

# RAPPORT DE MISSION ADIKINE

Mission du 1<sup>er</sup> mai au 15 juin 2008

## La mission principale :

Dans la prolongation de ce qui a été fait précédemment, elle consiste à former quatre infirmiers aux techniques de kinésithérapie.

### *Réorganisation de la journée.*

Après une semaine de formation, nous nous sommes vite rendues compte que l'emploi du temps ne permettait pas d'exploiter au maximum le temps imparti pour la formation. Nous l'avons donc très vite modifié. Nous avons obtenu de la direction de l'hôpital plus de libertés pour que les stagiaires puissent se consacrer pleinement à leur formation.

Ainsi, la formation se déroulera sur le rythme suivant : du lundi au vendredi :

- 8h 10h : cours théorique
- 10h 12h : prise en charge des patients et application pratique
- 12h 15h : cours théorico-pratique (avec exemples, applications sur nous-mêmes) et une fois par semaine interrogation écrite.

### *Les thèmes abordés.*

En ce qui concerne les bases nous avons (re)vu :

- Le diagnostic kinésithérapique et la démarche thérapeutique ( bilan, diagnostic, projet du patient, objectifs, moyens)
- Les axes articulaires et les amplitudes physiologiques.
- Révision des grands groupes musculaires du membre supérieur. Nous avons revu les insertions globales, l'action principale, le renforcement spécifique et l'étirement spécifique de chaque muscle.
- Sur leur insistance nous avons commencé le chapitre de neurologie. Tous d'abord, nous avons vu globalement le système neurologique en faisant la différence entre une atteinte neurologique centrale et une atteinte périphérique.
- Le massage du dos

En ce qui concerne la prise en charge pathologique à proprement dite :

- La prise en charge du patient lombalgique sans trouble neurologique associé. Sur ce point, nous avons beaucoup insisté sur la correction des troubles de la statique principalement l'hyper lordose (étirement du psoas/renforcement des abdominaux).
- Nous avons ensuite abordé la prise en charge du patient hémiplegique dans les premiers jours après l'accident. Nous avons alors adapté le bilan spécifique à cette pathologie en rajoutant quelques notions importantes comme la spasticité, la commande motrice, l'hémi-négligence... En ce qui concerne la rééducation, nous avons pu voir les mobilisations, les transferts et une partie des principes de nursing.

En conclusion nous pouvons dire qu'à notre départ tous les principes de base abordés sont acquis sauf la neurologie (qu'il faudra certainement revoir). De même nous partons avec la conviction que nos stagiaires sauront prendre en charge un patient lombalgique, d'autant plus si le problème est lié à une hyper lordose, ce qui était le cas de la majorité des patients. En revanche nous comptons sur le prochain groupe pour revoir et approfondir la prise en charge du patient hémiparétique. Lors de la prise en charge des patients, nous avons également abordé de façon plus individuelle, la prise en charge de la tendinite d'épaule avec ou sans rupture de coiffe, la prise en charge de la scoliose chez un adolescent, le reconditionnement à l'effort après hospitalisation ou « crise drépanocytaire » et reprise de la marche.

## **Annexes :**

### **Le 6 et 7 mai 2008 : cas clinique lombalgique**

#### **Bilan :**

- Interrogatoire : Mme X / 70ans / 80kg / 1m60 / vie en ville avec 5 enfants / tient un commerce
- Morphostatique : hyperlordose, antéversion de bassin, gravité antérieure, valgum genou droit, aile iliaque droite et épaule droite abaissées de 2cm.
- Articulaire : mesure des distances doigt sol antérieure et latérale (contre le mur pour éviter les compensations) / test de Schöber : (+5cm/-3cm) / Etoile de Maigne / flexum de hanche / robot genou droit / Flexion dorsale de cheville 0°
- Musculaire : évaluation de la trophicité des spinaux et muscles superficiels du dos, évaluation de l'extensibilité des muscles des membres inférieurs (psoas, adducteurs, quadriceps, tenseur du fascia lata) ; évaluation de la force des abdominaux et des paravertébraux .
- Sensibilité : on vérifie la plante du pied uniquement sauf si plainte du patient, *ici rien à signaler*
- Bilan fonctionnel : *ne peut pas rester longtemps dans la même position, périmètre de marche 1km en 20min, activités supérieures de marche .*

**Projet du patient** : *continuer à tenir son commerce*

#### **Le diagnostic kiné**

- Déficiences : résumé des bilans analytiques , on met en avant les anomalies : *douleur, valgum, antéposition, antéversion de bassin, déficit d'extension de hanche et de flexion lombaire, hypoextensibilité du psoas et du droit antérieur, faiblesse des abdominaux*
- Incapacités : difficultés à (voire impossibilité de) faire certaines choses. *Tenir une position longtemps.*
- Désavantages : répercussions sociales, familiales, économiques.

### **Le 6 mai 2008 : les axes et les amplitudes articulaires**

**Axes** : corps, pied, main.

#### **Amplitudes** :

- Epaule = 5 articulations : *scapulo-thoracique / sterno claviculaire / acromio claviculaire / gléno*

- humérale => Flexion 180° / Extension : 45° / Abduction 180° / Adduction 40° / rotations interne et externe / abduction physiologique (dans l'axe de la scapula)
- Coude : flexion 160° / extension 0° / pronation 90° / supination 90°
  - Poignet : flexion 90° / extension 90° / inclinaison radiale 15° / inclinaison ulnaire 45°
  - Main : doigts : flexion adduction abduction ; pouce : opposition
  - Hanche : flexion 120° / extension 20° / abduction 45° / adduction 30° / rotation interne 20° / rotation externe 40°
  - Genou : 2 articulations ( fémoro-tibiale, fémoro patellaire) => flexion 10° / extension 0° / rotations induites < 40°
  - Cheville : talo crurale : flexion dorsale 25° / flexion plantaire 45° ; sub talaire : abduction / adduction ; médiotarse : rotations
  - Tronc : moyens d'évaluation : Etoile de Maigne, distance doigts sol, Schöber

### Le 8 mai 2008 : généralités en neurologie

On distingue le système nerveux central du système nerveux périphérique  
 On leur a demandé de classer toutes les pathologies neurologiques leur venant à l'esprit. Après correction, nous avons abouti au tableau suivant :

<p>Encéphale + Moelle épinière = système nerveux central</p> <p>=&gt; <b>Pathologie de neurologie centrale</b></p>	<p>Racines nerveuses = système nerveux périphérique</p> <p>=&gt; <b>Pathologie de neurologie périphérique</b></p>
<p>Sclérose En Plaque          Sclérose Latérale          Amyotrophique          Parkinson          AVC          Tumeur cérébrale          Encéphalopathie          IMC          Epilepsie</p>	<p>Paraplégie          Tétraplégie          Tumeur de la moelle épinière          Polynévrite          Diabète          Traumatisme ayant entraîné une rupture, une compression ou une élongation du nerf ou de sa racine.          Guillain Barré          Paralysie faciale (dans certains cas)</p>

Le cerveau est subdivisé en quatre lobes :

- Pariétal : commande la sensibilité
- Frontal : commande la motricité et la vie en société (les inhibitions)
- Temporal : commande le langage et l'audition
- Occipital : commande la vision

On peut considérer la moelle épinière comme une autoroute à double voies : une conduisant la sensibilité l'autre la motricité.

Le cerveau commande la motricité. La sensibilité transporte les informations recueillies par tous les récepteurs du corps.

Le cerveau traite les informations reçues.

## Vocabulaire:

Motricité

Paralysie = atteinte totale de la motricité

Parésie = atteinte partielle de la motricité

Tonicité = contraction de repos (vigilance) du muscle

Hypertonie = augmentation du tonus de base

Hypotonie = diminution du tonus de base

Spasticité : forme d'hypertonie qu'on trouve le plus souvent

## Sensibilité

Anesthésie : aucune sensibilité

Hyperesthésie : augmentation de la sensibilité

Dysesthésie : augmentation de la sensibilité avec des sensations douloureuses sur des stimulations qui ne devraient pas l'être.

Hypoesthésie : diminution de la sensibilité

Paresthésie : sensation anormales ( fourmillements)

## Les accidents vasculaires cérébraux

Le cerveau est composé de deux hémisphères divisés en 4 lobes : frontal pour la motricité, pariétal pour la sensibilité, occipital pour la vision et temporal pour l'audition et le langage.

On distingue deux types d'AVC,

- Ischémique par arrêt de l'apport sanguin dans une zone plus ou moins grande du cerveau en fonction de la localisation de l'obstruction
- Hémorragique par inondation d'une zone plus ou moins importante du cerveau

Une atteinte de l'hémisphère droit va entraîner un dysfonctionnement au niveau de l'hémicorps gauche, et inversement une atteinte de l'hémisphère gauche va entraîner un dysfonctionnement de l'hémicorps droit.

Si le centre de la parole (à gauche chez les droitiers) est touché on observe une aphasie qui peut être fluante ou muette.

L'atteinte sera plus ou moins importante en fonction de la localisation et de l'étendue de la lésion cérébrale.

Une récupération est possible mais elle n'est pas toujours totale.

## *Le 9 mai 2008 : Les AVC*

### **Bilan**

Interrogatoire : nom / âge / latéralité / poids / taille / profession / mode de vie (profession habitat entourage...) / état antérieur / antécédents / date et circonstances de l'accident (histoire de la maladie) / traitement

Trouble des fonctions supérieures : repérage dans l'espace et dans le temps / mémoire immédiate et ancienne / héminegligence et hémianopsie / apraxie (incapacité à faire certains gestes de la vie quotidienne) / déglutition / respi

Douleurs : le plus souvent neuropathiques => coté /10

Morphostatique : schèmes (le plus souvent flexion MS, extension MI) / paralysie de la face / orientation du regard

Cutané trophique : troubles thrombo-emboliques (**signes de phlébite** même si pas

toujours fiables côté hémiplégique), œdèmes signes d'algodystrophie, cicatrices

Articulaire : comparer au coté sain, respecter les amplitudes physiologiques surtout si hypotonie (risque de luxation) / diastasis épaule / récurvatum de genou

Sensibilité superficielle et profonde : pic touche , mobilisation articulaire

Motricité : commande volontaire, pas de notion de résistance, mouvement possible avec ou contre pesanteur , syncinésie (d'imitation , d'effort)

Tonus : échelle de spasticité Held et Tardieu

Fonctionnel : MS : (main bouche/main tête/toilette/habillage/AVQ/préhension) / transferts retournements / équilibre / marche / boiterie / aides techniques / périmètre de marche

Projet du patient

### *Du Mardi 13/05 au vendredi 17/05 : cas clinique AVC*

M B. a eu un AVC ischémique il y a 10 jours ayant entraîné une hémiplégie gauche. Droitier, taximan , tabagique , 5 enfants dont le dernier à charge, habite au 2<sup>ème</sup> étage hémi négligent flasque sauf TS : trépidation v3

Douleur : transfert, toilette, douleur articulaire, sensation d'étau au niveau du mollet (signes de phlébite négatifs), douleur neuro

Cutané trophique : amyotrophie côté hémiplégique (gauche), rougeur talon gauche

Morphostatique : tête tournée vers la droite, MSG le long du corps, attitude en RE de hanche

Articulaire : RAS, pas de diastasis

Sensitif : hémi anesthésie superficielle (ne sent que la piqûre) et profonde

(Rappel : tests de sensibilité)

Motricité : aucune motricité volontaire / spasticité : trépidation a v3 / 0° du TS / hypotonie des autres muscles

Apprentissage des transferts, comment guider le patient ( inspiration Bobath)

Fonctionnel : ébauche ½ tour côté droit / tient assis pieds au sol et appui du MS sain sur la table / toilette habillage impossible sans aide / nourriture hâchée

Projet du patient : être comme avant

Diagnostic kiné :

*Déficiences* : douloureuse, motrice, sensitive, des fonctions supérieures (héminégligence), trophique, sphinctérienne.

*Incapacités* : retournement, transferts, station assise sans appui, incapacité de prise en charge de l'hémicorps gauche, station debout, marche, AVQ...incontinence urinaire et fécale

*Désavantages* : économique+++ et social

**Principes : respect des axes et amplitudes physiologiques / pas de résistance / respect fatigabilité du patient / prévention algodystrophie / protection épaule / rester proche du malade (risque de chute+++)**

Objectifs :

Maintien de l'intégrité cutanée, accompagner l'éveil moteur, entretien articulaire, autonomisation au lit, prise en charge côté hémiplégique, amélioration de l'équilibre assis, autonomisation dans les transferts couché assis, diminuer les douleurs, corriger l'attitude en RE de hanche, accompagner la récupération sensitive

Moyens : mobilisation passive (en respectant les principes), surveillance des points d'appui, apprentissage des transferts, apprentissage des auto mobilisations, travail de l'équilibre assis, vérifier régulièrement l'éveil de la motricité dans les mobilisations, et vérifier également l'apparition de la sensibilité par des tests réguliers, stimuler les afférences sensibles, verticalisation, bras en écharpe pour tous les transferts.

### Rééducation par objectifs :

Maintien de l'intégrité cutanée : décharge des points d'appui où les rougeurs apparaissent, appliquer un corps gras, installation au lit (de 3/4), amélioration des retournements, (attention au MS)

Entretien articulaire : mobilisations douces lentes physiologiques, automobilisations, conseils, écharpe

Prise en charge côté hémiplégique (lutte contre l'héminégligence) : installation de la chambre, conseils à la famille : faire au maximum les stimulations auditives , visuelles du côté gauche (se placer à gauche du patient pour lui parler)

Autonomisation au lit : apprentissage des retournements et des transferts, ponté bustal, conseils à la famille, passage couché assis.

Amélioration de l'équilibre assis : W équilibre assis

*Comment travailler l'équilibre assis , les différents types de déséquilibres (intrinsèques et extrinsèques) des plus faciles à contrer aux plus difficiles (diminution des points d'appui, petites poussées lentes, rapides, averties, non averties...)*

Accompagner l'éveil moteur : demander toujours au patient d'aider au mouvement dans les mobilisations, et fonction de la motricité, diminuer l'aide.

Diminuer les douleurs : prévention algo++, éviter les massages qui peuvent augmenter la spasticité.

Accompagner la récupération sensitive : stimulations sensibles

En pratique : chacun est tantôt patient tantôt kiné : mobilisations et automobilisations / réhaussement / ponté bustal / translations / retournements / transferts couché assis / équilibre assis (déséquilibres intrinsèques et extrinsèques) / transferts assis couché / installation au lit et installation de la pièce.

Attention : douceur et respect de la fatigue, !!!risque de chute !!!

### *Le 21 mai 2008 : rappels*

Rappels MI : anatomie, action renforcement étirement

Cas clinique

### *Le 22 mai 2008*

Révision MI suite cas clinique lombalgique (rappels : étoile de maigne, schirado, sorensen, tests d'hypoextensibilité...)

### *Le 23 mai 2008*

Suite cas cliniques lombalgiques : diagnostic, principes, objectifs, moyens , rééducation

### *Le 26 mai 2008 : révision MS :*

anatomie, action, renforcements, étirements

## *Le 3 juin 2008 : études des différentes contractions musculaires, le testing musculaire*

contractions statiques / excentriques / concentriques (exemples biceps brachial, quadriceps, ischio jambiers)

notion de pesanteur

testing musculaire : cotation de 0 à 5 : exemple quadriceps, IJ, biceps, triceps brachial

## *Le 4 juin 2008 : rappels lombalgie*

### **Nos contacts :**

#### *Contacts de Biagne et de l'hôpital*

Blaise Netong : il s'agit de notre principal contact de l'association Biagne. Ancien chauffeur de l'association, il nous a permis de visiter de nombreux sites du Cameroun. C'est une personne de confiance. Il nous a emmené à Bamenda, Bafut, Limbe, les chutes de la Metche et Dchang

Samuel Mfossa : c'est le chef du personnel de l'hôpital. Il est le numéro 2 de l'hôpital. Son autorisation est nécessaire pour la plupart des suggestions que l'on peut apporter. Il est toujours disponible, à notre écoute. Il est toujours enclin à nous faire visiter son village d'origine. Il nous a amené à Foumban, au mont Badpit et à Koupa. Ses enfants Viviane et Olivier nous ont rendu de nombreuses visites.

Dr Lazare Kuate : c'est le médecin chef de l'hôpital (le numéro 1 à qui revient toutes les décisions). Nous devons nous référer à lui pour toute initiative de notre part, que ce soit en rapport avec la mission ou à nos sorties hors de l'hôpital.

Virginie Kuate : il s'agit de la femme du médecin chef. Elle nous préparait le repas tous les midis. Nous devons lui faire part de nos excursions dans le cas où nous n'avions pas pu contacter son époux. Elle nous emmenait de temps en temps en ville notamment au cabaret.

Jean-Daniel : il s'agit de l'homme chargé de la maison Biagne. Il nous faisait nos courses, s'occupait de faire le ménage, le petit déjeuner...

Jean-Marie : c'est le chauffeur de l'hôpital. Avec l'autorisation du Dr Kuate, il nous conduisait où on voulait tant que ce n'était pas trop loin de l'hôpital.

Nicanor : c'est le financier de l'hôpital. On pouvait échanger de l'argent auprès de lui. On pouvait lui confier n'importe quel problème, même s'il paraît un peu froid au premier abord. On peut lui faire confiance.

Eric et Ipo : 2 jeunes étudiants en médecine pleins de rêves, notamment de créer un centre de formation de masseurs kinésithérapeutes au Cameroun.

Dr Nadine et Dr Achille : 2 médecins de l'hôpital. Il nous envoyait régulièrement des patients en rééducation.

Les stagiaires : Félicité, Rosalie, Jacques et Luc

## *Contacts hors Biagne*

Thierry : toujours enclin à nous faire découvrir son pays et ses musiques

Krisline : notre grande soeur qui s'occupait de nous. Elle nous accompagnait dès qu'elle savait qu'on partait en ville pour ne pas nous laisser seules, pour s'assurer qu'il ne nous arrivait rien. Elle nous a fait découvrir des plats typiquement camerounais. Elle venait nous voir dès qu'elle avait un moment.

## *Organismes*

Orphelinat de M'Bouo : situé à moins d'un kilomètre de l'hôpital

Centre de Baham : dirigé par Zaccharie.

## **La vie dans la maison**

Tout d'abord, la maison est située au sein de l'hôpital, il faut même pas 5 minutes à pied pour aller au service de rééducation. Les deux villes les plus proches sont Bafoussam et Bandjoun. Pour y aller, il suffit de prendre le taxi. Par exemple, pour aller à la chefferie de Bafoussam, il fallait préciser au chauffeur qu'on ne lui donnait que 200 FCFA chacun.

Pour les sanitaires, la maison est équipée de 3 salles de bains comprenant chacune un WC (pendant notre mission, une d'elles n'était pas encore fonctionnelle). De plus, il y a une machine à laver le linge. Pour le faire sécher, il y a plusieurs options. La première, c'est de l'étendre sur les fils sur le balcon, mais cela nous oblige à repasser le linge après pour tuer les éventuelles larves qui se seraient incrustées. La deuxième est de trouver des astuces pour l'étendre à l'intérieur.

La cuisine est bien équipée. Elle comporte une gazinière et un four à gaz (très pratique dans les cas de coupure de courant), un frigidaire, un évier et du matériel de cuisine (assiettes, poêles...).

Pour le côté pratique, nous n'avions qu'une seule clé de porte d'entrée pour nous tous. Nous n'étions que trois, et toujours ensemble, donc cela ne nous a pas posé de problèmes. Mais la maison peut loger jusqu'à 10 personnes, nous imaginons facilement les difficultés que ça peut engendrer. C'est pour cela que l'association souhaite changer la serrure. Deux des quatre chambres fermaient à clé, il fallait donc enfermer nos affaires de valeur dans celles-ci. Il y a des prises de courant un peu partout dans la maison.

Pour ce qui est de la nourriture, Mme Kuate nous préparait gracieusement un repas par jour. Souvent, il en restait assez pour le dîner. Pour le petit déjeuner, nous devions acheter ce qu'il fallait. Jean-Daniel était chargé par l'hôpital éventuellement de faire nos courses alimentaires et de nous préparer le petit déjeuner. Il faut juste préciser que les matins où il pleuvait, il ne fallait pas l'attendre, donc en saison des pluies, il vaut mieux prévoir ce qu'il faut la veille. En effet, Jean-Daniel a un certain âge et est rongé par le diabète et l'arthrose, il faut donc le préserver.



## Les sorties :

Pour aller faire les courses alimentaires, le plus pratique est d'aller à Bafoussam en taxi, soit dans un magasin, soit directement au marché qui est ouvert tous les jours. Au marché, ne pas hésiter à marchander!!! Par contre, pour les courses d'objets d'art, il faut aller plus loin : Foumban, Bamenda... Dans le cas de recherche de dernière minute, il y a tout de même la possibilité d'aller à la maison de l'artisanat à Bafoussam.

Nous avons accès à internet grâce au cyber à Bafoussam. Cela devait revenir à 400FCFA l'heure, autant dire une brouille.

Pour envoyer les cartes postales, la poste de Bafoussam s'en charge, il suffit de compter environ un mois pour que les destinataires les reçoivent.

Pour les soirées, il y a plusieurs options : le cabaret, il suffit de demander à Virginie de nous y emmener ; les boîtes de nuits... Mais, la nuit, mieux vaut être accompagné.

Pour le tourisme, on a l'embaras du choix, tout dépend de la distance qu'on est prêt à parcourir. A proximité, on peut visiter Bafoussam (chefferie...), Bandjoun (chefferie, musée...), les chutes de la Metche... Plus loin, on peut visiter Douala, Yaoundé, Limbe, Bamenda, Dchang... Il ne faut pas hésiter à demander soit à Jean-Marie soit à Blaise de nous accompagner (au contraire, ils s'inquiéteraient de nous savoir seuls à l'aventure).