices s'effectue par des palper-rouler, frictions, pétrissages superficiels. Le LPG® est aussi utilisé pour favoriser la diminution des adhérences cicatricielles.

4.4.6. Entretenir la trophicité des tissus de l'hémiface droite

Des compresses chaudes sont appliquées sur l'hémiface droite dans le but de stimuler les échanges cellulaires au niveau musculaire et la vascularisation par la vasodilatation. Le massage externe préconisé par A-M. Chevalier est effectué au niveau de l'hémiface droite pour favoriser la circulation lymphatique et prévenir la tétanisation des muscles (9) (10).

4.4.7. Solliciter les muscles peauciers de l'hémiface droite

La préservation de la symétrie du visage passe par la stimulation de la motricité des muscles de l'hémiface droite sans augmenter la tonicité des muscles sains. Pour cela, la patiente effectue des mimiques du visage tout en les recréant passivement avec les doigts sur l'hémiface droite : l'étonnement (occipito-frontal), la sévérité (sourciler), le dégoût (pyramidal et transverse du nez), l'éblouissement (orbiculaire des paupières), l'effroi (releveur de la paupière supérieure), la dilatation des narines (dilatateur des narines), le positionnement de la lèvre supérieure comme chez le barbier (myrtiforme), le maintien d'un crayon sur la lèvre supérieure (releveurs de la lèvre supérieure et de l'aile du nez), le ricanement (canin), le chagrin (petit zygomatique), le large sourire (grand zygomatique), le sifflement (buccinateur), le sourire de la « Joconde » (risorius), la moue (carré du menton), la bouderie (houppe du menton), le sanglot (triangulaire des lèvres), la rage (peaucier du cou), le bisou (orbiculaire des lèvres) (9) (10). Anna effectue ces exercices sans la moindre opposition et s'amuse des mimiques effectuées.

4.4.8. Remise en charge progressive

La reprise d'appui commence sur table de verticalisation à 18° par rapport au sol (30% du poids du corps) ; la patiente fait une flexion alternative des genoux dans le but de stimuler le schéma de marche (Fig. 14).



Figure 14 : Sur table de verticalisation



Figure 15 : « Quatre-pattes »

Elle s'effectue aussi par l'utilisation de séquences motrices des niveaux d'évolution motrice comme le « quatre-pattes » permettant un niveau de charge de 25% du poids du corps sur chaque membre, avec le biais de la flexion de 30° de genou gauche (Fig. 15).

Les transferts d'appui pour préparer la marche sont effectués par la patiente en position assise à califourchon sur un ballon en forme de cacahuète avec appui partiel des membres inférieurs. Elle effectue des mouvements d'avant en arrière, de gauche à droite, puis des shoots dans un ballon (Fig. 16). La cacahuète donne l'impression à Anna de faire de l'équitation, l'éloignant du fait qu'elle plie les genoux et les hanches.

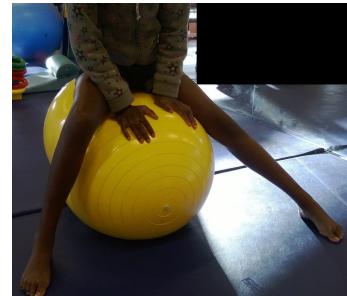


Figure 16 : Transferts d'appui

En balnéothérapie, Anna se trouve en immersion sternale, c'est à dire à 8-10% du poids réel en statique et 25% du poids réel en déambulation lente, permettant une reprise d'appui progressive. Des techniques de distraction, favorisant la stimulation du schéma de marche, sont réalisées : « marche en pas de géant » pour une longueur du pas importante, une décomposition du pas, une attaque du pas par le talon, « marche militaire » pour une flexion de genoux et de hanches importante, « marche en crabe » permettant le travail actif des muscles moyens fessiers pour la stabilité du bassin, « moonwalk » pour la décomposition du pas (14) (15). En effet, Anna refuse d'augmenter sa flexion de genou et de hanche si cela lui est demandé explicitement.

4.4.9. Récupérer la force

Le travail en force est globalement accepté par Anna sauf lorsqu'il s'agit de flétrir les genoux. Un montage reproduisant le rameur est alors réalisé permettant cette flexion puisque son sport préféré est l'aviron (Fig. 17). Les muscles déficitaires sont également sollicités par la réalisation du rampé sur des tapis de sol. Les repose-pied et palette du fauteuil roulant sont enlevés pour permettre à la patiente de se déplacer en fauteuil roulant à l'aide de ses pieds puis effectuer des shoots dans un ballon (Fig. 18). Le déplacement podal en fauteuil roulant est favorisé pour tous les déplacements de la patiente à ESEAN avec la possibilité



Figure 17 : Exercice de l'aviron



Figure 18 : Shoots dans un ballon

de remettre la palette et le repose-pied à tout moment pour se reposer (Fig. 19). Cette locomotion est acceptée avec joie par Anna puisqu'elle se rapproche d'une marche indolore, une des attentes de la patiente.



Figure 19 : Déplacement podal en fauteuil roulant

5. Les résultats à J59 de l'opération

5.1. Structures : adhérences cicatricielles diminuées

Les deux cicatrices présentent à présent une induration de 1mm sur toute leur longueur.

5.2. Fonctions : la régression est dominante

L'évaluation systématique de la douleur n'a pas été poursuivie pendant la rééducation étant donné qu'elle augmentait la focalisation de la patiente sur sa douleur et donc le blocage dans la rééducation. L'examen final montre une absence d'évolution de cette douleur puisqu'il a été retrouvé des résultats identiques pour chaque bilan initialement effectué.

Comme dans le bilan initial,

l'examen articulaire ne retranscrit pas les amplitudes passives maximales mais celles permises par les douleurs de la patiente. Il met en évidence un membre inférieur gauche plus déficitaire : la flexion de genoux montre une différence de 30°, la rotation externe de hanches une différence de 20° (tableau IV). Les rotations du genou droit sont mesurées à 60° de flexion de genou. Les rotations du genou gauche n'ont pas pu être mesurées car elles ne sont pas permises par une flexion de 30° de genou. Les flèches signalées sur le tableau indiquent que ces amplitudes articulaires ont diminué par rapport au bilan initial (7).

Tableau IV – Examen articulaire

Articulation	Mouvement	MI D	MI G
Cheville	Flexion plantaire	40	40
	Flexion dorsale	5	5
Genoux	Extension	+10	+10
	Flexion	60 ↘	30 ↘
	Rotation interne	35	...
	Rotation externe	30	...
	Extension	15	15
Hanche	Flexion	55 ↘	50 ↘
	Rotation interne	70	90
	Rotation externe	40 ↘	20 ↘
	Abduction	30	20
	Adduction	15	10

Comme dans le bilan initial, l'examen musculaire ne retranscrit pas la force maximale des muscles mais celle permise par la douleur. Les flèches signalées sur le tableau indiquent que ces muscles présentent soit un déficit de force plus important que lors du bilan initial soit

un gain de force (tableau V). Les muscles fléchisseurs de hanches et de genoux ont gagné en force. La contracture au niveau du quadriceps gauche n'est plus présente (8).

L'atonie du visage d'Anna reste totale avec un examen morphostatique identique à l'initial. Le bilan moteur de l'hémiface droite reste le même et les syncinésies ne sont pas encore apparues. L'examen sensitif et sensoriel de l'hémiface droite reste le même à l'exception de la sécheresse oculaire qui a été traitée par un collyre. L'évaluation des répercussions psychologiques reste identique. En effet, Anna ne s'inquiète pas de sa paralysie et poursuit ses activités à ESEAN sans changement notable (9) (10).

Tableau V - Examen musculaire

	MI D	MI G
Fléchisseurs dorsaux de cheville	3	2 ↘
Fléchisseurs plantaires de cheville	3	3
Extenseurs de genou	2+	2+
Fléchisseurs de genou	2 ↗	2 ↗
Extenseurs de hanche	2	2
Fléchisseurs de hanche	2+↗	2+↗
Abducteurs de hanche	2	2- ↘
Adducteurs de hanche	2- ↘	2- ↘
Rotateurs externes de hanche	2 ↘	1 ↘
Rotateurs internes de hanche	2 ↘	2 ↘
Rotateurs externes de genoux	3	...
Rotateurs internes de genoux	3	...

5.3. Activités : le déplacement podal en fauteuil roulant

Anna est toujours dépendante d'une tierce personne pour les activités de la vie quotidienne puisque la reprise d'appui n'a débuté que depuis 4 jours et seulement sous surveillance en kinésithérapie. La marche n'est pas encore autorisée. Elle se déplace donc en fauteuil roulant à l'aide de ses pieds quand le repose-pied et la palette sont retirés. Pour se reposer, elle repositionne le repose-pied au niveau du membre inférieur droit (flexion de genou à 80°) et la palette au niveau du membre inférieur gauche (flexion de genou à 40°). Un trouble de l'articulation de la parole reste présent. Les difficultés pour la mastication limitent toujours la prise alimentaire à la partie gauche de la bouche. Les résultats de la MIF même sont identiques au bilan initial.

5.4. Participation : son retour à domicile n'est pas encore programmé

Anna n'exprime plus son refus d'un exercice proposé par des pleurs et un blocage de la communication verbale. De plus, le nombre de ces refus a considérablement diminué. Elle ne ressent plus le besoin de mettre un drap sur ses membres inférieurs. Elle poursuit sa rééducation ce qui entraîne toutes les restrictions de participation évoquées dans le bilan

initial. Elle continue de rythmer sa vie à ESEAN par la plupart des activités proposées. Sa sortie n'est pas programmée.

6. Discussion

D'après les bilans finaux à J59 post-opératoire, les adhérences cicatricielles ont diminué par les massages et l'utilisation du LPG. Les massages décontracturants ont favorisé la levée de la contracture au niveau du quadriceps gauche.

Les douleurs n'ont pas évolué au cours de la rééducation malgré le changement, l'augmentation et la diminution des antalgiques par le médecin ainsi que l'adaptation de la rééducation aux douleurs de la patiente et les techniques de gestion de la douleur. Elles ont fortement diminué après l'apparition de la paralysie faciale périphérique droite. Ceci serait en faveur de l'hypothèse d'une hystérie de conversion : les troubles psychologiques tout d'abord somatisés par les douleurs auraient par la suite été somatisés par la paralysie faciale.

Les amplitudes articulaires des membres inférieurs ont diminuées ou sont restées identiques au bilan initial. Ceci est dû au fait que la patiente a refusé la mobilisation passive manuelle classique et que les autres propositions de gain d'amplitude comme l'arthromoteur ou les postures ne permettaient pas de surveiller si Anna les effectuait correctement. De plus, la progression dans les exercices de gain de mobilité articulaire était refusée par la patiente. Cependant, les techniques de distraction, permettant une gestion de la douleur, pourraient avoir permis de limiter cette régression en poursuivant une mobilisation globale des membres et du tronc, après l'échec de la relaxation. Le Méopa® permettait un gain d'amplitude articulaire uniquement pendant la séance alors que la patiente adoptait par ailleurs une attitude de plus en plus figée expliquant que le mouvement indolore n'était permis que par le Méopa®. Son utilisation a donc été arrêtée d'autant plus qu'il provoquait des nausées chez la patiente. Cependant, un gain articulaire est noté à partir de la manifestation de la paralysie faciale et donc de la diminution des douleurs exprimées.

L'amélioration de la force se mesure uniquement pour les muscles fléchisseurs de genoux et de hanches. Le déficit musculaire est identique ou augmenté pour les autres groupes musculaires. En effet, les exercices ludiques réalisés en début de rééducation ont été par la suite refusés par la patiente. Cette évolution n'a été permise que par l'utilisation de techniques de distraction permettant une meilleure gestion de la douleur par Anna. La patiente s'est de nouveau rendue active et motivée pour sa rééducation après l'apparition de sa paralysie faciale, par exemple pour la réalisation de la marche podale en fauteuil roulant. La remise en charge progressive a été effectuée la dernière semaine de prise en charge ne permettant pas

d'en rapporter une évolution. Cependant, cette remise en charge a été positivement acceptée par la patiente.

L'évolution au niveau fonctionnel n'a pu être montrée puisque la reprise d'appui a débuté la dernière semaine de prise en charge et seulement en kinésithérapie. Seul le déplacement podal en fauteuil roulant est autorisé à ESEAN et est accepté très favorablement par Anna.

La paralysie faciale étant en début de phase de récupération et la rééducation ayant été effectuée la dernière semaine de prise en charge, une évolution n'a pas pu être montrée.

Au niveau du comportement, le refus d'un exercice proposé associé aux pleurs et au blocage de la communication verbale est devenu exceptionnel lorsque les séances ont été réalisées dans une salle individuelle à part du plateau technique. En effet, la dramatisation et la théâtralisation, traits typiques de la personnalité hystérique, ont fortement diminué par la restriction du nombre de personnes autour d'Anna. Cependant, sa famille n'a pas pu être intégrée à la rééducation puisqu'elle ne pouvait se déplacer que le weekend.

Cette rééducation a été adaptée aux troubles du comportement d'Anna expliqués ensuite par l'hypothèse de l'hystérie de conversion. Pour cela, le MK doit avoir une attitude ferme et directive ; cette attitude a été abandonnée puisqu'elle entraînait un blocage de la communication et des pleurs chez Anna. Il faut mettre le patient à distance de son personnage et de son imaginaire ; le port du drap et la transformation de sa voix n'ont pas été signalés à Anna. Le théâtralisme et la dramatisation ne doivent pas être encouragés et ont été amoindris par l'utilisation d'une salle individuelle pour la rééducation. Il faut donner une certaine autonomie à la patiente dans le but d'éviter les frustrations ainsi que l'infantilisation : c'était le cas par exemple quand Anna pouvait régler l'arthromoteur à l'aide de la télécommande. Le MK doit être attentif aux plaintes somatiques de la patiente : les douleurs exprimées par Anna étaient entendues. Il faut donner une orientation sportive à la rééducation, ce qui a été fait avec Anna d'autant plus que le sport est sa passion. Le MK doit inciter l'expression corporelle (exemples de la danse, du théâtre...) : l'exercice de la « poupée de chiffon », du chef d'orchestre et l'histoire du bateau ont été utilisé avec Anna. La relaxation et le massage qui favorisent une relation exclusive avec le MK doivent être proscrits : ces deux techniques de gestion de la douleur ont été utilisées avec Anna aboutissant à un échec. Ces données sont à relativiser dans le domaine de la pédiatrie où cette prise en charge devra se faire de manière pluridisciplinaire (16).

La frustration éprouvée du fait que les six semaines de rééducation présentent une dynamique de régression a conduit à de nouvelles interrogations. Toutes les techniques de gestion de la douleur ont-elles été envisagées pour Anna ? Quelles sont celles qui semblent les

plus appropriées à Anna ? Comment l'interdisciplinarité aurait-elle pu être une aide à la prise en charge complexe de cette patiente en kinésithérapie ? La relation thérapeutique patiente-MK joue-t-elle un rôle dans l'adhésion de la patiente à la rééducation ?

6.1. La gestion de la douleur : quelles techniques sont les plus appropriées à Anna

« La peur de la douleur et ce que nous en faisons peut handicaper bien plus que la douleur elle-même » (p.1) (17). Plus important que le soulagement de la douleur chronique, il faut apprendre au patient à la gérer. En effet, le patient aura acquis des schémas d'évitement de cette douleur au lieu de développer des stratégies de « coping⁷ ». Plus que la douleur elle-même, c'est l'anticipation anxieuse de la douleur qui contribuera au développement de ces schémas d'évitement. La relaxation, l'hypnose, la sophrologie, la distraction, le massage et la thérapie cognitivo-comportementale permettent une gestion de la douleur par le patient.

La relaxation, comme indiqué plus haut, n'est pas adaptée à une personnalité hystérique. Cela pourrait aussi expliquer qu'elle n'est pas bénéfique chez Anna : elle ne permet pas son relâchement et la focalise sur sa douleur.

« L'hypnose est une forme de concentration intense induisant un état de conscience modifié, caractérisé par une réceptivité augmentée à la suggestion » (p.35) (18). Elle est composée de la transe et de l'hypnose conversationnelle. La transe développe une fixation de l'attention sur un seul phénomène ou une seule pensée (le conducteur d'une voiture peut faire des kilomètres sans en prendre conscience, puis réaliser où il se trouve après plusieurs minutes de conduite) ; elle est utilisée en cas de douleurs aigües. L'hypnose conversationnelle est pratiquée dans la communication thérapeutique pour obtenir un certain confort du patient, améliorer son vécu de la séance et obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques. L'autohypnose permet d'apprendre au patient la gestion de la douleur chronique (exemple de la main en gant) : « le patient, par une participation imaginative active, augmente son contrôle sur ses symptômes. Il apprend à moduler les différentes facettes de sa douleur, par exemple son intensité, qui est rarement proportionnelle à la gravité des lésions, mais le plus souvent fortement aggravée par l'angoisse qui s'y rapporte » (p.37) (18). Dans le cas d'Anna, c'est l'autohypnose qu'il aurait été intéressant de développer. En effet, en 2001, l'hypnose a montré son efficacité sur l'anxiété et sur la tolérance à la douleur lors de la vaccination d'enfants (19). En 2012, C. Tomé-Pires et J. Miro montrent que l'hypnose est une technique efficace dans la gestion de la douleur pour les enfants atteints de cancer ou douloureux chronique (20).

La sophrologie commence à prouver son efficacité chez les adultes puisqu'une étude a

⁷ Stratégies d'adaptation à la douleur

montré en 2009 qu'elle permet une diminution de la sensation de gêne respiratoire et de la douleur lors de séances de ventilation non invasive chez des patients en insuffisance respiratoire aigüe (21). Cependant, elle n'a pas prouvé son efficacité dans la gestion de la douleur chez les enfants. Elle ne serait donc pas indiquée pour Anna.

La distraction permet de détourner l'attention de la douleur par le jeu. L'efficacité de cette technique dépend de l'âge et du niveau de développement, du niveau de douleur et d'anxiété, du style de comportement de l'enfant face au soin (exemple de l'évitement) et du passé douloureux de l'enfant. La distraction permet de réduire l'anxiété, d'obtenir une adhésion thérapeutique, d'éviter les schémas d'évitement et de favoriser la gestion de sa douleur par l'enfant d'après le Centre National de Ressources de la lutte contre la Douleur (CNRD) (22). Pour les enfants de 7 à 12 ans, les méthodes physiques comportent la relaxation, la respiration et le massage ; les distractions comportementales comportent les jeux de souffle, la démonstration du soin, la modélisation, la musique, le chant, la réalité virtuelle ; les distractions cognitives comportent l'utilisation d'un livre, d'un dessin animé, du gant magique, du robinet à douleur, de l'imagerie mentale et de la métaphore thérapeutique (13) (22). En effet, P. Singh montre en 2012 que les techniques de distraction (jeux et musique) sont efficaces dans la gestion de la douleur et de l'anxiété chez les enfants vaccinés (23). En 2013, S. Thrane montre que les techniques de distraction permettent une gestion de la douleur et de l'anxiété chez des enfants traités contre le cancer (24). Un essai clinique randomisé de 2013 établit que la musique influe sur la douleur et l'anxiété des enfants subissant le placement d'une voie intraveineuse (25). Toutefois, la distraction ne permet pas toujours de diminuer suffisamment l'anxiété et/ou la douleur d'Anna pour permettre, au lieu d'un évitement, la réalisation de l'exercice proposé : ce sont les limites de la distraction.

Le massage, comme indiqué précédemment, n'est pas adapté à une personnalité hystérique. En effet, c'est un échec quand il est utilisé dans le but d'une détente et d'une antalgie puisque la patiente relate qu'elle a peur que le massage soit douloureux.

La thérapie cognitivo-comportementale débute par une exposition graduée à des situations craintes par le patient dont l'objectif est une « habituation à des réponses émotionnelles et physiques adaptées par répétition de l'affrontement » (p.42) (26). « Il en découlera progressivement la disparition, l'extinction des conduites d'évitement et de l'anxiété anticipatrice » (p.42) (26). Ensuite, des tâches sont entreprises en suivant la hiérarchie des situations redoutées par le patient. C'est lui qui construit sa méthode avec l'aide du MK. Elle priviliegié la gestion de la douleur par le patient dans sa vie quotidienne plutôt que le soulagement de la douleur. Ce changement de comportement ne sera permis que si le patient

admet que sa gestion de la douleur habituelle est incorrecte et qu'il soit motivé pour changer. Cette technique serait intéressante à employer puisqu'Anna apprendrait à gérer sa douleur plutôt que de l'éviter. Cela influerait donc principalement sur sa peur de la douleur et sa kinésiophobie. En pratique, les méthodes cognitivo-comportementales auraient débuté par la hiérarchisation des situations craintes par Anna. Elles seraient dans l'ordre croissant : se détendre lors du massage cicatriciel et décontracturant, accepter de décontracter les muscles de ses membres inférieurs et principalement ses quadriceps, autoriser le MK à fléchir ses hanches puis ses genoux, faire des mouvements en dehors de son fauteuil roulant, fléchir ses hanches, fléchir ses genoux, diminuer l'angle des palettes de son fauteuil roulant progressivement. Puis, il aurait fallu qu'Anna affronte chacune de ses situations, synonymes d'anxiété anticipatrice et donc d'évitement, ceci accompagnée par le MK (26). En effet, une étude en 2013 a proposé le suivi sur douze mois d'enfants souffrant de douleur abdominale fonctionnelle et a montré que la thérapie cognitivo-comportementale permettait une gestion de la douleur au long cours (27).

6.2. L'interdisciplinarité : une ressource pour envisager la complexité du tableau

L'interdisciplinarité se différencie de la pluridisciplinarité par le fait qu'elle consiste à faire travailler ensemble des professionnels de différentes disciplines pour qu'ils confrontent leurs approches différentes sur un même sujet et non qu'ils fassent coexister les points de vue de leur spécialité : l'intérêt est de parvenir à un but commun. Cette interdisciplinarité est permise si un temps lui est consacré permettant une remise en cause des décisions, si chaque soignant en est l'acteur évitant ainsi la prise de pouvoir des personnes actives et le renforcement des critiques des personnes passives, si chaque soignant ne se restreint pas au point de vue de sa spécialité, et si le groupe interdisciplinaire n'est pas limité par des normes, des protocoles (28). Cependant, ces données sont à relativiser puisqu'il est difficile d'obtenir cette interdisciplinarité en pratique (29).

Dans le cadre de la gestion de la douleur, « le caractère pluridimensionnel de la douleur intéresse, au-delà du rééducateur, l'équipe interprofessionnelle, et propose au kinésithérapeute une place au sein de ce réseau de soin, de comité de lutte contre la douleur en tant que référent » (p.29) (17). A ESEAN, c'est au cours des réunions de synthèse hebdomadaires, que le médecin rééducateur, les MK, les éducatrices, les enseignants, les infirmières et les aides-soignantes transmettent sur les patients : la démarche est pluridisciplinaire. Une réunion P3i est aussi envisageable pour que les soignants se réunissent avec le patient et sa famille pour dresser un portrait de sa situation. « Ce portrait peut se comparer à un casse-tête. Chaque

participant possède un certain nombre de pièces qui sont mises en commun et assemblées lors de la rencontre » (p.141) (30) : la démarche est interdisciplinaire. La réunion P3i n'a pas été effectuée pour Anna n'ayant pas été jugée nécessaire par le médecin.

Dans le cadre de l'adaptation aux troubles psychologiques, le psychologue, ne participant pas aux réunions de synthèse à ESEAN, a été sollicité pour communiquer sur le comportement d'Anna en kinésithérapie. En effet, « nous pensons que dans ces situations particulières, kinésithérapeute et psychologue, pouvons travailler ensemble chacun avec sa spécificité, pour penser et organiser notre accompagnement commun, afin que l'enfant bénéficie à la fois de rééducations efficaces et d'une écoute de sa souffrance » (p.102) (31). Le psychologue a pu donner l'hypothèse de l'hystérie de conversion. Cependant, il n'a pas été discuté des techniques kinésithérapiques adaptées au profil psychologique d'Anna. Or, les séances de massage et de relaxation réalisés n'étaient pas indiquées.

6.3. La relation thérapeutique : entre écoute et alliance thérapeutique

Le patient demande à être écouté. En effet, le fait que le MK passe 45 minutes avec le patient et qu'il ait un contact corporel avec celui-ci favorise cette relation d'échange et/ou d'écoute. Au-delà du diagnostic ou de l'apport de réponses relevant du domaine du psychologue, le MK peut néanmoins écouter le patient car « être écouté apporte une reconnaissance à la parole » (p.103) (31) même si « les kinésithérapeutes peuvent parfois se sentir mis à l'écart de ce qui se réfléchit, du fait que leur profession concerne le corps » (p.103) (31). De plus, il a été vu plus haut que dans le cadre de l'hystérie de conversion, le MK doit être attentif aux plaintes somatiques du patient et doit donc être dans une position d'écoute. En effet, il est répété à Anna que sa douleur est prise en compte, qu'elle peut la décrire et donner ses causes à chaque fois qu'elle le souhaite.

Lorsque le MK est confronté à une personnalité hystérique, il doit avoir une attitude ferme et directive (comme cité plus haut). Or, cette attitude entraînait un blocage de la communication, des pleurs et un refus de l'exercice proposé. La fermeté adoptée jusque-là a donc été abandonnée : si Anna refusait un exercice, il lui en était proposé un autre. Cependant, une attitude non-directive aurait pu aussi être employée : c'est le principe, par exemple, de l'entretien motivationnel (EM) recommandé par la HAS pour obtenir l'adhésion thérapeutique (32). Une méta-analyse réalisée en 2014 montre que l'EM est une intervention efficace pour les changements de comportement de l'enfant relatif à la santé dans la mesure où la famille y participe et que le praticien possède une culture correspondant à celle de la famille (33). L'EM est « un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec

une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en exploitant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme » (p.30) (34). Le type de conversation adopté par l'EM est de guider : il se situe entre diriger et suivre. Il est donc à l'opposé d'une conversation directive, reliée au réflexe correcteur que peut avoir un aidant en voulant persuader une personne de vouloir faire les bonnes choses. En effet, l'ambivalence est le fait qu'une personne veuille et ne veuille pas, en même temps, effectuer un changement. Cette personne est partagée entre deux de ses propres discours : le discours-changement et le discours-maintien. Si l'aidant argumente sur le discours-changement (réflexe correcteur), la personne défendra le discours-maintien : c'est le propre du débat. Les quatre fondements de l'EM sont le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation. Le partenariat se définit non pas comme l'action d'un expert pour un bénéficiaire mais comme une collaboration active entre deux experts : c'est danser (l'art de guider) et non lutter. Le non-jugement a quatre aspects : la valeur inconditionnelle ou le respect de la personne telle qu'elle est en tant qu'individu unique, l'empathie approfondie ou le fait de comprendre le point de vue de l'autre (différent de la sympathie), le soutien de l'autonomie ou la reconnaissance de la liberté de choix d'une personne, la valorisation ou la reconnaissance des capacités et des efforts d'une personne. L'altruisme se définit comme la priorité donnée aux besoins de l'autre. L'évocation est le fait que l'aidant sollicite l'expression par la personne de ses capacités et ses ressources et non de ses déficits. Les quatre processus de l'EM sont l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification. L'engagement dans la relation est l'établissement d'une alliance de travail. La focalisation correspond à l'établissement par les deux parties d'une direction précise vers un ou plusieurs objectifs de changement. L'évocation consiste à faire émerger les propres motivations au changement de la personne et non pas faire le diagnostic et donner la solution au problème. La planification permet de développer l'engagement vers le changement et de formuler un plan d'action. Les cinq clés de communication de l'EM sont : poser des questions ouvertes pour faire évoquer la motivation et faire planifier le changement ; valoriser les ressources, les efforts, les capacités de la personne ; refléter pour émettre des hypothèses sur ce que veut dire la personne et ainsi permettre de comprendre pour l'aidant et de réévaluer pour l'aidé ; résumer pour prouver l'écoute attentive de l'aidant et donner de la valeur à ce qui a été dit ; informer et conseiller si l'aidant est sollicité par la personne puis en acceptant que la personne choisisse de ne pas en tenir compte (34) (35). L'EM, plus qu'une adhésion thérapeutique, permet donc une alliance thérapeutique.

Pourquoi et comment utiliser l'entretien motivationnel en kinésithérapie ?

7. Conclusion

Anna rentre à J122 dans sa famille d'accueil. Elle marche en verrouillage de genoux et en rotation interne de hanche gauche. Le diagnostic d'une hystérie de conversion avait été posé à la suite d'une hémiplégie et d'un syndrome cérébelleux gauche alors que la paralysie faciale droite (dont la récupération est complète) avait été identifiée comme d'origine virale.

La douleur a été évaluée chez Anna par plusieurs échelles décrites auparavant permettant de définir sa chronicité, son origine... Cependant, cette évaluation est complexe puisqu'elle cherche à objectiver une notion subjective. Anna présente une douleur psychosomatique : somatique du fait des suites post-opératoires et psychologique du fait de sa personnalité, la chronicité de ses douleurs, son contexte familial complexe, l'hystérie de conversion. La part de la douleur objective (somatique) et subjective (psychologique) est difficile à définir : « la douleur s'éprouve mais ne se prouve pas » (p.44) (36). La part de la douleur subjective semble importante chez Anna c'est pourquoi ses douleurs ne sont pas celles habituellement rencontrées suite à une chirurgie de ce type. Il est donc nécessaire d'adapter le protocole de rééducation à la patiente : le protocole soigne une pathologie (objective) et le MK une personne (subjective). Les techniques de rééducation se sont donc adaptées à Anna : elles ont par exemple utilisées son goût pour le sport. Cette adaptation de la rééducation a nécessité l'utilisation de traitements non médicamenteux de la douleur chronique accessibles aux MK comme les techniques de gestion de la douleur décrites auparavant. L'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale aurait pu être intéressante dans le cadre de la kinésiophobie d'Anna. En effet, elle permet d'agir sur l'anxiété anticipatrice et l'évitement de la situation crainte. Ce sont les caractéristiques de la rééducation d'Anna : elle répète la phrase « Ça va faire mal ? » à la proposition de chaque exercice et en refuse un certain nombre. Cette non-adhésion au projet thérapeutique peut être expliquée par la personnalité hystérique d'Anna, la chronicité de ses douleurs et la directivité de la rééducation à l'initiative du MK. Or, l'alliance thérapeutique est primordiale. L'établissement d'un contrat thérapeutique peut permettre cette alliance : le MK n'est pas dans une position de dirigeant ou d'écoute mais dans celle de guide. L'entretien motivationnel pourrait être utilisé en kinésithérapie dans ce but.

Références bibliographiques

1. Accadbled F, Mansat C, Cahuzac J. Anomalies rotationnelles des membres inférieurs chez l'enfant. EMC. 2007: p. 1-12.
2. Vaillant J. Patient douloureux chronique : recommandations de la Haute Autorité de Santé. Kinésithérapie scientifique. 2009 Avril: p. 53-54.
3. Vincent B, Horle B, Wood C. Evaluation de la douleur de l'enfant. EMC. 2009: p. 349-357.
4. Wood C, Teisseyre L, Cunin-Roy C, Debré HR, et al. Centre National de ressources de lutte contre la douleur. [En ligne].; 2004 [consulté le 8 Mars 2014]. Consultable à l'URL : cnrd.fr/Developpement-cognitif-de-l-enfant.html.
5. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. 9th ed. Paris: Elsevier Masson; 2012.
6. Synthes. Plaque de hanche pédiatrique LCP pour ostéotomie et traumatologie du fémur proximal. Technique opératoire. 2007;: p. 1-40.
8. Hislop H, Montgomery J. Le bilan musculaire de Daniels et Worthingham. 8th ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
7. Dufour M, Pillu M. Biomécanique fonctionnelle Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
9. Chevalier A. Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. EMC. 2003: p. 1-15.
10. Penteado T, Testa J, Antunes M, Chevalier A. Evaluation de la technique Chevalier pour la prévention des séquelles dans la paralysie faciale périphérique. Kinésithérapie la revue. 2009 juin: p. 40-47.
11. Moreaux T. L'utilisation du méopa chez l'enfant lors d'un geste douloureux. Soins pédiatrie-puériculture. 2010 Mai/Juin: p. 23-24.
12. Thibault P, Moreaux T. Place des méthodes psycho-corpoelles dans la prise en charge et la prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée - Revue de la littérature. [En ligne].; 2007 [Consulté le 16 Mars 2014]. Consultable à l'URL : www.cnrd.fr/Place-des-methodes-psychos.html.
13. Martin V. Using distraction techniques with children. Nursing. 2013 Novembre: p. 68.
14. Weissland T, Beurey L, Corbillon S, Zerouali J, Dirson L. Séances de reprise d'appui en balnéothérapie (1ère partie). Kinésithérapie scientifique. 2011 Avril: p. 59-61.
15. Weissland T, Beurey L, Corbillon S, Zerouali J, Dirson L. Séances de reprise d'appui en balnéothérapie (2e partie). Kinésithérapie scientifique. 2011 Mai: p. 61-62.
16. Dacos J. Techniques psychiatriques en kinésithérapie Paris: Maloine; 2009.
18. Vervaeke C. Douleur et hypnose en kinésithérapie. Kinésithérapie la revue. 2009: p. 35-37.
17. Haller P. Douleurs chroniques et kinésithérapie. Kinésithérapie la revue. 2009 Janvier: p. 27-29.
19. Jacobson R, Swan A, Adegbienro A, Ludington S, Wollan P, Poland G, et al. Making vaccines more acceptable-methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines. Vaccine. 2001: p. 2418-2427.
20. Tomé-Pires C, Miro J. Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2012 Août: p. 432-457.

21. Constantin J, Perbet S, Futier E, Cayot-Constantin S, Ggnac V, Bannier F, et al. Impact de la sophrologie sur la tolérance des séances de ventilation non invasive chez des patients en insuffisance respiratoire aigüe. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. 2009 Mars: p. 215-221.
22. Cohen-Salmon D. Centre national de ressources de lutte contre la douleur. [En ligne]; 2005 [Consulté le 16 Mars 2014]. Consultable à l'URL : www.cnrd.fr/Utilisation-des-techniques-de.html.
23. Singh P. Effect of distraction technique in behavior responses to pain among toddlers receiving immunisation. Nursing Journal India. 2012 Juillet-Août: p. 176-179.
24. Thrane S. Effectiveness of integrate modalities for pain and anxiety in children and adolescents with cancer : a systematic review. Journal pediatric oncology nursing. 2013: p. 1-13.
25. Hartling L, Newton A, Liang Y, Jou H, Hewston K, Klassen T, et al. Music to reduce pain and distress in the pediatric emergency department : a randomized clinical trial. JAMA pediatrics. 2013 Juillet: p. E1 - E10.
26. Corbrion-Carli S, et Coll. Approche cognitivo-comportementale : vers une nouvelle prise en charge de la douleur chronique dans le domaine de la rééducation fonctionnelle. Kinésithérapie scientifique. 2006 Décembre: p. 39-49.
28. Moutet M, Guisado H, Butel J, Vuagnat H, Zulian G. L'interdisciplinarité dans le milieu hospitalier : entre défi quotidien et les enjeux du groupe. Revue médicale Suisse. 2014 Janvier: p. 134-137.
27. Levy R, Langer S, Walker L, Romano J, Christies D, Youssef N, et al. Twelve-month follow-up of cognitive behavioral therapy for children with functional abdominal pain. JAMA pediatrics. 2013 Février: p. 178 - 184.
29. Gatchel R, McGeary D, McGeary C, Lippe B. Interdisciplinarity chronic pain management : past, present, and future. 2014 Mars: p. 119-130.
30. Boulanger Y, Gaudreau C, Gautier J. Réalisation du P3i. Journal de réadaptation médicale. 2000 Décembre: p. 141.
31. Masson G, Maraquin C. Kinésithérapeute et psychologue : travailler ensemble dans le cadre d'un SESSD. Motricité cérébrale. 2008 Septembre: p. 117-120.
32. Becchio M. L'entretien motivationnel. HAS. 2009 Octobre.
33. Gayes L, Steele R. A meta-analysis of motivational interviewing interventions for pediatric health behavior change. Journal of consulting and clinical psychology. 2014 Février: p. 1-15.
34. Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2nd ed. Paris: InterEditions; 2013.
35. Languérand E, Chanut F, Fortini C, Doeppen J, Le Merdy T, Favrod J, et al. L'entretien motivationnel. Santé mentale. 2012 Janvier: p. 21-74.
36. Haller P, Faillot T. Evaluation de la douleur chronique en kinésithérapie. Kinésithérapie scientifique. 2001 Décembre: p. 38-45.

Annexe 1 : Echelle de FLACC

ÉCHELLE FLACC : Face Legs Activity Cry Consolability

Élaborée pour évaluer la douleur postopératoire chez l'enfant de 2 mois à 7 ans

Validée pour mesurer la douleur des soins de 5 à 16 ans – Utilisable pour mesurer la douleur des soins de la naissance à 18 ans

Chaque item est coté de 0 à 2 – Score de 0 à 10

		Date Heure					
			Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin	Avant le soin	Pendant le soin
VISAGE	0 Pas d'expression particulière ou sourire 1 Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé 2 Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton		○	✗	✗		
JAMBES	0 Position habituelle ou détendue 1 Gêné, agité, tendu 2 Coups de pieds ou jambes recroquevillées		○	✗	✗		
ACTIVITÉ	0 Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu 2 Arc-bouté, figé, ou sursaute		○	✗	✗		
CRIS	0 Pas de cris (éveillé ou endormi) 1 Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle 2 Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes		○	✗	✗		
CONSOLABILITÉ	0 Content, détendu 1 Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distracté 2 Difficile à consoler ou à réconforter		○	✗	✗		
SCORE TOTAL			○	✗	✗		
OBSERVATIONS							

Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC : a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nursing* 1997 ; 23 : 293-7.

Traduction par l'équipe de l'Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.

Contre-traduction par le Dr Marie-Claude Grégoire, IWK Health Center, Dalhousie University, Halifax, Canada et par le Dr Peter Jones, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.

Il existe une présentation pour la douleur des soins (mêmes items) et une version pour la personne avec handicap cognitif (items un peu différents).

Instructions

Patients éveillés : Observer pendant au moins 2 à 5 minutes. Observer les jambes et le corps découverts. Repositionner le patient ou observer sa motricité, évaluer la rigidité et le tonus. Consoler le patient si nécessaire.

Patients endormis : Observer pendant au moins 5 minutes ou plus. Observer les jambes et le corps découverts. Si possible repositionner le patient. Toucher le corps et évaluer sa rigidité et son tonus.

Visage

Cotez 0 si le patient a un visage détendu, un contact visuel et s'il manifeste de l'intérêt pour son environnement.

Cotez 1 si le patient a une expression du visage anxieuse, les sourcils froncés, les yeux mi-clos, les pommettes surélevées, la bouche pincée.

Cotez 2 si le patient a des plis marqués sur le front (le front très crispé) et les yeux fermés, les mâchoires serrées ou la bouche ouverte et des sillons naso-labiaux accentués.

Jambes

Cotez 0 si le patient a une motricité et un tonus habituels au niveau des membres (jambes et bras).

Cotez 1 si le patient a un tonus augmenté, une rigidité, une tension, des mouvements de flexion-extension intermittents des membres.

Cotez 2 si le patient a une hypertonicité, les jambes raides, des mouvements de flexion-extension des membres exagérés, des trémulations.

Activité

Cotez 0 si le patient se mobilise facilement et librement, s'il a une activité motrice habituelle.

Cotez 1 si le patient change fréquemment de position ou au contraire hésite à bouger, si le torse est raide, si une partie du corps est tendue.

Cotez 2 si le patient est figé ou au contraire se balance, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps.

Cris

Cotez 0 si le patient n'émet aucun cri ou gémissement, qu'il soit éveillé ou endormi.

Cotez 1 si le patient gémit, crie, pleur ou soupire de temps en temps.

Cotez 2 si le patient gémit, crie ou pleure fréquemment ou continuellement.

Consolabilité

Cotez 0 si le patient est calme et n'a pas besoin d'être consolé.

Cotez 1 si le patient est réconforté par le toucher ou la parole en 30 à 60 secondes.

Cotez 2 si le patient a besoin d'être réconforté en permanence ou ne peut être consolé.

À chaque fois qu'il est possible, l'évaluation comportementale de la douleur doit être associée à une autoévaluation. Quand celle-ci est impossible, l'interprétation des manifestations comportementales de la douleur et la prise de décision thérapeutique nécessitent une analyse attentive du contexte dans lequel les manifestations de douleur ont été observées.

Chaque item est coté de 0 à 2, ce qui donne un score total entre 0 et 10 :

0 = détendu et confortable

1-3 = léger inconfort

4-6 = douleur modérée

7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur

Annexe 2 : Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4

Cotation : 0=Absent/Pas du tout 1=Faible/Un peu 2=Modéré/Moyennement
 3=Fort/Beaucoup 4=Extrêmement fort/Extrêmement

A Battements Pulsations Élancements En éclairs Décharges électriques Coups de marteau	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	J Fatigante Énervante Éreintante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
B Rayonnante Irradiante	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	K Nauséeuse Suffocante Syncopale	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C Piqûre Coupure Pénétrante Transperçante Coups de poignard	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	L Inquiétante Oppressante Angoissante	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
D Pincement Serrement Compression Écrasement En étou Broiement	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M Harcelante Obsédante Cruelle Torturante Suppliciante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
E Tiraillement Étirement Distension Déchirure Torsion Arrachement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	N Gênante Exaspérante Pénible Insupportable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F Chaleur Brûlure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O Énervante Exaspérante Horripilante	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G Froid Glace	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P Déprimante Suicidaire	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Picotements Fourmillements Démangeaisons	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	TOTAL : J à P : critères affectifs	
I Engourdissement Lourdeur Sourde	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Illustrant les différentes composantes de la douleur, le QDSA (version française du Mac Gill Pain Questionnaire-MPQ) permet essentiellement une évaluation qualitative de la douleur chronique, en particulier la douleur neuropathique. Le QDSA nécessite, pour le patient douloureux un bon niveau de compréhension et un vocabulaire assez riche. Il en existe une version abrégée.	

A à I : critères sensoriels

Annexe 3 : Questionnaire HADS

Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Dépression
	Je me sens tendu ou énervé :		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
3	<input type="checkbox"/> la plupart du temps	0	<input type="checkbox"/> oui, tout autant
2	<input type="checkbox"/> souvent	1	<input type="checkbox"/> pas autant
1	<input checked="" type="checkbox"/> de temps en temps	2	<input checked="" type="checkbox"/> un peu seulement
0	<input type="checkbox"/> jamais	3	<input type="checkbox"/> presque plus
	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		Je ris facilement et vois le bon côté des choses
3	<input checked="" type="checkbox"/> oui, très nettement	0	<input type="checkbox"/> autant que par le passé
2	<input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave	1	<input checked="" type="checkbox"/> plus autant qu'avant
1	<input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas	2	<input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant
0	<input type="checkbox"/> pas du tout	3	<input type="checkbox"/> plus du tout
	Je me fais du souci :		Je suis de bonne humeur :
3	<input checked="" type="checkbox"/> très souvent	3	<input type="checkbox"/> jamais
2	<input type="checkbox"/> assez souvent	2	<input type="checkbox"/> rarement
1	<input type="checkbox"/> occasionnellement	1	<input type="checkbox"/> assez souvent
0	<input type="checkbox"/> très occasionnellement	0	<input checked="" type="checkbox"/> la plupart du temps
	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
0	<input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive	3	<input type="checkbox"/> presque toujours
1	<input type="checkbox"/> oui, en général	2	<input type="checkbox"/> très souvent
2	<input type="checkbox"/> rarement	1	<input checked="" type="checkbox"/> parfois
3	<input checked="" type="checkbox"/> jamais	0	<input type="checkbox"/> jamais
	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
0	<input type="checkbox"/> jamais	3	<input type="checkbox"/> plus du tout
1	<input checked="" type="checkbox"/> parfois	2	<input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
2	<input type="checkbox"/> assez souvent	1	<input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention
3	<input type="checkbox"/> très souvent	0	<input checked="" type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
3	<input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas	0	<input type="checkbox"/> autant qu'auparavant
2	<input checked="" type="checkbox"/> un peu	1	<input checked="" type="checkbox"/> un peu moins qu'avant
1	<input checked="" type="checkbox"/> pas tellement	2	<input type="checkbox"/> bien moins qu'avant
0	<input type="checkbox"/> pas du tout	3	<input type="checkbox"/> presque jamais
	J'éprouve des sensations soudaines de panique :		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
3	<input type="checkbox"/> vraiment très souvent	0	<input type="checkbox"/> souvent
2	<input checked="" type="checkbox"/> assez souvent	1	<input type="checkbox"/> parfois
1	<input type="checkbox"/> pas très souvent	2	<input checked="" type="checkbox"/> rarement
0	<input type="checkbox"/> jamais	3	<input type="checkbox"/> très rarement
15	= Total du score pour l'anxiété	7	= Total du score pour la dépression

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

Annexe 4 : Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES)

5^e PARTIE : ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR SUR LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Annexe 5 : Mesure de l'indépendance fonctionnelle de l'enfant (MIF même)

MESURE DE L'INDEPENDANCE FONCTIONNELLE POUR ENFANTS (MIF même)

NIVEAUX		SANS AIDE	AVEC AIDE
7 – Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger)		SANS AIDE	
6 – Indépendance modifiée (appareil)			
DÉPENDANCE MODIFIÉE			
5 – Surveillance		AVEC AIDE	
4 – Aide minimale (autonomie = 75 % +)			AVEC AIDE
3 – Aide moyenne (autonomie = 50 % +)			
DÉPENDANCE MODIFIÉE			
2 – Aide maximale (autonomie = 25 % +)		AVEC AIDE	
1 – Aide totale (autonomie = 0 % +)			
SOINS PERSONNELS		Entrée	Sortie
A – Alimentation	7		
B – Soins de l'apparence	7		
C – Toilette	3		
D – Habillage – partie supérieure	7		
E – Habillage – partie inférieure	7		
F – Utilisation des toilettes	1		
CONTROLE DES SPHINCTERS		Entrée	Suivi
G – Vesse	7		
H – Intestins	7		
MOBILITÉ		Entrée	Suivi
<i>Transferts</i>			
I – Chaise, fauteuil roulant	7		
J – W.C.	2		
K – Baignoire, douche	3		
LOCOMOTION		Entrée	Suivi
L – Marche*, fauteuil roulant*, marche à quatre pattes*	0 M 7 L 0 P	M L P	M L P
COMMUNICATION		Entrée	Suivi
N – Compréhension**	7 A 7 V 7 N	A V N	A V N
O – Expression***	7 A 7 V 7 N	A V N	A V N
CONSCIENCE DU MONDE EXTÉRIEUR		Entrée	Suivi
P – Interaction sociale	7		
Q – Résolution des problèmes	7		
R – Mémoire	7		
TOTAL	417		

Ne laisser aucun blanc. Mettre 1 si le patient ne peut être testé pour des raisons de sécurité.

*M = Marche

**A = Auditif

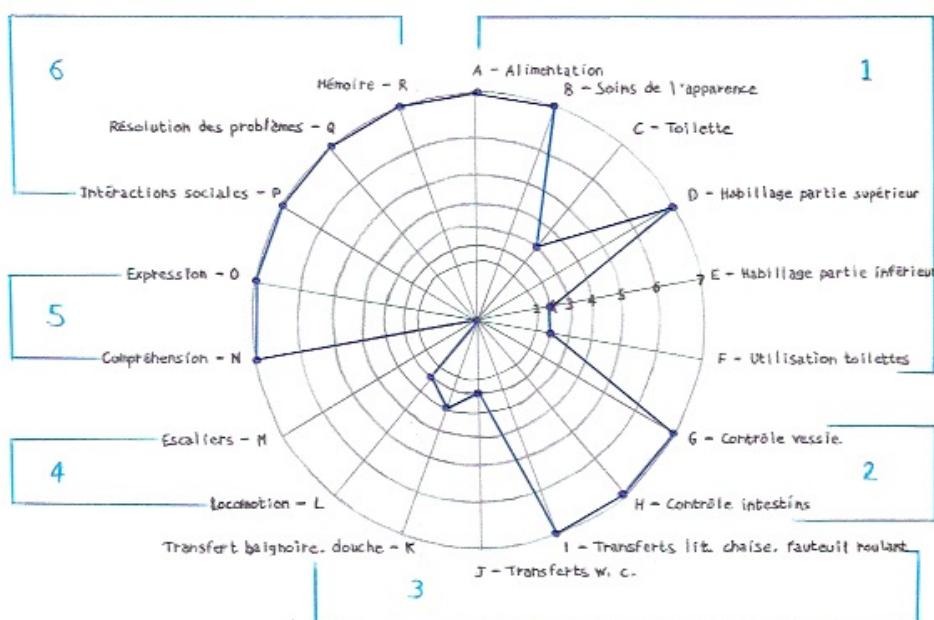
***V = Verbale

*F = Fauteuil roulant

**V = Visuelle

***N = Non verbale

*P = A quatre pattes



1: Soins personnels

4: Locomotion

2: Contrôle des sphincters

5: Communication

3: Mobilité

6: Conscience du monde extérieur.