

**(5). Échelle d'Orgogozo : Échelle neurologique pour infarctus Sylvien (Orgogozo score)**

**Réf :** Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : aspects paramédicaux.* Paris : ANAES ; 2002.

**D'après :** Orgogozo JM, Dartigues JF. Clinical trials in brain infarction. The question of assessment criteria. *In :* Battistini N. Acute brain ischemia. Medical and surgical therapy. New\_York : Raven Press ; 1986. p. 201-8.

Vigilance	Normale – Éveil spontané = 15 Obnubilée – Éveil possible = 10 Stuporeuse – Réaction à la douleur = 5 Coma – Pas de réaction globale = 0
Communication verbale	Normale – Non limitée = 10 Difficile – Informative = 5 Sévèrement limitée ou impossible – Mutisme = 0
Déviaton tête et yeux	Aucune anomalie = 10 Parésie ou négligence unilatérale = 5 Impossibilité à franchir la ligne médiane – Déviation tonique = 0
Mouvements de la face	Normaux ou minime asymétrie = 5 Paralysie ou parésie marquée = 0
Élévation du membre supérieur	Possible – Même transitoirement = 10 Ne dépasse pas l'horizontale = 5 Ébauche de soulèvement au moins = 0
Mouvements de la main	Normaux – Mouvements fins possibles = 15 Mouvements fins limités = 10 Préhension utile possible = 5 Préhension impossible (même si mobile) = 0
Tonus du membre supérieur	Normal (même si réflexe vif) = 5 Flaccidité ou spasticité = 0
Élévation du membre inférieur	Normale = 15 Possible contre résistance = 10 Possible contre pesanteur = 5 Ébauche de soulèvement ou moins = 0
Dorsiflexion du pied	Possible contre résistance = 10 Possible contre pesanteur = 5 Ébauche de soulèvement ou moins – Chute du pied = 0
Tonus du membre inférieur	Ébauche = 5 Flaccidité ou spasticité = 0
Total :	

**(2) Échelle d'Ashworth modifiée (2 échelles modifiées existent)**

**Réf :** Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther* 1987 ; 67 (2) : 206-7.

Échelle clinique ordinale la plus utilisée aussi bien dans la pratique clinique que dans les publications scientifiques.

0 : pas d'augmentation du tonus musculaire

1 : une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minimale à la fin du mouvement

1+ : une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minimale perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire

2 : une augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement

3 : une augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile

4 : l'articulation concernée est fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction)

**Réf :** Marque P, Maupas E, Boitard D, Roques CF. *Evaluation clinique, analytique et fonctionnelle*. In : *La spasticité*. Paris : Masson ; 2001 p. 33-41.

Échelle clinique ordinale la plus utilisée aussi bien dans la pratique clinique que dans les publications scientifiques.

0 : pas d'augmentation du tonus musculaire

1 : une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minimale à la fin du mouvement

2 : une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minimale perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire

3 : une augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement

4 : une augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile

5 : l'articulation concernée est fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction)