

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

ENQUÊTE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVC
AUPRÈS DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
EN EXERCICE LIBÉRAL À NANCY

Mémoire présenté par Pierre-François BADOUD
étudiant en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de Masseur-kinésithérapeute.
2011-2012.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Claudie CHAUVIERE et Monsieur Christian CHAUVIN qui m'ont aidé et encouragé dans la réalisation de ce mémoire, ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes de Nancy qui ont participé à cette enquête.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS ET PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS AVC.....	2
2.1. État des lieux et objectifs	2
2.2. Les filières de soins.....	3
2.2.1. La phase pré-hospitalière	3
2.2.2. La phase aiguë.....	4
2.2.3. La phase subaigüe	4
2.2.4. La phase séquellaire	6
3. LES NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA RÉÉDUCATION NEUROLOGIQUE.....	7
4. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	10
5. MATÉRIEL ET MÉTHODE	11
5.1. Choix de la population	11
5.2. Conditions de réalisation de l'enquête	12
5.3. Présentation du questionnaire	13
6. ANALYSE DES RÉSULTATS À PARTIR DU TRAITEMENT STATISTIQUE.....	14
7. DISCUSSION	25
8. CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

RÉSUMÉ

Contexte : l'AVC est la première cause de handicap acquis et non traumatique en France. La prise en charge des patients doit être organisée et spécialisée par le biais des filières de soins. Dans la littérature, nous retrouvons de nombreux travaux sur la prise en charge des patients AVC en Unité Neuro Vasculaire (UNV) ou en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mais peu d'études intéressent la pratique en cabinet libéral.

Objectifs : faire un état des lieux de la prise en charge des patients AVC en cabinet libéral à Nancy. Identifier l'organisation et le suivi rééducatif proposés ainsi que les techniques utilisées. Soumettre au vue de cette enquête des propositions dans le but d'enrichir la qualité de la prise en charge.

Méthode : élaboration d'un questionnaire destiné aux masseurs-kinésithérapeutes de Nancy afin de répondre à cette problématique.

Résultats : sur 86 masseurs-kinésithérapeutes exerçant sur Nancy, 42 ont répondu au questionnaire. Les conclusions de l'enquête présentent certains aspects de la prise en charge concernant les conditions d'accueil, les pratiques proposées et révèlent l'intérêt des professionnels à approfondir leurs connaissances en neurologie centrale.

Conclusion : pour améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des patients AVC en secteur libéral, l'ARS de Lorraine souhaite identifier les acteurs de soins et améliorer l'organisation des filières en neurologie. Les kinésithérapeutes du secteur libéral ont un rôle important à jouer à chaque étape du parcours de soin du patient et une réactualisation régulière de leurs connaissances en neurologie serait un atout pour une prise en charge spécialisée.

Mots-clés : AVC, cabinet libéral, filière, rééducation, enquête.

Keyword: Stroke, home-based, rehabilitation, outpatient, physical therapy.

1. INTRODUCTION

L'AVC reste la 1^{ère} cause de handicap physique et mental en France, (1) sa reconnaissance comme une pathologie chronique le fait apparaître sur la liste des affections longues durées (ALD). (2) La prise en charge des patients victimes d'AVC est spécialisée, souvent longue et demande de moyens humains importants.

La littérature concernant l'hémiplégie vasculaire est très riche et l'objectif principal est d'améliorer les traitements rééducatifs et de les adapter aux besoins spécifiques des patients. Ces études s'intéressent surtout à la phase aiguë dans les Unités Neuro-Vasculaires (UNV), à la phase subaiguë et chronique au sein des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en hospitalisation de jour. Cependant, il est très difficile de trouver, dans la littérature, des travaux sur la rééducation des patients AVC en cabinet libéral. Le patient n'a pas récupéré à sa sortie de l'UNV ou du SSR toutes ses capacités motrices et fonctionnelles. La rééducation se poursuit souvent encore des années en cabinet libéral. Les Bilans Diagnostiques Kinésithérapiques (BDK) spécifiques, évaluent les déficiences et besoins du patient, le thérapeute choisissant les techniques appropriées. Il participe au maintien de son autonomie à domicile et sa présence auprès des familles limite souvent une éventuelle réhospitalisation. (3) L'implication du masseur-kinésithérapeute dans le suivi du maintien de performances acquises antérieurement en fait un acteur principal dans la vie post AVC du patient.

Les rappels sur les objectifs du gouvernement concernant la prise en charge de l'AVC, montrent l'importance de ces enjeux, le but étant de comprendre le parcours du patient, de

l'accident vasculaire jusqu'à la phase chronique, en essayant d'identifier la notion de « filière de soins ».

Pour éclairer de façon plus objective, la participation des masseurs-kinésithérapeutes travaillant en secteur libéral à Nancy, une enquête a été proposée afin de mieux comprendre l'organisation de ces professionnels de santé.

2. OBJECTIFS ET PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS AVC

2.1. Etat des lieux et objectifs

L'AVC est la première cause de handicap acquis et non traumatique, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité en France. (1) Rappelons que le terme de handicap pour la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) (4) est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il révèle les particularités des interactions du sujet présentant des déficiences et des incapacités, confrontées à ses habitudes de vie et aux facteurs environnementaux.

En 2009, un rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à été demandé par Madame Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports. Elle a souhaité que « la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux soit une thématique nationale pour les années 2010 à 2014 » et a précisé que « l'organisation des **filières AVC** dans chaque territoire de santé, permettant une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux AVC, est un défi pour les futures ARS et sera un indicateur de leur fonctionnement. »

Selon les chiffres du SAMU 54, de Mai 2009 à Mai 2010, 386 AVC ont été recensés en Meurthe et Moselle. (5)

L'accompagnement des patients AVC, à chaque étape de la prise en charge, mobilise d'importantes ressources humaines et financières. (6) Nous retrouvons des équipes spécialisées en UNV pour la phase aiguë, en SSR pour la phase subaiguë et en soins ambulatoires pour la phase chronique. Lorsque le retour est envisagé, l'accompagnement se poursuit à domicile avec les familles. Il y a également pour compenser le handicap, diverses allocations et prestations. En Meurthe-et-Moselle, fin décembre 2010, 9265 personnes perçoivent l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), 3139 personnes perçoivent la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). (7)

2.2. Les filières de soins

En juillet 2011, la Société Française et la Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER et FEDMER) proposent dans les suites de l'AVC, en fonction de la gravité du tableau clinique et des différentes phases de la prise en charge, un parcours de soins par des filières spécifiques et coordonnées. (8)

2.2.1. La phase pré-hospitalière

L'AVC est une urgence médicale, et les différents acteurs intervenant dans le domaine de l'éducation pour la santé doivent initier la population à reconnaître les premiers signes cliniques et à appeler le 15, numéro des urgences, pour une prise en charge la plus rapide

possible. Leur rôle est important dans la prévention des complications des accidents vasculaires cérébraux. (1)

2.2.2. La phase aigüe

L'accueil et l'hospitalisation en UNV regroupent une équipe multidisciplinaire médicale et paramédicale dédiée à la prise en charge des AVC. (9)

Malgré l'efficacité de l'accompagnement du patient dès les premiers signes cliniques et les visualisations des lésions par les explorations fonctionnelles (Radiographie, Scanner, IRM), il est difficile d'évaluer la récupération motrice future car elle dépend en priorité de la nature et de l'importance du déficit initial. (10)

Tant que l'état du patient n'est pas stabilisé, il est suivi au sein de l'UNV.

2.2.3. La phase subaigüe

Cette étape fait suite à la phase hospitalière en UNV et en fonction de la gravité des lésions et des déficiences, la SOFMER évoque plusieurs orientations : (8)

- a) un retour précoce du patient au domicile, avec rééducation en secteur libéral. La durée moyenne de la rééducation observée est de 1 à 3 mois. Elle est suivie le plus souvent d'une consultation en centre de Médecine Physique et Réadaptation (MPR). Au terme de cette prise en charge, un suivi rééducatif en secteur libéral est proposé.

- b) une rééducation en hôpital de jour en centre de MPR évalué en moyenne à 1 mois suivie d'une prise en charge en libéral de 2 à 6 mois environ. Le médecin traitant prend ensuite le relais et assure le suivi.

- c) une hospitalisation complète en SSR avec prise en charge par une équipe multidisciplinaire et mettant à disposition un plateau technique de rééducation et réadaptation spécialisées. La durée moyenne du séjour est d'environ 4 mois. Le retour à domicile est souvent envisagé avec un suivi en hôpital de jour entre 2 et 4 séances par semaine dans le but d'améliorer les performances. Le cadre de vie est pris en considération et si besoin, une adaptation de l'habitat est proposée. Au terme de cette prise en charge, le relais est pris par le médecin traitant qui prescrira des séances de rééducation en milieu libéral.

- d) si d'importantes déficiences persistent et si l'état de dépendance ne permet pas une autonomie pour les activités de la vie quotidienne avec un retour à domicile dans le cadre de vie antérieure, l'orientation est faite en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ou dans des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Le retour à domicile est par la suite envisagé avec l'aide des Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH), des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ou d'Hospitalisation à Domicile (HAD).

2.2.4. La phase séquellaire

Cette phase se situe à distance de l'AVC. En effet, au-delà de 6 mois, après la rééducation intensive en SSR et les programmes de rééducation proposés par les équipes médico-techniques, il subsiste souvent après l'accident des séquelles. Elles concernent chez 50 à 75% des patients, des déficits du membre supérieur, pour 54% des incapacités à la déambulation sans aides techniques, pour 60% une dépendance à l'habillage, pour 35% une dépendance à l'alimentation et 50% à la continence. (1) A noter que 30 à 40% des AVC récidivent dans les 5 ans.

En France, 9 millions de personnes sont déclarées en Affection Longue Durée (ALD) par le régime général de l'assurance maladie. (11) Les maladies chroniques conduisant à l'ALD peuvent avoir des conséquences sociales pouvant aller jusqu'à l'exclusion ou l'isolement.

Bien qu'à cette phase, les progrès réalisés soient moins importants qu'en phase subaigüe, la continuité des soins en fonction des attentes et des possibilités des patients doit être poursuivie. Même si la prise en charge à domicile n'améliore pas significativement les critères de dépendance, elle limite néanmoins la réhospitalisation et l'institutionnalisation. Confirmant les bienfaits d'une rééducation tardive, Wade DT (12) montre, par une étude randomisée, qu'à plus de 2 ans de l'AVC, une amélioration significative de la vitesse de marche est observée. Toutefois il ne retrouve pas de pérennisation des acquis à l'arrêt du traitement.

3. LES NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA RÉÉDUCATION NEUROLOGIQUE

Ces dernières années, la rééducation se construit autour de connaissances permettant de mieux comprendre les mécanismes de plasticité du système nerveux central. (13) Ils combinent deux principes : la réorganisation et l'adaptation post lésionnelle du système nerveux central. Elle propose des situations d'exercices spécifiques des membres hémiparétiques vers des approches plus fonctionnelles, orientées vers des tâches de la vie quotidienne. Les différentes approches rééducatives présentées ne se substituent pas à la rééducation conventionnelle mais permettent d'enrichir la pratique des professionnels. Ces récentes techniques ont la particularité de pouvoir être pratiquées aussi bien en phase subaiguë qu'en phase chronique, en SSR, en cabinet libéral ou à domicile.

Pour rappel, de nouvelles approches ont été développées plus particulièrement ces 15 dernières années :

- La thérapie par la contrainte (Constraint induced therapy) : (14)

Lors de tableau de sous-utilisation motrice, cette approche consiste à stimuler l'utilisation du membre parétique négligé par des programmes d'exercices intensifs et répétitifs afin de favoriser son intégration dans les activités de la vie quotidienne. Associé à ce surentraînement, un système de contrainte par écharpe/contre-écharpe exclut toute participation du membre supérieur sain. Les patients doivent avoir un minimum de fonction du membre supérieur lésé, (15) principalement en distal car la contrainte est gardée 90% du temps d'éveil. Ils doivent donc être capables de réaliser les différentes tâches du quotidien. Ils

ne doivent pas présenter de troubles cognitifs majeurs pour comprendre le but de cette méthode et donner leur consentement pour les 15 jours d'entraînement spécifique imposés.

- Thérapie par le miroir (Mirror therapy) :

Proposé en 1999 par Ramachandran dans le cadre de la prise en charge du syndrome douloureux chez les amputés, ces travaux ont été repris par Altschuler pour les patients hémiplésiques. (16) L'utilisation du miroir peut être proposée dans les suites immédiates de l'AVC. L'intérêt est, à partir de l'image mentale motrice du mouvement suggéré par le reflet du membre supérieur dans le miroir, d'aider à la réorganisation et la reconstruction des mouvements du côté lésé. Lorsque le patient bouge sa main saine, il voit une image du mouvement réfléchi par le miroir, créant ainsi l'illusion d'une activité du membre lésé. L'entraînement est proposé 30 minutes par jour pendant 15 jours minimum.

Stevens montre dans une étude de cas, que les effets apportés par la thérapie miroir en phase séquellaire de l'AVC sont plus stables et positifs que pour un patient dont l'AVC est plus récent. (17)

- Ateliers / rééducation en groupe (circuit class therapy) : (18)

L'objectif est d'associer, en groupe, les répétitions et la réalisation d'activités proches de la vie quotidienne afin d'améliorer la fonction. Pour cela, plusieurs ateliers sont proposés au patient pour une durée de 5 à 10 minutes par atelier. La durée totale de la séance est de 60 à 90 minutes. Certains ateliers proposent de terminer la séance par des exercices de « compétitions » en équipe pour motiver les patients.

- La stimulation électrique fonctionnelle : (19)

Le principe consiste à assister la contraction musculaire et aider à la réalisation du mouvement. La stimulation électrique fonctionnelle (SEF) est réalisée en même temps que l'exécution d'une tâche ou d'un geste précis. Elle peut être déclenchée manuellement par le thérapeute ou le patient lui-même ou suivre des modalités automatiques. Les électrodes sont placées directement sur le point moteur d'un muscle ou sur un trajet nerveux. Son utilisation peut être proposée aussi bien pour améliorer le schéma de la marche que pour utiliser de façon plus fonctionnelle le membre supérieur. (20)

Malgré des difficultés à l'évaluer l'efficacité de ces techniques innovantes de rééducation par rapport aux techniques conventionnelles, des bénéfices en lien avec la récupération spontanée, la qualité de l'environnement sociofamilial ou le savoir faire du thérapeute sont observés.

4. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Notre travail a débuté par une consultation des bases de données de recommandations de l'HAS, SOFMER, PubMed, Santé.gouv, et Google. Nous nous sommes ensuite rendus au centre de documentation Réédoc au CMPR Louis PIERQUIN et à la faculté de pharmacie pour interroger le Service Commun de Documentation. Enfin nous avons consulté différents sites : celui du conseil national et régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que France AVC.

Mots clés utilisés : accidents vasculaires cérébral, hémiplegie, cabinet libéral, réseaux, filière, enquête.

Keyword : stroke, physical therapy, home-based, private practice, outpatient, rehabilitation.

5. MATÉRIEL ET MÉTHODE

5.1. Choix de la population

La population des professionnels choisie pour cette enquête est l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral à Nancy. Ce secteur géographique défini a permis de collecter un maximum d'informations sur la prise en charge des patients victimes d'AVC en milieu libéral.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu dans le choix des masseurs-kinésithérapeutes susceptibles de répondre au questionnaire.

La liste des masseurs-kinésithérapeutes participant à l'enquête a été obtenue par l'intermédiaire de l'annuaire des pages jaunes. Nous avons recensés ainsi 91 noms, adresses et numéros de téléphone.

A la lecture de ce listing, certains masseurs-kinésithérapeutes apparaissent plusieurs fois, soit seul, soit avec leurs collaborateurs, ce qui réduit la liste à 86 fichiers.

Entre 2009 et 2010, 590 AVC ont été pris en charge par le SAMU de la région Lorraine. Il serait intéressant de pouvoir étendre cette enquête sur l'ensemble de la région pour une meilleure représentation des faits.

5.2. Conditions de réalisation de l'enquête

La durée de l'enquête s'étend sur une période d'un mois et demi de novembre à mi-décembre 2011. Le choix ayant été fait de transmettre en main propre le questionnaire à chaque masseur-kinésithérapeute, seul les professionnels présents à leur cabinet lors de la présentation initiale ont pu être informés de l'enquête et s'engager à répondre au questionnaire.

Pour être assuré d'obtenir un grand nombre de réponses, le choix a été fait de rencontrer individuellement chaque thérapeute. Dans cette démarche l'envoi par courrier ou une diffusion sur internet nous a semblé plus aléatoire. Cette solution a aussi été adoptée suite au refus du Conseil Départemental de l'Ordre (CDO) de transmettre le questionnaire via leur base de données.

Les objectifs de cette enquête ont été présentés verbalement et énoncés par un courrier remis avec le questionnaire. Selon la disponibilité des masseurs-kinésithérapeutes, un délai de 7 à 15 jours a été accordé pour répondre aux questions.

Au total, 42 kinésithérapeutes sur 86, ont reçu le questionnaire.

44 kinésithérapeutes n'ont pas participé à l'enquête pour des raisons diverses :

- n'ont jamais de suivi de patients AVC
- sont spécialisés uniquement en ostéopathie, en uro-gynécologie, en fasciathérapie....
- étaient absents durant la durée de l'enquête
- n'exercent plus à l'adresse indiquée

5.3. Présentation du questionnaire

Voir annexe

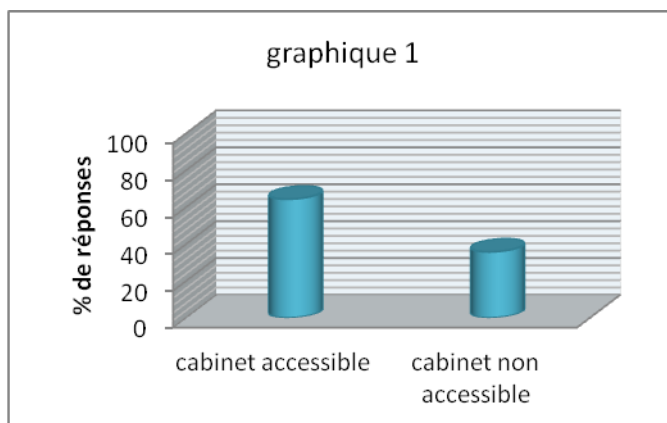
6. ANALYSE DES RÉSULTATS À PARTIR DU TRAITEMENT STATISTIQUE

Sur les 42 questionnaires distribués, il y a eu 42 réponses, ce qui représente 100% de réponses pour les participants et 49 % de la population initiale des kinésithérapeutes.

L'ensemble des questions composant le questionnaire a été élaboré de façon à mettre en évidence les pratiques, les moyens, les conditions d'accueils des patients AVC en cabinet libéral ce qui va permettre de comprendre comment ce déroule l'organisation de la prise en charge.

Question 1

Votre cabinet est-il accessible à une patientèle se déplaçant en fauteuil roulant ?

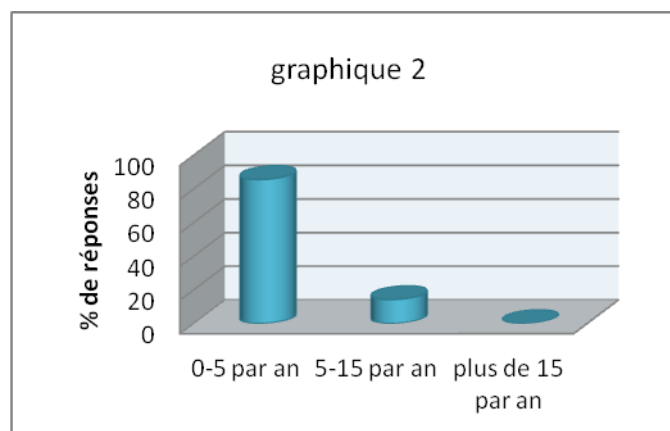


Le graphique 1 met en évidence, un manque encore important d'accessibilité des cabinets professionnels (30%) pour des patients se déplaçant en fauteuil roulant. Suite à la loi du 11 février 2005, un courrier du président du Conseil National de l'Ordre, (21) les nouvelles constructions et les créations de cabinet doivent être aux normes depuis le 1^{er} janvier 2011. Les cabinets existants devront l'être pour le 1^{er} janvier 2015.

Question 2

Prenez-vous en charge des patients AVC ?

- **0-5 par an**
- **5-15 par an**
- **Plus de 15 par an**

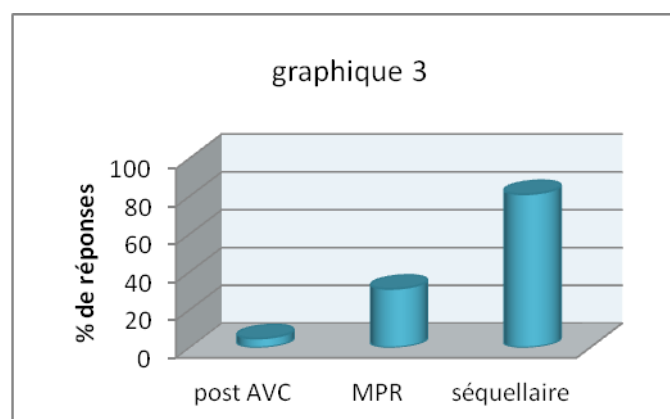


Le graphique 2 montre, que parmi les kinésithérapeutes interrogés, 80% d'entre eux, prennent en charge moins de 5 patients hémiplegiques par an. D'autres professionnels ont une patientèle plus importante. Il est intéressant de savoir si les kinésithérapeutes qui ont le plus de patients AVC possèdent des compétences particulières ou ont suivi des formations spécialisées.

Question 3

A quel moment les prenez-vous en charge le plus souvent?

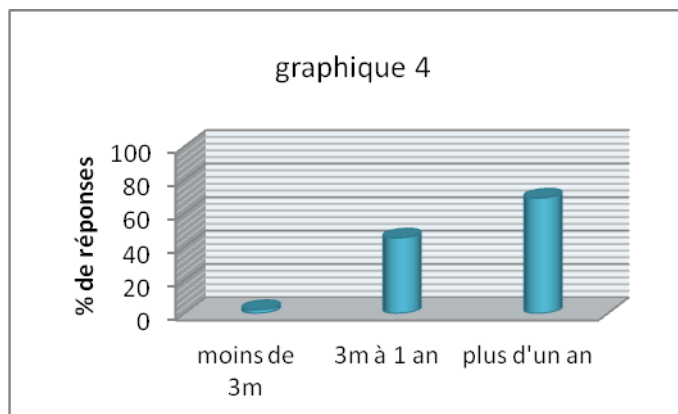
- **Post AVC immédiat**
- **A la sortie d'un service de MPR**
- **En phase séquellaire**



Question 4

Quelle est, en moyenne,
la durée de la prise en charge?

- Moins de 3 mois
- Entre 3 mois et 1 an
- Plus de 1 an



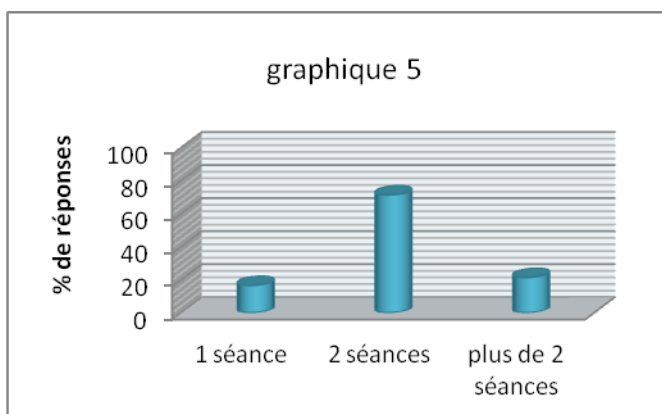
Les graphiques 3 et 4 mettent en évidence une prise en charge plutôt à distance de l'AVC à la sortie du SSR et en phase séquelleira, ce qui confirme l'intérêt d'une rééducation à long terme.

48% de la durée des prises en charge reste cependant inférieure ou égale à 1 an.

Question 5

Avec combien de séances /
semaine ?

- Une séance
- 2 séances
- Plus de 2 séances

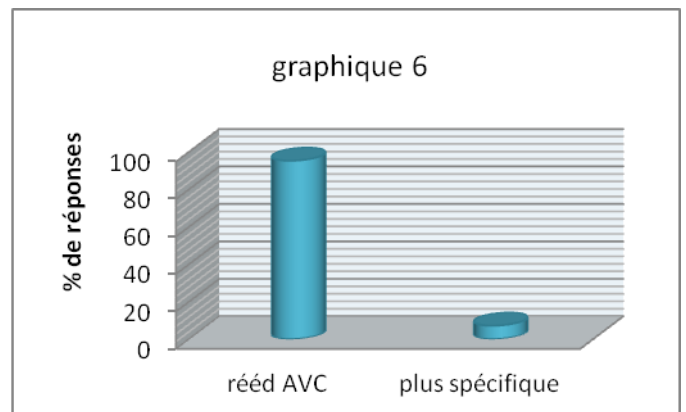


Pour 70% des réponses, la fréquence de prise en charge est de 2 séances par semaine. Seulement 16.6% ont 1 séance par semaine et 21% ont plus de 2 séances par semaine. Il est intéressant de savoir ce qui est proposé aux patients n'ayant qu'une séance par semaine.

Question 6

La prescription médicale est le plus souvent de type ?

- **Générale : rééducation post-AVC**
- **Détaillée avec recommandations ou objectifs spécifiques**

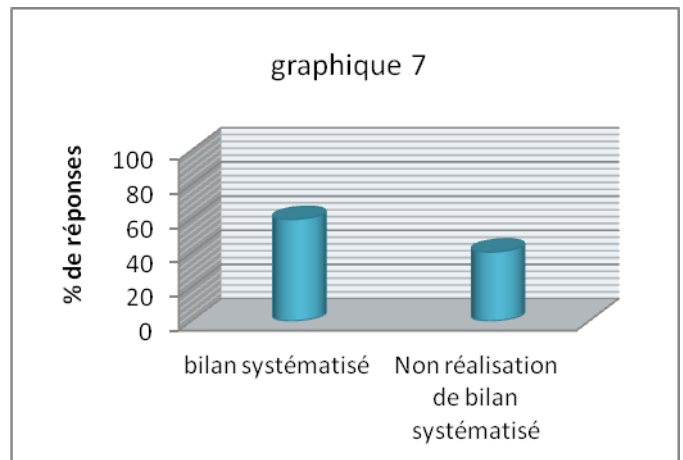


95% des prescriptions médicales sont en rapport avec l'arrêté du 22 février 2000 (22) modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 où les termes « qualitatif et quantitatif sur les prescriptions sont supprimés ». Depuis cette date, le kinésithérapeute choisi, suite à son Bilan Diagnostic Kiné (BDK) le nombre de séances nécessaires et les techniques appropriées.

Question 7

Réalisez-vous un bilan systématique

lors de votre prise en charge ?

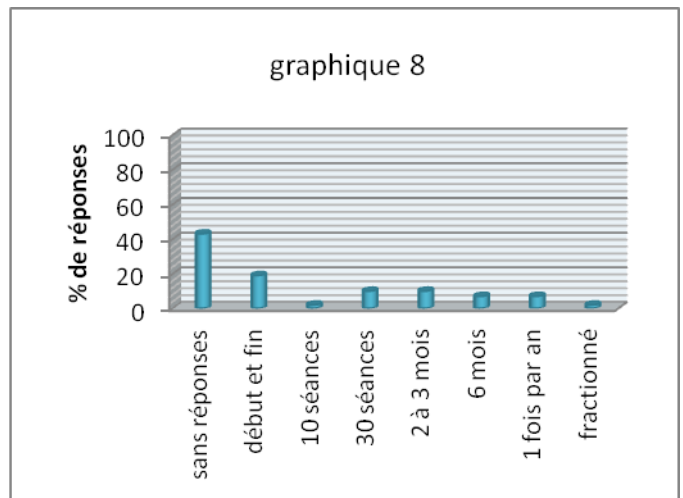


40,5% des kinésithérapeutes ne réalisent pas de bilan systématique. Pourtant les AVC constitués, en fonction du mécanisme lésionnel, induisent des tableaux cliniques très divers et chaque tableau associe de multiples déficiences interagissant entre-elles. Des bilans systématiques prédictifs sont réalisés au sein des UNV dans les 24-48 heures qui suivent les premiers gestes d'urgence. (23) Ils permettent d'évaluer les différentes déficiences et d'élaborer un pronostic fonctionnel. Ils aident ainsi à l'orientation des patients vers les unités de rééducation ou dans d'autres services de soins.

Même à distance de l'AVC, ces bilans doivent être réalisés de façon systématique. Ils utilisent des échelles d'évaluations recommandées, qui pour la plupart, permettent une reproductibilité inter et intra-examineur, optimisant la prise en charge du patient.

Question 8

A quel rythme le réalisez-vous ?



Une grande diversité de réponses apparaît dans la fréquence de réalisation des bilans :

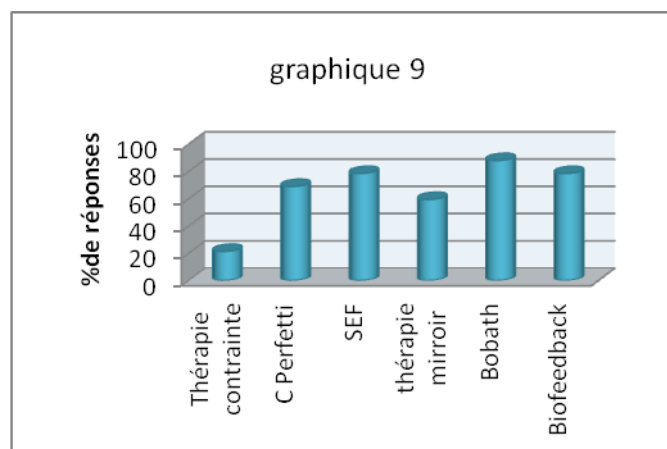
- 19% le réalise au début et à la fin de la prise en charge
- 7% tous les ans
- 43% n'ont pas souhaité répondre
- 10% toutes les 30 séances.

L'AVC est considéré comme une pathologie chronique. La fréquence de la réalisation du bilan est fonction de l'âge du patient et de l'évolution de la pathologie. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) nous demande la réalisation de Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) « pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement des affections neurologiques ».

Question 9

Avez-vous connaissance de certaines thérapies spécifiques ?

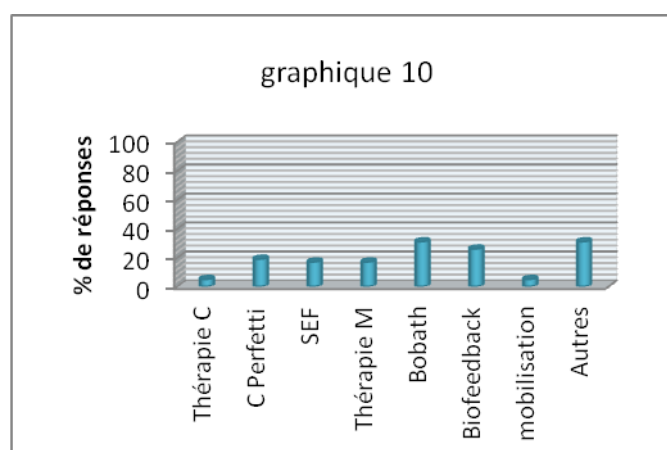
- la thérapie contrainte
- le concept de Carlo PERFETTI
- la Stimulation Électrique Fonctionnelle
- la thérapie miroir
- la technique BOBATH
- les techniques de biofeedback



Question 10

Lesquelles pratiquez-vous lorsque vous prenez en charge des patients

AVC ?



Les tableaux 9 et 10, montrent que les kinésithérapeutes semblent connaître un certain nombre de techniques spécifiques avec tout de même une prédominance pour la technique Bobath (88%), la stimulation électrique fonctionnelle (78,6%) et le biofeedback (78,6%).

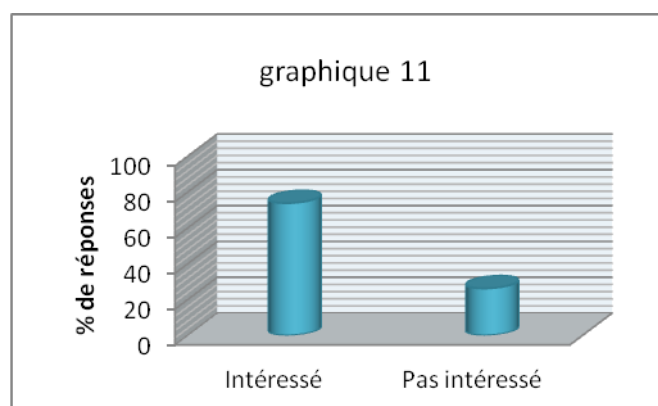
Par contre, le choix des techniques utilisées est assez limité : 31% utilisent la technique Bobath, mais 31% des kinésithérapeutes ont également choisi de ne pas répondre à cette question ou pratiquent des techniques très différentes comme les chaînes musculaires ou la fasciathérapie.

Question 11

Seriez-vous intéressé pour participer

à des journées de formations sur

les nouvelles approches rééducatives ?



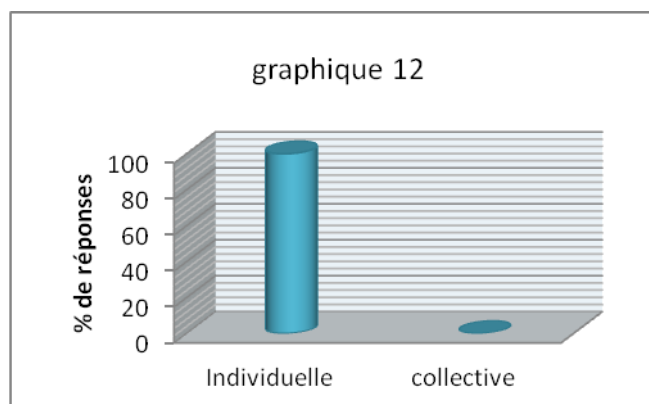
74% des kinésithérapeutes interrogés sont intéressés par des formations leur permettant d'améliorer leurs connaissances concernant les approches rééducatrices innovatrices. Cela montre l'intérêt des professionnels à vouloir approfondir leurs connaissances et améliorer la qualité de leur prise en charge.

Question 12

Concernant l'organisation

des séances ?

- les patients sont pris en charge individuellement
- vous pratiquez un regroupement collectif des patients AVC

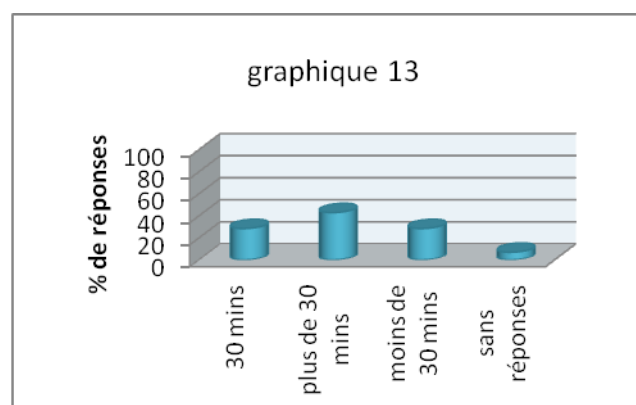


100% des séances réalisées sont exclusivement individuelles. Cela laisse peu de place aux ateliers en groupe qui ont aussi montré leur intérêt dans la rééducation des patients hémiparétiques.

Question 13

Quelle est la durée moyenne

d'une séance ?

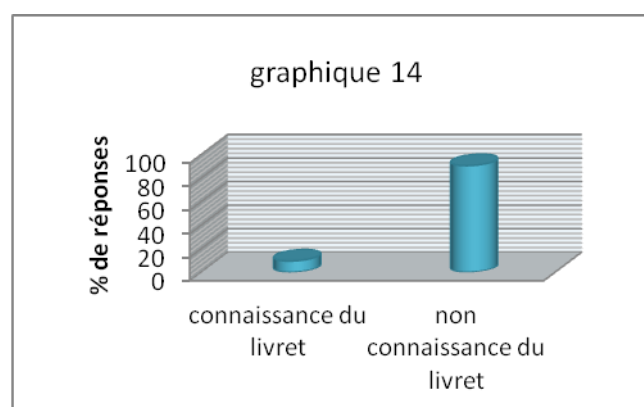


La durée moyenne d'une séance, pour 43% des réponses, est supérieure à 30 minutes. Mais pour 28,5 % des réponses, la séance est inférieure à 30 minutes.

Il serait intéressant de connaître les objectifs recherchés lorsque la séance est inférieure à 30 minutes.

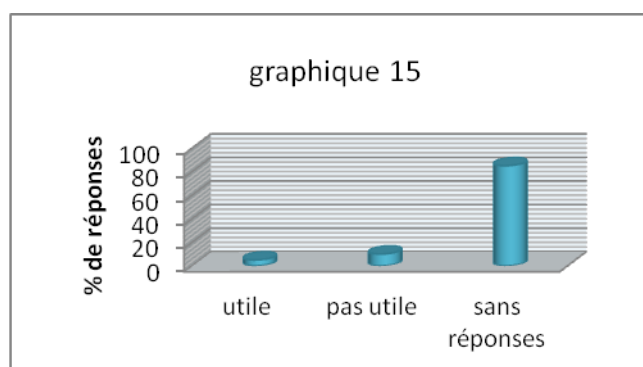
Question 14

Avez-vous connaissance du livret intitulé « Information et programmes d'exercices dans les suites d'un AVC » ?



Question 15

Si oui, est-il utile pour vous guider dans la prise en charge des patients AVC ?

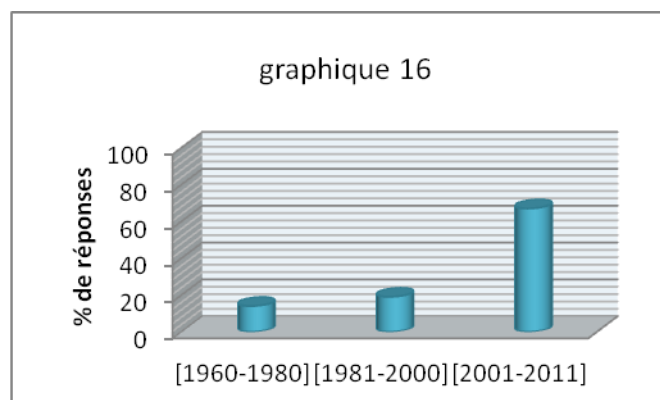


Les graphiques 14 et 15 montrent que malgré un accès libre sur France AVC et une diffusion de l'Ordremk, 90,5% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés n'ont pas

connaissance du livret guidant le patient et son entourage pour mieux comprendre la pathologie et en lui proposant des séries d'exercices qu'il pourra réaliser à domicile.

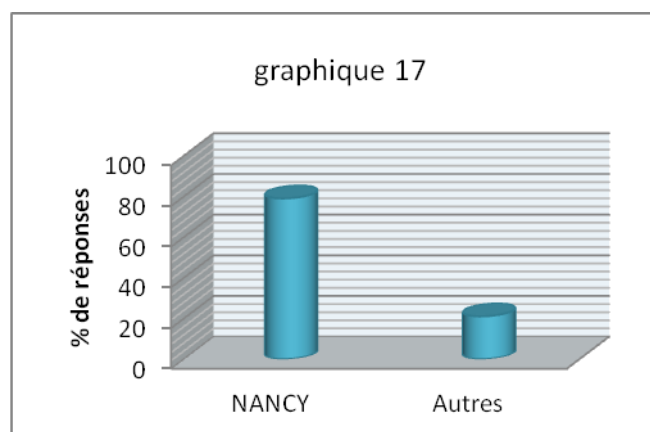
Question 16

En quelle année avez-vous eu votre D.E en Masso-kinésithérapie ?



Question 17

Dans quel IFMK ?



Ces deux derniers graphiques, montrent que 67% des kinésithérapeutes nancéens interrogés ont été récemment diplômés d'État (entre 2001 et 2011). 79% d'entre eux ont effectué leur formation à l'IFMK de Nancy. Ces professionnels ont donc globalement les mêmes bases de formation.

7. DISCUSSION

Dans la littérature, très peu d'études sont réalisées concernant la rééducation en cabinet libéral. L'organisation des séances, les moyens rééducatifs existants, le nombre de patients rendent ces études difficiles.

Les résultats de cette enquête révèlent certains aspects de la prise en charge qui nous semblent importants et qui peuvent être améliorés pour augmenter la qualité des interventions de professionnels de santé.

Comme dit précédemment, il existe encore aujourd'hui des cabinets non accessibles aux personnes handicapés. Il est intéressant de savoir si des modifications ultérieures pour être aux normes 2015 seront réalisées pour recevoir ces personnes. Même si certaines dérogations peuvent être accordées, l'accessibilité reste pour tous une priorité.

En conséquence, cette difficulté pour accéder au cabinet de rééducation, limite les patients dans leur choix des professionnels.

La prise en charge rééducative peut-être poursuivie plusieurs années en fonction de l'importance des déficiences, des objectifs recherchés et des attentes des patients. Pour garantir le maintien de la qualité des soins rééducatifs, un nombre suffisant de professionnels doit être disponible. L'enquête réalisée n'a impliqué que 52% de la population des kinésithérapeutes nancéens et 80% d'entre eux ne prennent en charge que 5 patients AVC au maximum par an. Cela représente peu de kinésithérapeutes et peu de patients. Il serait intéressant d'étendre cette enquête au niveau régional et de s'interroger sur les causes de cette situation :

- besoin de formation complémentaire ?
- Prise en charge pas assez valorisée ?
- Accessibilité impossible du cabinet ?
- Exercices professionnels spécifiques (ostéopathie, uro-gynécologie, fasciathérapie) excluant le suivi des patients neurologiques ?

Selon l'ARS Lorraine, la démographie des masseurs-kinésithérapeutes en Lorraine est inférieure de 32% par rapport au niveau national. (24)

Seulement 10% des kinésithérapeutes libéraux ont connaissance du livret intitulé « informations et programme d'exercices dans les suites d'un AVC » alors qu'à domicile, la mise en place et le suivi d'auto-rééducation font partie intégrante des exercices qui doivent être proposés par les masseurs-kinésithérapeutes, acteurs principaux à cette période de la prise en charge. Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont d'améliorer la qualité de vie des patients ainsi que de leur famille, de prévenir les récurrences de l'AVC en contrôlant les facteurs de risque et la réhospitalisation, l'aggravation ou la survenue de complications. L'ARS Lorraine a pour projet de permettre l'accès à un programme d'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC. (24) Il est intéressant de savoir si les kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral participent ou souhaitent participer à l'élaboration de ce projet. A noter que le livret mentionné précédemment propose au patient et à son entourage de mieux comprendre la maladie par des explications simples et illustrées, de gérer l'environnement, de conseiller des programmes d'exercices. Il permet, par des fiches de suivi, d'évaluer les possibilités et progrès des patients. (25) Des propositions pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique aux patients AVC existent et sont librement téléchargeables sur internet. (26, 27)

Notre enquête révèle que 74% des professionnels interrogés souhaitent participer à des journées de formation sur la prise en charge spécifique des patients AVC. Des formations spécifiques sur l'AVC pourraient être proposées au sein de la région et en lien avec les UNV ou les SSR, pour permettre une continuité des soins rééducatifs dans la lignée de ce qui a été entrepris en amont de la filière et ainsi de renforcer les liens qui unissent les kinésithérapeutes libéraux avec les autres professionnels de santé.

Ce sujet est d'actualité et suscite conférences et rencontres diverses. En octobre 2011, nous avons participé dans le cadre de ce mémoire à l'occasion d'une journée d'information organisée au CHU de Nancy, ouverte à tous et dédiée à « l'après Accident Vasculaire Cérébral ». Différents acteurs, intervenant dans le parcours de soins du patient étaient présents pour échanger et répondre aux questions. Des kinésithérapeutes exerçant en UNV et SSR ont également participé à cette rencontre mais aucun des représentants de la profession libérale n'était présent. L'ARS Lorraine a pour projet d'identifier les acteurs médicaux et para médicaux tout au long du parcours de soin des patients AVC et d'organiser ces filières au sein de la région. Les kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral doivent faire partie de ce projet. Il serait très intéressant de proposer la création d'un réseau de soins dont le but serait de former un lien entre les professionnels des établissements spécialisés et ceux exerçant à domicile ou en cabinet et avec les associations créées par d'anciens patients comme France AVC. Ce réseau permettrait d'optimiser et de pérenniser le travail effectué en amont de la filière, d'améliorer la qualité de la prise en charge, de permettre une meilleure utilisation des moyens proposés par chaque professionnel.

8. CONCLUSION

Pour permettre une prise en charge des patients AVC de qualité, le parcours de soins doit être organisé et spécialisé. Il débute à la phase pré-hospitalière par une prévention des facteurs de risques, par une bonne coordination et orientation des patients lors de la survenue de l'accident vasculaire, par un suivi rééducatif jusqu'à la phase séquellaire et pour la majorité des cas, par un accompagnement en cabinet libéral contrôlé par le médecin traitant.

L'ARS de Lorraine révèle au niveau départemental et régional, des points faibles sur la prise en charge des patients AVC notamment sur « une méconnaissance des facteurs de risque d'AVC, une démographie des masseurs kinésithérapeutes inférieure de 32% par rapport au niveau national et un manque de fluidité de la filière du pré-hospitalier au retour à domicile ou vers les structures médico-sociales ». (22)

Notre enquête a révélé certains aspects de la prise en charge dans le secteur de la kinésithérapie libérale. Ils doivent être pris en considération, à notre avis, afin de permettre une meilleure fluidité et qualité du suivi des patients. Le professionnel exerçant en libéral établit des liens privilégiés avec le patient et son entourage. Grâce à ses connaissances et son savoir faire, il contribue à la pérennisation des acquis fonctionnels et à l'autonomie, ce qui conditionne en grande partie le maintien au domicile, en réduisant les risques de la réhospitalisation.

Pour une meilleure appréciation de la prise en charge des patients AVC en cabinet libéral, une enquête devrait être réalisée au niveau de la région lorraine. Pour faciliter cette étude, la participation du conseil régional de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes est indispensable pour permettre la diffusion d'un questionnaire et ainsi obtenir un maximum de réponses. Nous avons pu remarquer, au cours de l'enquête, que les professionnels rencontrés

et interrogés se sont montrés très disponibles et motivés pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge rééducative.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fery-Lemonnier Elisabeth. Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Octobre 2009
2. HAS. Liste des actes et prestations Affection de Longue Durée. Accident vasculaire cérébral. Septembre 2010.
3. Sengler J. Rééducation et réadaptation de l'hémiplégie vasculaire. Revue de la littérature. EMC (Elsevier SAS, Paris), kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-455-D-10, 2006.
4. OMS. Présentation de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, 2001
5. Collège Lorrain de Médecine d'Urgence. Procédure Opérationnelle Standardisée de la Prise en charge régionale des AVC en urgence. Mai 2009
6. Spieler JF, Amarenco P. [Socio-economic aspects of stroke management]. Rev Neurol (Paris). 2004 Nov;160(11):1023-8. Review. French.
7. ARS Lorraine, STATISS 2011, Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. Téléchargeable sur : <http://www.ars.lorraine.sante.fr/STATISS-2011.103654.0.html>
8. Groupe SOFMER-FEDMER Parcours de soins en MPR « le patient après AVC ». Juillet 2011.
9. Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo JM, Bogousslavsky J, Hacke W. Recommandations de l'european Stroke Initiative pour la prise en charge des AVC. Organisation des soins : éducation, unités de soins neurovasculaires et rééducation. Lettre Neurol 2001 ; 5(suppl. 3) :
'-14

10. Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med.* 2005 Apr 21;352(16):1677-84. Review.
11. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. Rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Novembre 2009
12. Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med.* 2005 Apr 21;352(16):1677-84. Review.
13. Hosp JA, Luft AR. Cortical plasticity during motor learning and recovery after ischemic stroke. *Neural Plast.* 2011;2011:871296. Epub 2011 Oct 26. Review.
14. Page SJ, Levine P, Leonard A, Szaflarski JP, Kissela BM. Modified constraint-induced therapy in chronic stroke: results of a single-blinded randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2008 Mar;88(3):333-40. Epub 2008 Jan 3.
15. Taub E, Miller NE, Novack TA, Cook EW 3rd, Fleming WC, Nepomuceno CS, Connell JS, Crago JE. Technique to improve chronic motor deficit after stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993 Apr;74(4):347-54.
16. Altschuler EL, Wisdom SB, Stone L, Foster C, Galasko D, Llewellyn DM, Ramachandran VS. Rehabilitation of hemiparesis after stroke with a mirror. *Lancet.* 1999 Jun 12;353(9169):2035-6.
17. Sütbeyaz S, Yavuzer G, Sezer N, Koseoglu BF. Mirror therapy enhances lower-extremity motor recovery and motor functioning after stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007 May;88(5):555-9.

18. English CK, Hillier SL, Stiller KR, Warden-Flood A. Circuit class therapy versus individual physiotherapy sessions during inpatient stroke rehabilitation:a controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2007 Aug;88(8):955-63. Erratum in:Arch Phys Med Rehabil. 2007 Oct;88(10):1364.

19. Daly A, Frelin C, Siton M. Apport de la stimulation électrique fonctionnelle dans le réapprentissage de la marche chez l'hémiplégique. Kinesither Rev 2011 ;(115-116) 20-28

20. Lin Z, Yan T. Long-term effectiveness of neuromuscular electrical stimulation for promoting motor recovery of the upper extremity after stroke. J Rehabil Med. 2011 May;43(6):506-10.

AUTRES RÉFÉRENCES

21. Lettre du Président du CNO René COURATIER, Gérald ORS Responsable du pôle juridique. Normes accessibilités personnes handicapées. Le 12 juin 2009.

22. Légifrance.gouv.fr, JORF n°53 du 3 mars 2000 page 3378 texte n° 11.

23. HAS ; Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase pré-hospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Argumentaire Mai 2009.

24. ARS de Lorraine, les thématiques transversales-Janvier 2012. Téléchargeable sur : http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/Les_thematiques_transversales.pdf

25. Bourgeais AL, Guay V, .Laroudie F, .Marsal C, Thevenin-Lemoine E. Informations et programme d'exercices dans les suites d'un AVC. N° ISBN : 978-2-7466-2220-3. Une version téléchargeable est disponible sur : www.ceerrf.fr, www.franceavc.com, www.ordremk.fr.

26. SOFMER, éléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC. « La prévention des chutes », 31 mars 2011. Téléchargeable sur : http://www.sofmer.com/download/sofmer/ETP_AVC-chutes.pdf.

27. SOFMER, éléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC. « L'activité physique », 31 mars 2011. Téléchargeable sur : http://www.sofmer.com/download/sofmer/ETP_AVC_activite.pdf.

ANNEXE

Mesdames et Messieurs,

Je me prénomme Pierre-François BADOUD, 34 ans, actuellement étudiant en 3^{ème} année à l'IFMK de NANCY.

Selon HAS :

« Chaque année en France, environ 130 000 personnes sont atteintes d'accident vasculaire cérébral (AVC), dont 25 % sont âgées de moins de 65 ans. Avec 30 000 personnes lourdement handicapées et 40 000 décès chaque année, l'AVC est la 1^{re} cause de handicap acquis non traumatique, la 2^e cause de démence et la 3^e cause de mortalité.

Une prise en charge immédiate avec traitement et rééducation rapides, puis adaptés tout au long du parcours du patient, permet de diminuer la mortalité, le handicap et les récives.

Les patients présentant un déficit de gravité moyenne doivent bénéficier d'une filière organisée : prise en charge en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR). La persistance de déficits à la sortie du SSR peut nécessiter la poursuite de la rééducation.

Les patients présentant un faible déficit (AVC léger) ne nécessitent pas une prise en charge en SSR, et peuvent rentrer directement au domicile éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). La **rééducation doit être poursuivie en fonction des besoins pour que le patient continue de récupérer**. L'arrêt de la rééducation peut entraîner l'aggravation de l'état du patient ».

Dans le but d'optimiser la prise en charge des patients, les liens entre les SSR et la pratique libéral devraient être renforcés.

Nous savons déjà ce qui est dispensé en SSR par contre, la rééducation en libéral d'un patient AVC est moins connue.

Je réalise dans le cadre de mon mémoire pour l'obtention du D.E, un état des lieux par le biais d'un questionnaire sur la prise en charge des patients AVC en cabinet libéral.

Ce questionnaire est **anonyme**. Il comporte des questions à choix multiples et des questions à réponses libres. Aucun nom ni aucune adresse ne seront demandés ni communiqués.

Je vous serais très reconnaissant d'accepter d'y répondre. Cela ne devrait pas vous prendre plus de 5 à 10 minutes.

Les résultats de cette enquête seront présentés dans mon mémoire. Pour ceux qui le souhaitent, je pourrai leur communiquer les résultats. Pour toutes questions, voici mon adresse mail : pietro.b@hotmail.fr

En vous remerciant par avance de votre précieuse collaboration, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

BADOUD Pierre-François, étudiant à l'IFMK de NANCY

ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE EN LIBERAL DE PATIENTS VICTIMES D'AVC

Répondre aux questions en cochant a, b ou c (ou les trois).

Pour les questions suivies de pointillés, la réponse est libre.

- 1) Votre cabinet est-il accessible à une patientèle se déplaçant en fauteuil roulant ?
 - a. Oui
 - b. Non

- 2) Prenez-vous en charge des patients AVC ?
 - a. 0 – 5 par an
 - b. 5 – 15 par an
 - c. Plus de 15 par an

- 3) A quel moment les prenez-vous en charge le plus souvent ?
 - a. Post AVC immédiat
 - b. A la sortie d'un service de MPR
 - c. En phase séquellaire

- 4) Quelle est, en moyenne, la durée de la prise en charge ?
 - a. Moins de 3 mois
 - b. Entre 3 mois et 1 an
 - c. Plus d'un an

- 5) Avec combien de séances / semaine ?
 - a. Une séance
 - b. 2 séances
 - c. Plus de 2 séances

- 6) La prescription médicale est le plus souvent de type
 - a. Générale : rééducation post-AVC
 - b. Détaillée avec recommandations ou objectifs spécifiques

- 7) Réalisez-vous un Bilan systématisé lors de la prise en charge ?
 - a. Oui
 - b. Non

8) A quel rythme le réalisez-vous ?

.....

9) Avez-vous connaissance de certaines thérapies spécifiques ?

-La thérapie contrainte

- a. Oui
- b. Non

-Le concept de Carlo PERFETTI

- a. Oui
- b. Non

-La Stimulation Electrique Fonctionnelle (SEF)

- a. Oui
- b. Non

-La thérapie par le miroir

- a. Oui
- b. Non

-L'approche neuromotrice type BOBATH

- a. Oui
- b. Non

-Les techniques de biofeedback

- a. Oui
- b. Non

10) Lesquelles pratiquez-vous lorsque que vous prenez en charge des patients AVC

.....

11) Seriez-vous intéressé de participer à des journées de formation sur les nouvelles approches rééducatives ?

- a. Oui
- b. Non

12) Concernant l'organisation des séances :

- a. Les patients sont pris en charge individuellement
- b. Vous pratiquez un regroupement collectif des patients AVC

13) Quelle est la durée moyenne d'une séance ?

.....

14) Avez-vous eu connaissance du livret intitulé « Informations et programmes d'exercices dans les suites d'un AVC » diffusé par France AVC www.franceavc.com et www.ordremk.fr

- a. Oui
- b. Non

15) Si oui, est-il utile pour vous guider dans la prise en charge des patients AVC ?

- a. Oui
- b. Non

16) En quelle année avez-vous eu votre D.E en Masso-kinésithérapie ?

.....

17) Dans quelle IFMK ?

.....

Avec tous mes remerciements

RÉSUMÉ

Contexte : l'AVC est la première cause de handicap acquis et non traumatique en France. La prise en charge des patients doit être organisée et spécialisée par le biais des filières de soins. Dans la littérature, nous retrouvons de nombreux travaux sur la prise en charge des patients AVC en Unité Neuro Vasculaire (UNV) ou en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mais peu d'études intéressent la pratique en cabinet libéral.

Objectifs : faire un état des lieux de la prise en charge des patients AVC en cabinet libéral à Nancy. Identifier l'organisation et le suivi rééducatif proposés ainsi que les techniques utilisées. Soumettre au vue de cette enquête des propositions dans le but d'enrichir la qualité de la prise en charge.

Méthode : élaboration d'un questionnaire destiné aux masseurs-kinésithérapeutes de Nancy afin de répondre à cette problématique.

Résultats : sur 86 masseurs-kinésithérapeutes exerçant sur Nancy, 42 ont répondu au questionnaire. Les conclusions de l'enquête présentent certains aspects de la prise en charge concernant les conditions d'accueil, les pratiques proposées et révèlent l'intérêt des professionnels à approfondir leurs connaissances en neurologie centrale.

Conclusion : pour améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des patients AVC en secteur libéral, l'ARS de Lorraine souhaite identifier les acteurs de soins et améliorer l'organisation des filières en neurologie. . Les kinésithérapeutes du secteur libéral ont un rôle important à jouer à chaque étape du parcours de soin du patient et une réactualisation régulière de leurs connaissances en neurologie serait un atout pour une prise en charge spécialisée.

Mots-clés : AVC, cabinet libéral, filière, rééducation, enquête.

Keyword: Stroke, home-based, rehabilitation, outpatient, physical therapy.