Annexe 19

Contribution du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Rapport du groupe de travail sur la Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France.

Juin 2009

Rapporteurs : Eric Delezie, Marc Gross

Remerciements

Nous tenons à remercier Monsieur René Couratier, Président du Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK), Didier Evenou, Secrétaire Général du CNOMK et l'ensemble des élus du Conseil National pour nous avoir missionné auprès des groupes de travail de l'équipe AVC (DGS, DHOS) du ministère de la Santé et des Sports.

Nous voulons aussi dire toute notre gratitude aux membres du groupe de travail. Celui-ci a été constitué en raison des compétences des masseurs kinésithérapeutes dans le domaine, avec le souci de représenter les salariés et les libéraux, les professionnels de la phase aigüe, de la phase de rééducation en établissement et ceux de la ville. Enfin nous avons souhaité représenter Paris et la province.

Eric Allusson, MKDE, trésorier général du conseil interrégional des Antilles - Guyane, activité mixte.

Jean-Pierre Bleton, MKDE, cadre supérieur de santé, formateur et enseignant, activité salariée

Eric Delezie, MKDE, Secrétaire général du Conseil Interrégional de l'Ordre d'Ile de France et de la Réunion, activité libérale

Marc Gross, MKDE, Cadre supérieur de santé, formateur, conseiller national du conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, activité salariée

Valérie Guay, MKDE, formatrice et enseignante, Master 2 Sciences de l'Education, activité salariée

Sommaire

REMERCIEMENTS **300**

METHODOLOGIE **303**

GROUPE 1 : ETAT DES LIEUX **304**

BIBLIOGRAPHIE (ANNEXE 1) **304**

ENQUETE TERRAIN DU CNOMK **304**

RAPPORT INTERMEDIAIRE **313**

GROUPE 2 : PROPOSITIONS D'AMELIORATION **314**

PHASE AIGÜE ET SUBAIGÜE **314**

PHASE DE SEJOUR EN HOSPITALISATION COMPLETE (MEDECINE PHYSIQUE DE READAPTATION, SOINS DE SUITE READAPTATION) OU INCOMPLETE (HOSPITALISATION DE JOUR, DE SEMAINE) **314**

PHASE DE RETOUR A DOMICILE **314**

ETHIQUE **316**

FORMATION **316**

GROUPE 3 : INDICATEURS **318**

A. IPAQH I-5 EVALUATION INITIALE PAR UN MASSEUR-KINESITHERAPEUTE DANS LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DE L'AVC ACCOMPAGNE DE TROUBLES DEFICITAIRES PERSISTANTS. **318**

B. IPAQH I-6 DELAI MEDIAN ENTRE L'ARRIVEE DANS L'ETABLISSEMENT OU LE DEBUT DES SYMPTOMES (POUR UN PATIENT DEJA HOSPITALISE) ET LA REALISATION DE L'EVALUATION INITIALE PAR UN MASSEUR KINESITHERAPEUTE **318**

GROUPE 4 : COMMUNICATION **319**

CONCLUSIONS **319**

Introduction

Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a souhaité la création d'un comité de pilotage chargé de lui proposer des mesures pour améliorer la prévention et l'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) pour le 1er semestre 2009.

Ce comité a été installé le 28 novembre dernier et est animé par le docteur Elisabeth Fery-Lemonnier, conseillère générale des établissements de santé. Ce comité est invité à réfléchir selon quatre axes :

• l'établissement d'un état des lieux des organisations mises en place ;

• des mesures pour améliorer la prévention et la prise en charge des patients ;

• la définition des indicateurs de qualité de prise en charge de l'AVC ;

• la conception et la diffusion des outils de communication nécessaires.

Sur invitation du docteur Fery-Lemonnier et de l'équipe AVC du Ministère de la Santé et des sports, le Conseil de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes a contribué à l'analyse de l'état des lieux de la masso kinésithérapie concernant la prise en charge des patients victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux.

L'état des lieux est suivi ici par des propositions d'amélioration ainsi que des propositions d'indicateurs destinés à assurer le suivi de cette volonté d'amélioration et d'optimisation.

Méthodologie

Après une réunion d'introduction entre paramédicaux le 23 janvier 2009, l'équipe AVC a décidé de nous faire participer aux groupes de travail de cette mission. Nous nous sommes relayés pour être présents à quasiment toutes les réunions dont les dates suivent :

Groupe 1	11 Févier 2009 26 Février 2009
Groupe 2 :	28 Janvier 2009 11 février 2009 12 Mars 2009 22 Avril 2009 26 Mai 2009 (réunion téléphonique) 9 Juin 2009
Ethique :	19 Mai 2009 8 Juin 2009
Formation :	20 Mai 2009 (réunion téléphonique)
Groupe 3 :	9 Mars 2009 27 Avril 2009
Groupe 4 :	29 Mai 2009 2 Juin 2009
Groupe paramédicaux	23 Janvier 2009 3 Juin 2009
Groupe de travail du CNOMK :	17 Février 2009 27 Février 2009 5 Mars 2009 10 Avril 2009 22 Mai 2009

l'essentiel du travail s'est passé par courrier électronique et par téléphone.

La période de réalisation de ce document se situe de Janvier à Juin 2009.

Le comité de pilotage s'est réuni les 20 Mars et se réunira le 22 Juin 2009 afin de valider le contenu des rapports rendus à Madame la Ministre.

Groupe 1 : Etat des lieux

Bibliographie (Annexe 1)

Le travail de recherche bibliographique s'est avéré délicat en raison du peu de travaux en langue française. Ceci est du à l'absence de formation aux méthodologies de la recherche des professionnels, conséquence directe de la non identification par les pouvoirs publics d'une filière universitaire kinésithérapique doctorante permettant la création d'un corps d'enseignant chercheur. Nous avons choisi d'inclure les principaux travaux internationaux ainsi que des articles qui nous semblent important en français.

Les choix retenus ici ne représentent pas une bibliographie exhaustive mais comprend l'ensemble des articles princeps qui guident la rééducation des patients atteints d'accident vasculaire cérébral.

Enquête terrain du CNOMK

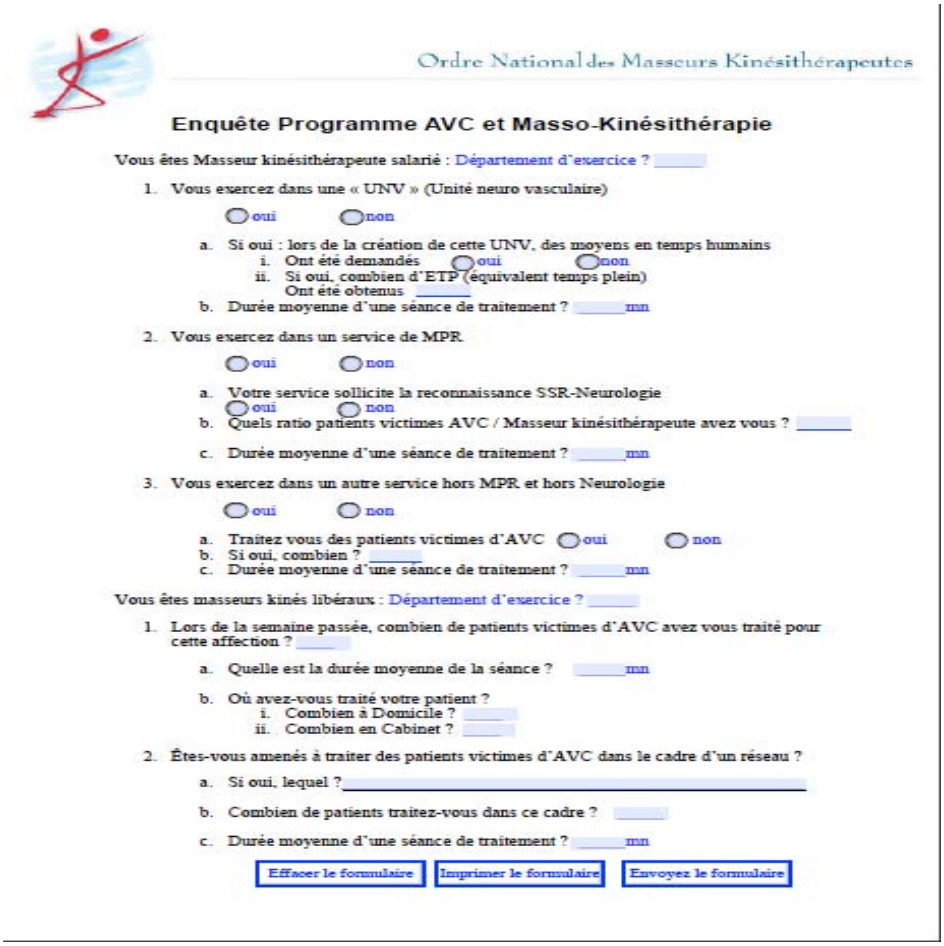
Suite à la réunion du 28 janvier 2009 à la DHOS du groupe 1 «état des lieux», une enquête auprès des masseurs kinésithérapeutes (MK) est diffusée via internet à 21 000 adresses mails de masseurs kinésithérapeutes, via la base de données du CNOMK.

Les premiers résultats sont proposés dans ce rapport.

Fig. 1: Modèle de page d'enquête. Le destinataire peut renseigner la page et la ré-adresser via le mail.

Taux de réponses et répartition géographique

Nombre de réponses



Ordre National des Masseurs Kinésithérapeutes

Enquête Programme AVC et Masso-Kinésithérapie

Vous êtes Masseur kinésithérapeute salarié : Département d'exercice ?

1. Vous exercez dans une « UNV » (Unité neuro vasculaire)
   - ◯ oui ◯ non
   a. Si oui : lors de la création de cette UNV, des moyens en temps humains
      i. Ont été demandés ◯ oui ◯ non
      ii. Si oui, combien d'ETP (équivalent temps plein) Ont été obtenus
   b. Durée moyenne d'une séance de traitement ? mn
2. Vous exercez dans un service de MPR
   - ◯ oui ◯ non
   a. Votre service sollicite la reconnaissance SSR-Neurologie ◯ oui ◯ non
   b. Quels ratio patients victimes AVC / Masseur kinésithérapeute avez vous ?
   c. Durée moyenne d'une séance de traitement ? mn
3. Vous exercez dans un autre service hors MPR et hors Neurologie
   - ◯ oui ◯ non
   a. Traitez vous des patients victimes d'AVC ◯ oui ◯ non
   b. Si oui, combien ?
   c. Durée moyenne d'une séance de traitement ? mn

Vous êtes masseurs kinés libéraux : Département d'exercice ?

1. Lors de la semaine passée, combien de patients victimes d'AVC avez vous traité pour cette affection ?
   a. Quelle est la durée moyenne de la séance ? mn
   b. Où avez-vous traité votre patient ?
      i. Combien à Domicile ?
      ii. Combien en Cabinet ?
2. Êtes-vous amenés à traiter des patients victimes d'AVC dans le cadre d'un réseau ?
   a. Si oui, lequel ?
   b. Combien de patients traitez-vous dans ce cadre ?
   c. Durée moyenne d'une séance de traitement ? mn

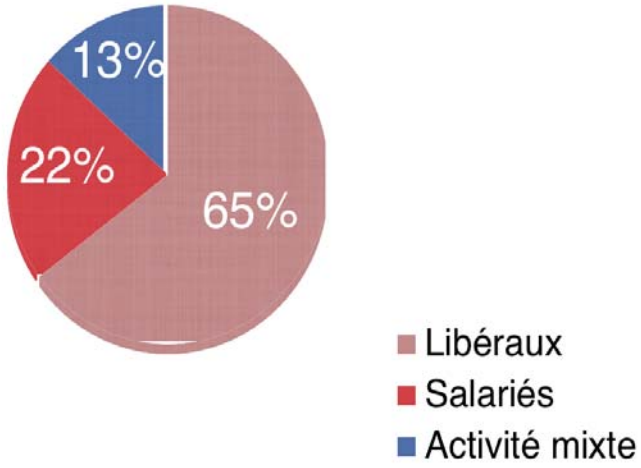
Effacer le formulaire | Imprimer le formulaire | Envoyez le formulaire

442 réponses en date du 5 mars 2009 à 9 heures sur 21000 envois soit un taux de retour de 2,1%, fort honorable en regard du délai de réponse extrêmement court imposé.

Répartition salariés / libéraux

Figure 2: Répartition des réponses selon le statut du professionnel.

Cette répartition correspond à celle de la démographie des masseurs kinésithérapeutes. On peut donc



penser que les réponses sont assez proches de la représentation des différents acteurs.

Tous ces acteurs sont concernés par l'AVC.

Il est intéressant de noter une proportion de 13% de la population ayant une activité en hospitalier et en cabinet (Activité mixte) qui constituent un premier niveau de réseau hôpital-ville.

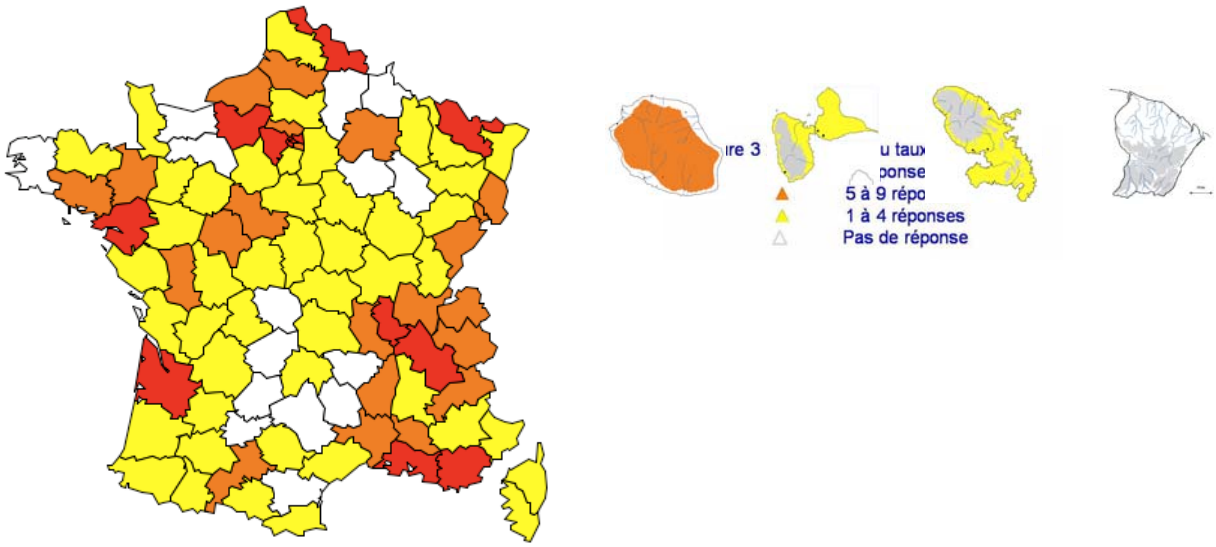
Répartition géographique

Départements	Total réponses	Salariés	Libéraux
69 Rhône	27	5	22
13 Bouches du Rhône	23	3	20
83 Var	23	5	18
59 Nord	21	7	14
27 Eure	20	15	5
92 Hauts de Seine	15	2	13
75 Paris	15	3	12
44 Loire Atlantique	15	4	11
38 Isère	14	1	13

Départements	Total réponses	Salariés	Libéraux
33 Gironde	14	2	12

Tableau I: Les 10 départements avec le meilleur taux de retour

Ce tableau montre une distribution sur l'ensemble du pays en rapport avec la densité des professionnels de santé. Une remarque particulière pour le département de l'Eure (27) avec un fort taux de retour salarié qui correspond aux réponses issues essentiellement d'un même établissement.



Analyse de la filière d'hospitalisation

a. Exercice en UNV (Unité Neuro Vasculaire)

Départements avec réponse positive	Moyens humains supplémentaires demandés	Moyens humains obtenus en Equivalent Temps Plein	Durée moyenne de prise en charge quotidienne des patients
56	oui	/	?
68	oui	/	20 mn
75	oui	1	60 mn
?	oui	4	30 mn
27	oui	1	50 mn
54	oui	/	30 mn
95	oui	/	25 mn

Tableau II: Exercice en UNV et résultats des demandes de moyens humains supplémentaires lors de la création de ces UNV.

7 réponses positives sur 132 réponses issues de salariés.

Des moyens humains ont été demandés dans les 7 cas et ont été obtenus dans 3 cas.

La lecture de ce tableau, bien que ne s'intéressant qu'à une très faible population, semble montrer que lorsqu'il y a une obtention de moyens humains supplémentaires le temps de rééducation consacré à chaque patient est sensiblement augmenté en passant de 20 à 30 mn la prestation au double (exception dans le département non identifié).

b. Exercice en service de MPR (Médecine Physique et Réadaptation)

Services de MPR	Nombre	Durée moyenne de la prise en charge quotidienne	Ratio Patients AVC / MKinés
Total	33	52 mn (dont une réponse à 180 mn)	50 %
Sollicitant la reconnaissance SSR-neurologie	20	50 mn	50 %

Tableau III: réponses issues des services de MPR

Les chiffres moyens observés montrent que les services de MPR consacrent près d'une heure de traitement quotidien de masso-kinésithérapie. Sachant que ceux ci sont souvent complétés de prise en charge d'ergothérapie, d'orthophonie et d'autres professions de réadaptation.

Il faut toutefois noter que parmi les services sollicitant une reconnaissance SSR-Neurologie, certains ne prennent en charge à ce jour qu'un faible quota de patients victimes d'AVC, voir n'en prennent pas.

c. Exercice dans un autre service hors MPR et hors Neurologie

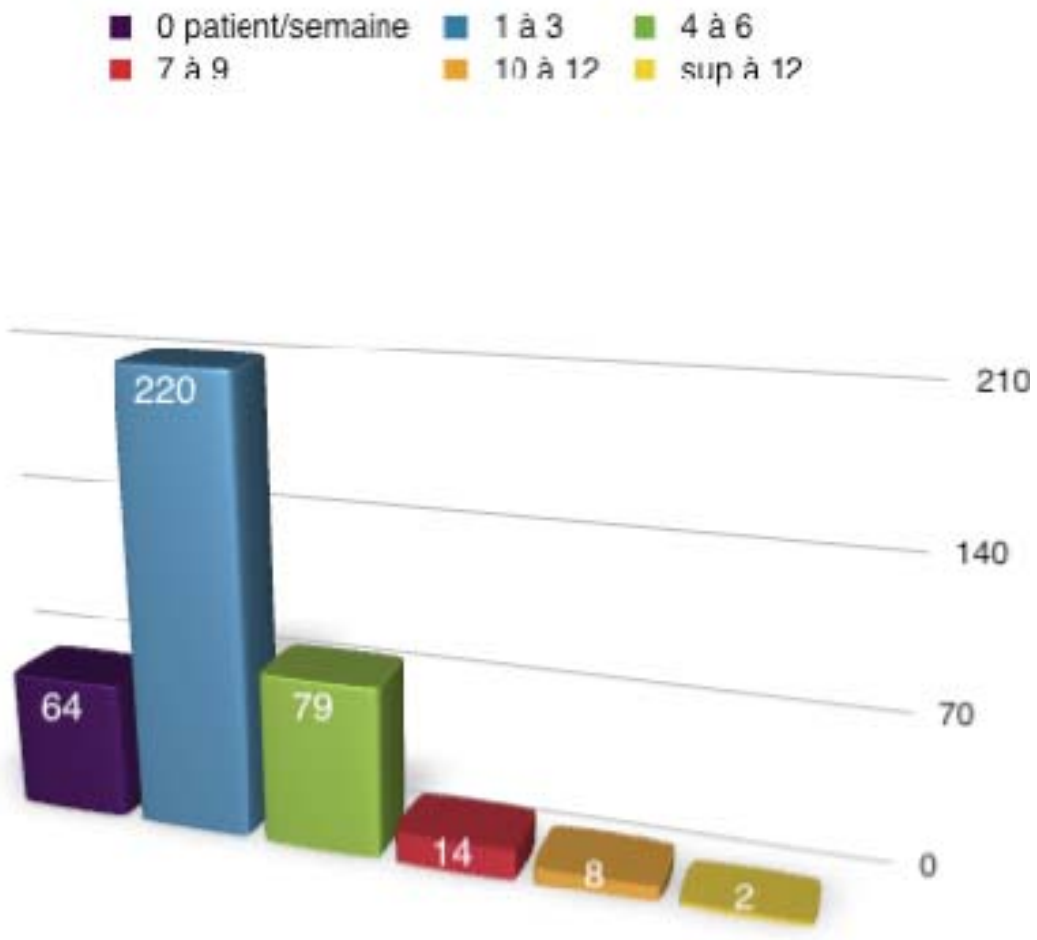
Autres services hors MPR & Neurologie	Nombre moyen de patients par jour	Durée moyenne de la prise en charge quotidienne
43/132 réponses de salariés	5 patients par jour mais valeurs variant de quelques patients par an à 20/jour	37 mn

Tableau IV: Situation dans les services d'hospitalisation complète, autres que MPR ou Neurologie.

Les patients hospitalisés dans des services autres que de MPR ou de neurologie sont également pris en charge mais à première vue sur des durées moins longues que dans les unités spécialisées. Est-ce dû à la problématique de l'affection ayant motivé l'hospitalisation (la durée de prise en charge, loin d'être standardisée, est directement liée à l'importance des séquelles de l'AVC) où à des moyens humains moins disponibles ?

Analyse de la filière après l'hospitalisation

Figure 4: Distribution du nombre de patients victimes d'AVC vus par semaine. En abscisse, le nombre patients vus par semaine. En ordonnée, le nombre de professionnels concernés



84% des masseurs kinésithérapeutes exerçant en ville prennent en charge 1 à 3 patients par semaine. Il faut cependant noter qu'une faible minorité (16%) des praticiens libéraux ne traitent pas de patients victimes d'AVC. Il serait intéressant de se pencher sur les causes de cette situation: Exercice spécifique n'intégrant pas la neurologie ? Difficultés d'accès au cabinet ? Prise en charge chronophage et pas assez valorisée ? Nécessité de formation complémentaire ? Autres ?

Les thérapeutes libéraux prenant en charge plus de 6 patients victimes d'AVC par semaine ne représentent que près de 6% des effectifs. A noter qu'une telle fréquentation (le tiers de l'activité moyenne du cabinet) correspond déjà à un exercice spécifiquement orienté en neurologie.

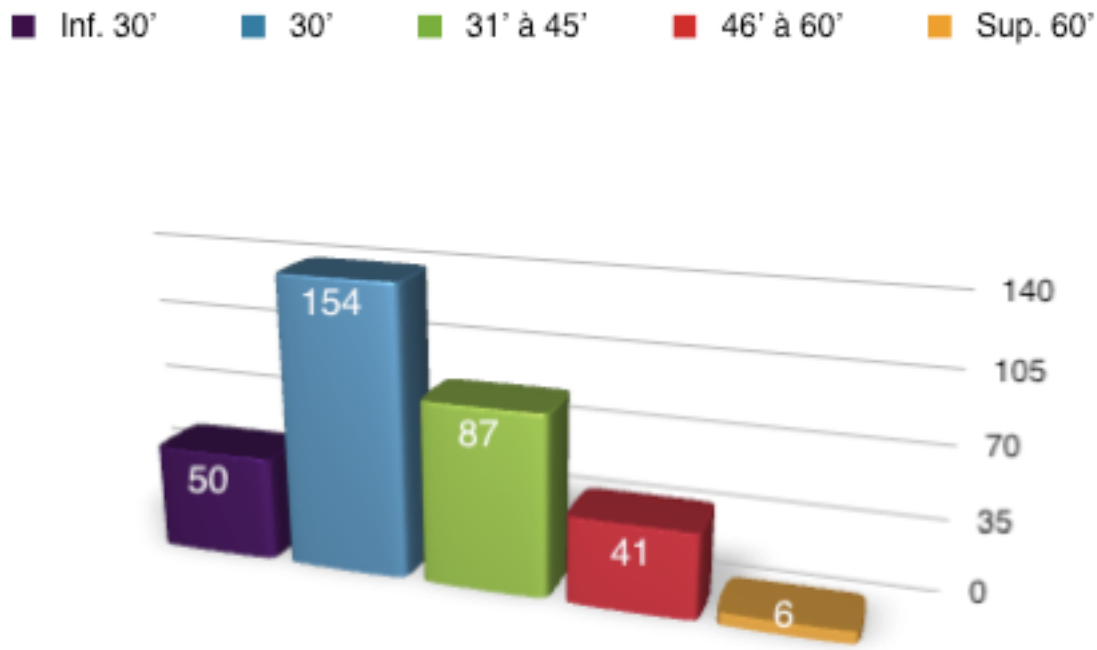


Figure 5: Temps consacré à la prise en charge des patients victimes d'AVC. En ordonnée, le nombre de professionnels concernés. En abscisse, les tranches horaires citées.

Sur les 390 réponses de libéraux, une durée moyenne de 36 mn est observée avec un maximum de 120 mn (3 réponses) et un minimum de 15 mn (2 réponses).

La figure 5 nous montre que près de 40% des masseurs kinésithérapeutes consacrent 30 mn à leur prise en charge. Il intéressant de constater que quelques thérapeutes pratiquent des prises en charge supérieures à 3/4 d'heure (12%) et leur façon de faire et modèles économiques seraient intéressants à étudier.

Ces données devraient cependant être complétées par des informations sur l'importance des séquelles et sur date de la prise en charge par rapport à l'accident initial. De fait, la grande diversité du handicap peut également expliquer la diversité de la durée des traitements de l'AVC.

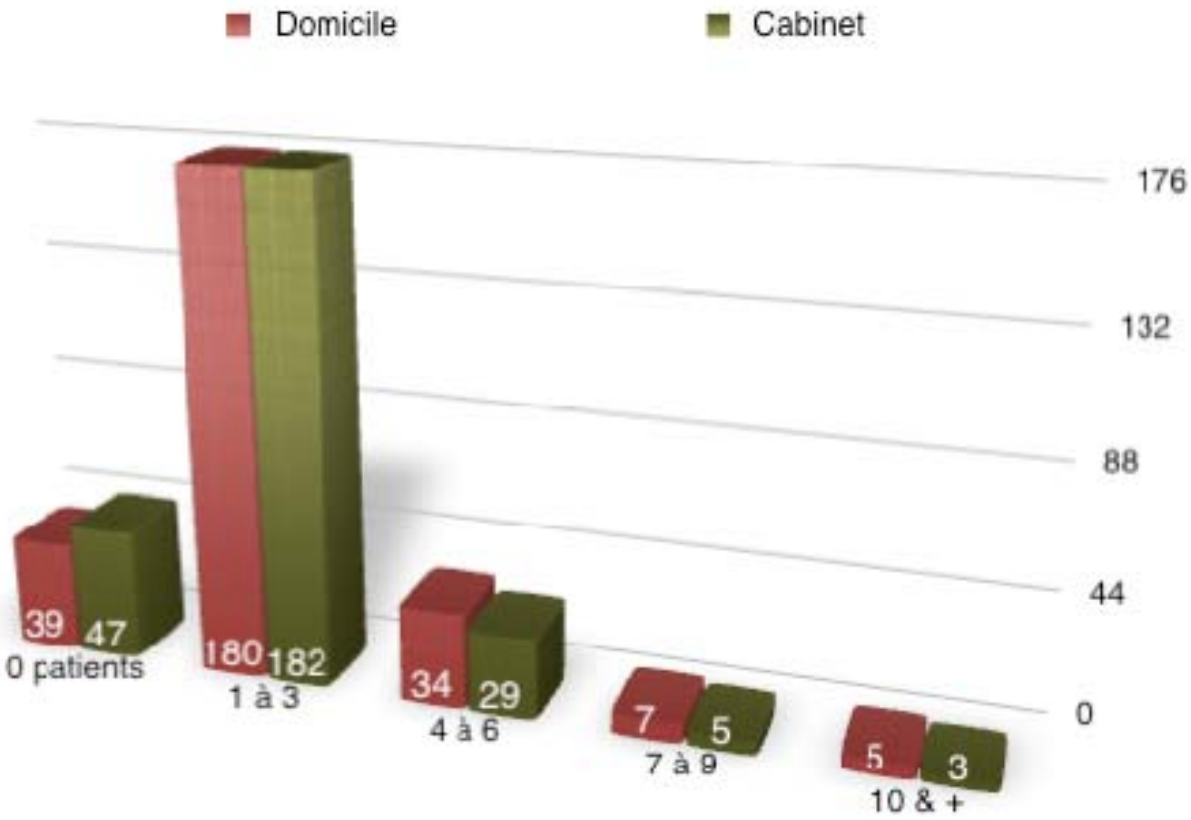
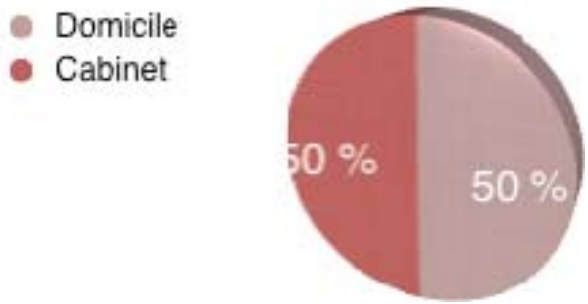


Figure 6: Répartition des prises en charge en cabinet de masso-kinésithérapie versus au Domicile des patients en fonction du nombre de patients vus par semaine.

La prise en charge s'organise de façon équilibrée entre le domicile et le cabinet du praticien. Si ce dernier permet de mettre à disposition plus de moyens techniques pour favoriser la récupération du patient, il ne faut pas négliger l'importance de la prise en charge à domicile du patient qui met celui ci dans son milieu environnemental quotidien.

Figure 7: Répartition des prises en charge en cabinet de masso-kinésithérapie versus au Domicile des patients.



Prises en charge des patients victimes d'AVC dans le cadre d'un réseau

Réseaux cités	Nombre de citations	Nombre de patients pris en charge
APF	1	5
CLINIDOM	1	1
HAD	9	8
resic 38	1	1
Santelys	1	1
Paris Raymond Garcin	1	2
Réseau informel de prise en charge kiné des patients en neurologie	1	45

Tableau V: Filières citées et nombre de patients pris en charge la semaine précédente à l'enquête.

15 réponses positives sur 394

63 prises en charge durant la semaine précédente

Durée moyenne de 38 mn par séance avec minimum 15 min et maximum 120

Le dernier modèle cité (situé en Gironde 33) semble très intéressant car non seulement il prend en charge 45 patients en 1 semaine, mais la prise en charge est également la plus longue. Il serait intéressant d'en étudier le modèle économique afin de voir s'il est reproductible.

Commentaires

Ce premier travail n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais il laisse apparaître quelques tendances:

Les réponses semblent correspondre à la démographie professionnelle du point de vue statut du praticien.

Les retours sont distribués sur l'ensemble du pays.

Les UNV ayant obtenu des moyens humains supplémentaires consacrent plus de temps de soin aux patients victimes d'AVC que celles qui n'en ont pas obtenu.

Les thérapeutes exerçant dans des services de MPR ont 50% de leurs patients qui sont des victimes d'AVC et leur consacrent environ 50 mn de soin par jour.

Dans les autres unités d'hospitalisation complète, les masseurs kinésithérapeutes traitent également des patients victimes d'AVC en nombre variable avec un temps de prise en charge réduit de l'ordre de 25%

L'immense majorité des masseurs kinésithérapeutes libéraux prend en charge 1 à 3 patients par semaine.

La prise en charge moyenne libérale est de l'ordre de 36 mn. Mais cette donnée a peu de valeur statistique compte tenu de la diversité de la prise en charge de ville (séquelles d'importance variée et rééducation dés les premières semaines de l'AVC, jusqu'au traitement au long court du handicap).

Il y a une proportion similaire de prises en charge à domicile et au cabinet

L'essentiel des réseaux cités est l'Hospitalisation à Domicile.

Un modèle intéressant est cité en Gironde (33) qui assure une prise en charge quotidienne moyenne de 9 patients et d'une durée de 2 heures. Il faudrait connaître la nature des patients traités, et leur mode de sélection éventuelle.

Rapport intermédiaire

Nous souhaitons que le CNOMK n'apparaisse pas dans les sociétés savantes des professions paramédicales, ce qu'il n'est pas. Le Ministère nous a demandé de siéger à la place d'une société savante qui n'existe pas aujourd'hui.

Nous pouvons noter tous les jours un engorgement des structures d'amont en raison du retard de prise en charge en SSR et/ou en ville par les masseurs kinésithérapeutes. Cette situation, souvent évoquée par l'ensemble des acteurs de la filière, nous fait proposer une augmentation du nombre de professionnels et l'installation de coordination pour fluidifier les prises en charge.

Il est à noter que toutes les UNV ont demandé du personnel supplémentaire à leur ouverture mais toutes n'ont pas été pourvues. Cet état joue un rôle important sur le temps de rééducation des patients et sur la qualité des pratiques.

La prise en charge de rééducation aigüe en établissement s'appuie sur des recommandations, essentiellement anglo saxonnes. Celles-ci privilégient maintenant la rééducation précoce active et, à cette période de la prise en charge, un temps important de travail du patient.

Il s'agit aujourd'hui d'écrire et de diffuser des recommandations concernant la prise en charge rééducative d'aval, le SSR et la ville.

Certaines pratiques nécessitent (bras contraint, etc.) de questionner les différences culturelles et organisationnelles pour adapter les travaux des collègues des autres pays.

Groupe 2 : Propositions d'amélioration

Le masseur kinésithérapeute est un acteur important de la prise en charge de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Il travaille en lien avec l'ensemble des professionnels de santé et du secteur social. Il est au jour le jour en contact avec le patient et son entourage. Il participe à l'évaluation dans un paradigme biopsychosocial. Un besoin de formation initiale universitaire est identifié pour lui permettre de travailler dans le cadre d'une filière universitaire kinésithérapique affiliée à une section du Conseil National des Universités (CNU). La création d'un corps d'enseignant chercheur, ainsi rendu possible, permettra de développer la recherche et de promouvoir la formation continue.

Phase aigüe et subaigüe

Réduire le délai entre l'admission en centre hospitalier et la prise en charge en masso kinésithérapie.

Doter les UNV et toutes les unités fonctionnelles, hébergeant des patients victimes d'AVC des moyens humains nécessaires à la prise en charge de ces patients.

Phase de séjour en hospitalisation complète (Médecine Physique de Réadaptation, Soins de Suite Réadaptation) ou incomplète (Hospitalisation de jour, de semaine)

Accélérer le passage de la MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) vers le SSR-neurologie

Assurer une prestation de qualité.

Assurer le suivi des valeurs de dépendance du début jusqu'à la sortie du patient.

Phase de retour à Domicile

Durée totale de prise en charge durant la semaine assurant un accompagnement rééducatif adaptée aux exigences temporelles de la plasticité cérébrale.

Délai de prise en charge le plus court possible après la sortie de la phase d'hospitalisation afin d'assurer une continuité des soins.

De manière générale :

Il s'agit ici de la coordination des soins de rééducation. Le professionnel de rééducation qui voit le plus le patient pourrait être reconnu comme coordinateur. Il travaillerait en binôme avec le médecin traitant. Ses missions lui permettraient de trouver le bon interlocuteur selon les besoins du patient. Il assurerait la gestion du dossier du patient pour sa partie rééducation. C'est un acte reconnu et rémunéré, un acte de synthèse qui permettrait un lien avec l'établissement de santé et le secteur social.

Il est à noter que le code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes prévoit un devoir d'information mutuelle et de continuité des soins pour le professionnel de ville lorsqu'un patient est hospitalisé et vice versa.

La coordination autour du patient doit s'organiser selon toutes les modalités possibles pour permettre une appropriation très large selon les spécificités des acteurs et des territoires. Toutes les formes de structure sont à faciliter comme le réseau de soin et de rééducation, les équipes mobiles, les équipes d'intervention, l'HAD rééducation ou la création de SRAD, Service de Rééducation A Domicile sur le modèle des SIAD par exemple.

Certains centres de référence envisagent la possibilité de stage du patient en structure MPR ou SSR selon les besoins de suivi ou de réorientation du traitement de rééducation. Nous pourrions imaginer

un travail commun avec le coordinateur professionnel de rééducation de ville lors de ces temps d'évaluation pour assurer un meilleur suivi en ville après.

Favoriser les démarches de coopération et le transfert d'activités ou d'actes au sens de l'article 17 de la Loi HPST (Rapport Bressand)

La prescription est possible aujourd'hui pour le masseur kinésithérapeute. Elle permet d'adapter le matériel avec le patient, en établissement, à domicile ou au cabinet. La liste définie des matériels qu'il est possible de prescrire pourrait être élargie. Cela permettrait au coordinateur de la prise en charge rééducative et aux praticiens de prescrire par exemple les moyens de déplacement du patient comme le VSL ou le taxi si besoin avec l'économie d'une visite chez le médecin.

Il est nécessaire de faciliter les demandes d'actes entre professionnels de la rééducation. Si un patient victime d'accident vasculaire cérébral est traité à son domicile par une orthophoniste et que celle-ci détecte une déficience qui concerne l'aspect fonctionnel, elle doit pouvoir demander directement au masseur kinésithérapeute de réaliser une évaluation sans passer par le médecin afin de raccourcir les délais et d'économiser une consultation. Les résultats de l'évaluation sont ensuite transmis au médecin pour ajustement du traitement et de la prise en charge.

Les difficultés de recrutement et/ou de la démographie en établissement et en ville sont différentes selon les régions du territoire. Le professionnel libéral pourrait avoir la possibilité d'intervenir plus facilement dans les établissements de court ou moyen séjour. La coordination serait renforcée par la même occasion.

Dans certains endroits et dans certains cas, l'inverse devrait pouvoir se faire avec des possibilités pour le salarié de travailler sur des courtes périodes ou à temps partiel en cabinet (remplacement, après le travail en salariat, etc.)

Les recommandations font apparaitre la nécessité d'une prise en charge de rééducation plus longue que celle décrite auparavant, au moins dans la phase précoce. De même elles décrivent une possible récupération après un an de traitement, ce qui change la vision de la rééducation et demande plus d'acteurs autour du patient. Il faudra se questionner sur les possibilités d'augmentation des numerus clausus en formation initiale. Celui-ci est insuffisant pour garantir le maintien de la qualité des soins et, le cas échéant, augmenter le temps de rééducation des patients atteints d'AVC, tant pour l'hôpital que la ville.

D'autre part, le CNOMK a évoqué dans le cadre de réfléxions soumises à la profession la possibilité (Annexe 2) d'encadrement par les masseurs kinésithérapeutes d'une profession d'assistant en masso-kinésithérapie destinée à travailler sous prescription du masseur-kinésithérapeute afin de faciliter les prises en charge de rééducation.

Le masseur kinésithérapeute est un acteur important dans l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé du patient et de son entourage. Le temps passé au cabinet ou à domicile permet d'assurer une formation. Tous les actes de rééducation se font avec le patient actif de sa prise en charge. Il faudra reconnaitre ces actes de façon spécifique. Il participe à l'établissement du projet de vie et du projet de réadaptation – réinsertion du patient. Depuis la Loi du 4 Mars 2002, le patient est reconnu comme co auteur de son traitement.

Les familles et les aidants naturels ou professionnels auprès du patient sont partie prenante de la réinsertion du patient. Le masseur kinésithérapeute doit pouvoir participer à la formation de ces personnes. Cet acte devra être reconnu et encadré par une formation complémentaire à l'éducation. De même la formation des aidants à la manutention et aux positions du patient permettrait d'éviter des douleurs et des conséquences dommageables pour le patient (syndrome épaule – main, installation du pied, travail sur l'hémi négligence, etc.)

Un travail important est initié avec les associations de patients pour certaines pathologies. L'Ordre est partie prenante dans ces travaux avec l'idée de livrets d'information et de partage des savoirs communs et des sites internet. Les professionnels doivent travailler avec les associations en charge des patients victimes d'AVC.

La prise en charge de la rééducation doit être facilitée pour les patients en EHPAD ou en MAS. Les enfants atteints d'AVC doivent avoir un suivi spécifique et coordonné.

L'évaluation et la coordination dans le cadre du handicap nécessitent des échanges plus réguliers entre le masseur kinésithérapeute et les structures dédiées. Un lien avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) devrait être organisé dans tous les départements.

Les outils de la formation et de l'évaluation des pratiques professionnelles doivent être mis en œuvre pour aider les professionnels à se former et s'auto questionner sur leurs pratiques en regard avec des référentiels établis par la profession. Les modalités du développement professionnel continu doivent revenir aux organisations en charge de la profession en lien avec l'HAS pour son apport méthodologique. Des moyens doivent être déployés pour aider les praticiens à améliorer leurs pratiques au fur et à mesure de l'évolution des sciences physiques, médicales et humaines.

Enfin des solutions pragmatiques comme l'aide financière à l'équipement des cabinets de ville, les accès aux fauteuils roulants, les parkings handicapés ou non à proximité peuvent être proposées. Ces possibilités permettraient une meilleure prise en charge rééducation dès maintenant dans toute la France.

Ethique

Les sujets abordés concernent les masseurs kinésithérapeutes, de la prise en charge aigüe jusqu'à l'aval de l'aval et l'accompagnement au domicile. Une pression importante existe sur les professionnels dès la prise en charge en UNV et celle-ci se transmet à toutes les étapes de la filière. Le manque de masseurs kinésithérapeutes a aussi des retentissements sur la prise en charge des AVC en ville. Les recommandations internationales indiquent qu'il faut environ une heure de traitement pour avoir une qualité suffisante et qui donne toutes ses chances de récupération au patient.

La prise en charge en ville sans coordination est difficile au cabinet et encore plus à domicile. Le praticien est un professionnel de la rééducation mais aussi un acteur de la vie sociale. Les aidants familiaux sont en grande difficulté et ils ont peu d'aide.

Dans le cadre de réseau concernant la prise en charge rééducative, il sera intéressant de travailler sur une charte incluant les notions d'éthique pour l'ensemble des partenaires.

Les patients et leur famille sont confrontés au regard de la société sur le handicap en France. Notre pays n'accepte que peu la différence et l'intégration dans la ville n'est pas efficiente (accès trottoir, salles et institutions, etc.). La réinsertion professionnelle de l'adulte victime d'AVC est particulièrement difficile. Dans les pays où le handicap fait partie de la vie, la prise en charge est plus naturelle et simplifiée.

Formation

Initiale

Le masseur kinésithérapeute s'inscrit dans la rééducation, la réadaptation et l'éducation dans tous ses actes avec le patient atteint d'accident vasculaire cérébral. Afin de créer avec le patient les actes qui vont l'amener à la récupération la plus importante possible, le masseur kinésithérapeute doit pouvoir se distancier par rapport à ses pratiques.

Les textes qui définissent la formation actuelle enferment le masseur kinésithérapeute dans une posture de technicien. C'est une des raisons des difficultés de questionnement au chevet du malade. Les enseignants essaient d'apporter une réflexion autour des actes techniques au-delà des textes. De nombreux masseurs kinésithérapeutes commencent à aller chercher une formation complémentaire dans une autre discipline universitaire mais les liens sont difficiles et l'application au chevet du malade est peu souvent coordonnée.

Les textes récents permettent maintenant l'accueil du stagiaire en cabinet de ville, en entreprise, en association, etc. il s'agit maintenant de travailler sur les savoirs spécifiques du tuteur pour encadrer et évaluer le tutoré.

Le CNOMK souhaite que la profession de masseur-kinésithérapeute puisse accéder au statut de profession médicale à compétence définie (Annexe 2) en lien avec une formation universitaire. L'exercice de la rééducation aujourd'hui nécessite un niveau de sortie en master, des spécificités d'exercice, un développement de la recherche avec la création d'une filière universitaire.

Continue

Plusieurs formations sont proposées sur l'ensemble du territoire. C'est un levier important dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge rééducative. Elle doit s'installer en lien avec le développement professionnel continu ; A noter ci-après quelques acteurs proposant des formations continues :

A noter une formation DIU (Annexe 3) qui pourrait préfigurer les formations universitaires dans un système LMD.

Alister, 26 rue du Docteur Léon Mangeney 68100 Mulhouse

CEERRF Développement, 36 rue Pinel 93200 Saint-Denis

Institut National de la Kinésithérapie (INK), 3 rue Lespagnol 75020 Paris

Un mémoire de Master 2, Sciences de l'Education, validé par Valérie Guay (bibliographie) s'est intéressé aux contenus des formations nécessaires à l'amélioration des pratiques et des questionnements des masseurs kinésithérapeutes.

Groupe 3 : Indicateurs

La notion des indicateurs n'est pas étrangère aux masseurs kinésithérapeutes qui travaillent souvent avec les scores validés. L'amélioration continue de la qualité d'une filière doit pouvoir s'évaluer, d'où la nécessité des indicateurs de suivi.

Les notions retenues pour les masseurs kinésithérapeutes sont organisationnelles. Nous proposons d'utiliser des indicateurs déjà testés et validés dans le cadre du projet COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière – Ministère de la Santé – HAS - INSERM). Ils concernent essentiellement la phase aigüe et subaigüe de la prise en charge.

Le travail de définition d'indicateurs pourrait aller assez vite si l'on parle de durée entre le secteur aigu et le SSR ou la durée moyenne de séance en établissement de santé mais ces données n'ont pas été testées pour le moment et ne peuvent être déployées en première intention.

Il faudra envisager de créer des indicateurs pour la prise en charge de ville, qui devront également englober la phase de récupération suivant le stade aigu, mais apparaitra alors la nécessité d'accompagner les libéraux pour le recueil.

a. IPAQH I-5 Evaluation initiale par un masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge précoce de l'AVC accompagné de troubles déficitaires persistants.

Numérateur : Nombre de dossiers de patients pour lesquels, lorsque les troubles déficitaires persistent, une évaluation initiale par un masseur kinésithérapeute est réalisée durant l'hospitalisation.

Dénominateur : Nombre de dossiers d'AVC accompagné de troubles déficitaires persistants au-delà des 48 premières heures après le début des symptômes

b. IPAQH I-6 Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement ou le début des symptômes (pour un patient déjà hospitalisé) et la réalisation de l'évaluation initiale par un masseur kinésithérapeute

Numérateur : Indicateur exprimé en valeur absolue

Groupe 4 : Communication

L'équipe AVC a choisi d'orienter le groupe de travail essentiellement sur le message primordial de l'appel au 15 pour réduire les temps de prise en charge.

Au-delà de l'alerte, plusieurs autres domaines pourraient être améliorés au niveau de la communication :

- Modifier le regard sur le handicap dans la population : si le patient atteint d'accident vasculaire cérébral garde un handicap, sa réinsertion dans la vie professionnelle et sociale est très difficile aujourd'hui.
- Inciter les professionnels à prendre en charge les AVC : une communication à destination des rééducateurs est possible. Elle devra correspondre à des messages des institutions ayant développé des propositions matérielles, financières et de formation.
- Prévention : les masseurs kinésithérapeutes sont les professionnels de santé qui voient les patients le plus longtemps lorsqu'ils sont au cabinet ou à domicile. L'évaluation des facteurs de risque pourrait être encore plus enseignée afin de participer à la détection.
- Education à la santé : le masseur kinésithérapeute est plusieurs fois par semaine avec le patient atteint d'AVC. Ce temps peut être utilisé dans le sens de l'éducation thérapeutique avec des programmes qui seraient coordonnés en équipe, que ce soit en établissement ou en ville. Au-delà le professionnel en kinésithérapie pourra aider la famille et le patient à adapter son environnement, à changer ses comportements et ses connaissances pour inventer une nouvelle vie, avec un handicap certes mais qui a ses richesses à découvrir.

Le masseur kinésithérapeute prend en charge dès maintenant l'aide aux familles mais il a besoin de formation pour participer à l'éducation proprement dite grâce aux outils, aux théories et aux modèles qui existent.

Le masseur kinésithérapeute peut se rendre à l'école ou dans les lieux de vie (entreprise, ville, associations) pour participer à l'éducation à la santé.

- Une équipe parisienne travaille sur un livret du patient atteint d'AVC. Celui-ci reprendra les savoirs à partager entre le patient et le masseur kinésithérapeute ainsi que des exercices de rééducation pour la maison et la vie de tous les jours.

Conclusions

Les résultats de l'enquête montrent que la notion de durée et de rythmicité de la prise en charge par les masseurs kinésithérapeutes sont corrélées aux **moyens humains** disponibles dans les établissements de soins.

De la même façon, il faut **stimuler l'exercice de ville** afin d'intégrer les 16% de thérapeutes qui ne prennent pas en charge de patients victimes d'AVC à l'heure actuelle (faciliter les problèmes d'accès au cabinet de soins, valoriser la prise en charge de rééducation neurologique).

Enfin, le **développement personnel continu** basé sur des EPP (Evaluations des Pratiques Professionnelles) et sur la formation continue doit améliorer et entretenir les compétences des professionnels.

Annexe 1 : Bibliographie

Ada L, Dorsch S, Canning C: Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review Australian Journal of Physiotherapy; 200652(4):241-248

Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile De France 2002 ; groupe de travail AVC, Juin 2002

Albany K. Physical and occupational therapy considerations in adult patients receiving botulinum toxin injections for spasticity. Muscle & Nerve 1997 ; 6 :S221-S231.

AZOUVI, P. 2003 Efficacité de la rééducation de l'hémiplégie vasculaire In Azouvi, P et Bussel, B (eds) Rééducation *de l'hémiplégie vasculaire* (pp73-80) Paris Frison Roche

Bleton, JP. Les nouvelles voies de rééducation des hémiplégies vasculaires, KS n°492, Octobre 2008.

BOYD, LA., & WINSTEIN CJ 2003; Impact of explicit information on explicit moteur séquence learning following cerebral artery stoke*; Phys Ther; 83(11):976-86*

Buccino G, Solodkin A, Small SL. Functions of the mirror neuron system: implications for neurorehabilitation. Cogn. Behav. Neurol. 2006 Mar; 19, 1:55-63.

Deseze M, Wiart L, Bon-Saint-Come A. Rehabilitation of postural disturbances of hemiplegic patients by using trunk control retraining during exploratory exercises. Arch.Phys.Med.Rehabil. 2001; 82, 6:793-800.

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;88(8):955-63.

Groupe suisse de travail pour les maladies cérébro-vasculaires et Fondation suisse de cardiologie: Rééducation après AVC. Bulletin des médecins suisses 82:348-352, 2001

Guay V. Contributions à la qualité de l'accompagnement thérapeutique et à l'autonomie de la personne hémiplégique par accident vasculaire cérébral, Mémoire Master 2 sciences de l'éducation, Option ingénierie des systèmes de formation.et d'éducation à la santé .Université de Corse, 2008.

H.A.S. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects médicaux – Recommandations pour la pratique clinique. Septembre 2002.

HAS 2003 Retour au domicile du patient adulte victime d'un accident vasculaire cérébral ; stratégies et organisation

HAS 2004:Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique ; Conférence de consensus 29 septembre 2004 Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris La Villette

HAS 2006 Evaluation fonctionnelle de l'AVC et kinésithérapie

HAS 2007 Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation .Recommandations

Helen Rodgers, Catherine Atkinson, Senga Bond, Michael Suddes, Ruth Dobson, and Richard Curless Randomized Controlled Trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers Stroke, Dec 1999; 30: 2585 - 2591.

Hess S, Bertelt C, Jahnke MT et al. Treadmill training with partial body weight support compared with physiotherapy in nonambulatory hemiparetic patients. Stroke 1995; 26, 6:976-81.

Jonathan J Baskett, Joanna B Broad, Gabrielle Reekie, Clare Hocking, and Geoff Green Shared Responsibility for ongoing rehabilitation: a new approach to home-based therapy after stroke Clinical Rehabilitation, Jan 1999; 13: 23 - 33.

Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M, Donaldson N Training carers of stroke patients: randomised controlled trial BMJ 2004 May 8;328(7448):1099-1103

Kwakkel and all Effects of Augmented Exercise Therapy Time after Stroke a Meta-Analysis. ***Stroke.*** 2004; 35:2529.

Lalit Kalra, Andrew Evans, Inigo Perez, Anne Melbourn, Anita Patel, Martin Knapp, and Nora Donaldson. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial BMJ, May 2004; 328: 1099.

Langhorne P, Wagenaar R, Partridge C. Physiotherapy after stroke: more is better? Physiotherapy Research International 1996; 1(2): 75-88

Langhorne P, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet February 5, 2005; 365:501-6.

Lee MJ, Kilbreath SL, Singh MF, et al. Comparison of effect of aerobic cycle training and progressive resistance training on walking ability after stroke: a randomized sham exercise-controlled study. J Am Geriatr Soc. 2008 Jun; 56(6):976-85. Epub 2008 Apr 18.

Lewis G, Byblow W. The effects of repetitive proprioceptive stimulation on corticomotor representation in intact and hemiplegic individuals. Clinical Neurophysiology 2000; 115: 765–773.

Miltner WHR, Bauder H, Sommer M, Dettmers C,Taub E. Effects of Constraint-Induced Movement Therapy on patients with chronic motor deficits after stroke: a replication.. Stroke 1999; 30:586-592.

Nancy E. Mayo, Sharon Wood-Dauphinee, Robert Côté, David Gayton, Joseph Carlton, Joanne Buttery, and Robyn Tamblyn There's No Place Like Home : An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke Stroke, May 2000; 31: 1016 - 1023.

Ng MF, Tong RK, Li LS. A pilot study of randomized clinical controlled trial of gait training in subacute stroke patients with partial body-weight support electromechanical gait trainer and functional electrical stimulation: six-month follow-up. Stroke. 2008 Jan; 39(1):154-60. Epub 2007 Nov 15.

Outpatient Service Trialists. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1.

Robertson J, Regnaux JP. L'efficacité des techniques de rééducation chez le sujet hémiplégique est-elle influencée par des facteurs ? *Kinésithér Scient* 2005;458:5-12.

Robertson J, Regnaux JP, La rééducation à la marche du patient hémiparétique en atelier: Une revue de littérature KS n° 486mars 2008

Ronning O, Guldvog B. Outcome of subacute stroke rehabilitation. A randomized controlled trial. Stroke 1998;29:779-84.

SENGLER, J., 2006, Rééducation et réadaptation de l'hémiplégie vasculaire .Revue de littérature EMC Elsevier Paris Kinésithérapie Médecine Phyique-Réadaptation, 26-455-D-10

Société Française Neuro-Vasculaire, Rev Neurol (Paris) 2001 ; 157 : 11, 1447-1456

Société française neuro-vasculaire. Recommandations pour la création d'unités neuro-vasculaires. Presse Med 2000; 29:2240-2248.

Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright J, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers (Cochrane Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;Issue 2

Wade DT. Is stroke rehabilitation worthwhile? Curr Opin Neurol Neurosurg. 1993; 6:78–82.

Wade DT, Collen FM, Robb GF, Warlow CP. Physiotherapy intervention after stroke and mobility. BMJ 1992; 304:609-13.

Widén Holmqvist L., Von Koch, L., Kostulas V., M. Holm, G. Widsell, H. Tegler, K. Johansson, J. Almazán, and J. de Pedro-Cuesta. A Randomized Controlled Trial of Rehabilitation at Home After Stroke in Southwest Stockholm Stroke, Mar 1998; 29: 591 - 597.

Winkel A, Ekdahl C, Gard G. Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review Physical Therapy Reviews 2008 Jun;13(3):167-187

Wu CY, Chen CL, Tang SF, et al. Kinematic and clinical analyses of upper-extremity movements after constraint-induced movement therapy in patients with stroke: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2007 Aug;88(8):964-70

Annexe 3

Diplôme Interuniversitaire paramédical : Pathologie Neurovasculaire

Le Président de l'Université René Descartes – Paris 5

VU L'article 613.2 du code de l'éducation

VU l'arrêté ministériel fixant le montant des droits de scolarité

VU l'avis émis par le conseil des études et de la vie universitaire du

VU la délibération du conseil d'administration en sa séance du

Article 1 :

Il est créé sur le plan national un Diplôme Inter-Universitaire Paramédical de Pathologie Neuro-Vasculaire dédié aux professions paramédicales (*Annexe I bis*).

Ce diplôme est organisé par la Faculté de Médecine René Descartes – Paris 5, avec les universités figurant en *Annexe I ter*.

Article 2 :

Un responsable d'enseignement est désigné dans chacune des universités concernées parmi les enseignants titulaires appartenant à la discipline. Les responsables d'enseignement constituent le conseil pédagogique ainsi que 3 neurologues désignés par la Société Française Neurovasculaire, et des professionnels paramédicaux reconnus pour leur engagement pédagogique (*Annexe V*).

Article 3 :

Sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme (*Annexe II*) :

- les titulaires d'un diplôme français de profession paramédicale, et en particulier : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue et neuropsychologue, manipulateur en électroradiologie, aide-soignant,
- les étrangers titulaires d'un diplôme équivalent

Dans tous les cas :

- l'inscription est subordonnée à l'autorisation de l'employeur,
- les candidats doivent être jugés aptes à suivre l'enseignement par le responsable d'enseignement de l'université d'origine,
- l'autorisation d'inscription est prononcée par le conseil pédagogique après examen du dossier, en tenant compte du nombre d'inscrits en particulier selon les différentes inter-régions sanitaires.

Les inscriptions se font tous les ans. Le nombre d'inscrits est fixé par le conseil pédagogique, afin d'assurer la qualité de formation théorique et pratique.

La demande de candidature doit être déposée par les candidats avant le 30 juin de l'année qui précède l'inscription au Diplôme.

Article 4 :

Les études en vue du **Diplôme Interuniversitaire paramédical : Pathologie Neurovasculaire** se déroulent sur une année universitaire.

Elles comportent un enseignement théorique de **80 heures** et un stage pratique de **2 semaines** (soit environ 80 heures).

L'enseignement théorique est dispensé sous la forme de 4 modules de 20 heures chacun, de manière centralisée (*Annexe III*).

Le stage pratique est effectué dans des services agréés par le conseil pédagogique. Il se déroule pour moitié dans un service de prise en charge aiguë des accidents vasculaires cérébraux (unité neurovasculaire) et pour moitié dans un service de la filière d'aval (service MPR à orientation neurologique en particulier).

Article 5 :

Le programme de l'enseignement est fixé conformément à l'annexe jointe au présent arrêté (*Annexe VII*).

Article 6 :

L'enseignement est sanctionné par un examen de fin d'études, organisé de la façon suivante :

Cet examen consiste en (*Annexes I ter et III*) :

- Un examen national écrit, d'organisation centralisée, anonyme, d'une durée de 2 heures, noté sur 20 et portant sur le programme étudié pendant l'année. Une note ≥ 10 permettra d'accéder au Diplôme. Dans le cas contraire, l'acquis des heures de stages pratiques est conservé pendant une durée d'un an, mais l'examen écrit doit être repassé.
- Un mémoire de stage, noté sur 20. La correction est centralisée et assurée par les membres du jury désigné par le Conseil Pédagogique. Sa soutenance sera assurée avant le 31 décembre de l'année universitaire suivante.
- Une évaluation pratique sur malade et sur dossier clinique, notée sur 20. Elle sera réalisée sur le site du stage avec le directeur d'enseignement local, à partir d'une grille nationale standardisée, qui validera les compétences acquises (prise en charge des patients ayant un accident vasculaire cérébral aux différents stades de la maladie, interprétation des paramètres de surveillance, éducation du patient et des proches)

La participation à chacun des modules et à l'ensemble du stage est obligatoire sauf cas de force majeure. Les candidats absents à plus d'un module ou à plus de 2 jours de stages ne seront pas admis à présenter l'examen écrit.

Les candidats sont déclarés admis au **Diplôme Interuniversitaire paramédical : Pathologie Neurovasculaire** s'ils ont obtenu au moins 10/20 à la moyenne des notes de l'examen écrit, du mémoire de stage et l'évaluation pratique.

Une seule session par an est organisée.

Article 7 :

Le jury de l'examen de fin d'études est proposé par le directeur pédagogique et désigné par leprésident de l'université

Le jury, présidé par un professeur, comprend au moins trois membres ayant participé à l'enseignement et toutes personnes choisies en raison de leur compétence.

Article 8 :

Chaque université reçoit les inscriptions et perçoit les droits d'inscription des candidats à ce diplôme.

Les droits annuels exigés des candidats comprennent une part administrative dont le montant est fixé par référence à la réglementation ministérielle, une part pédagogique déterminée par un arrêté annuel du président de l'université (*Annexe VI*).

Article 9 :

Le **Diplôme Interuniversitaire paramédical : Pathologie Neurovasculaire** est délivré sous le sceau de l'université où est inscrit le candidat. Il est signé conjointement par le doyen de la Faculté de Médecine René Descartes – Paris 5 et le président de l'université où est inscrit le candidat.

Article 10 :

Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur à compter de l'année universitaire 2008-2009.

Fait, à Paris le

Axel Kahn