

RAPPORT D'ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

ÉVALUATION FONCTIONNELLE DE L'AVC ET KINÉSITHÉRAPIE

Janvier 2006

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
I. CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE	3
II. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT.....	3
III. LA CIBLE PROFESSIONNELLE	3
IV. LE GROUPE DE TRAVAIL	3
IV.1. MODALITÉS DE CONSTITUTION DU GROUPE	4
IV.2. DESCRIPTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL	4
V. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE.....	4
VI. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ	5
VI.1. ÉVALUER L'UTILISATION DES ÉCHELLES FONCTIONNELLES DE L'AVC	5
VI.2. ÉVALUER L'UTILISATION DES OBJECTIFS FONCTIONNELS PERSONNALISÉS ET ADAPTÉS À L'ÉTAT DU PATIENT	5
VII. LE GROUPE DE LECTURE.....	6
VIII. LE GROUPE TEST.....	6
ANNEXES	8
I. CALENDRIER.....	8
II. LE GROUPE TEST.....	8

INTRODUCTION

Un référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles est un outil de démarche qualité. Il associe des objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des mesures d'amélioration de leur pratique.

La méthode d'élaboration suivie est décrite dans le guide : « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles – Bases méthodologiques de leur réalisation en France » version avril 2004. Anaes mars 2004. www.anaes.fr

I. CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans les pays industrialisés, les accidents vasculaires cérébraux représentent la troisième cause de mortalité après les cardiopathies et les cancers, et la première cause de handicap non traumatique de l'adulte. La prise en charge multidisciplinaire multiplie les différents bilans réalisés. Il est actuellement recommandé d'utiliser des outils de mesure similaires entre les intervenants.

II. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

La Haute Autorité de santé (HAS) est promoteur de ce thème.

Les charges financières sont assurées par l'Anaes et il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts parmi les participants au groupe de travail.

III. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Ce référentiel s'adresse aux kinésithérapeutes traitant des patients atteints d'un ou plusieurs AVC. Ce référentiel a aussi pour but d'améliorer et de diffuser l'utilisation des échelles de mesure.

IV. LE GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail, de lecture et de test rassemble des praticiens référents dans le domaine de la neurologie et de la kinésithérapie.

Les membres du groupe de travail sont les suivants :

- M. Jean-Pierre Berthelin, kinésithérapeute, Saint-Saturnin ;
- M. Jean-Pierre Bleton, kinésithérapeute, Paris ;
- M^{me} Brigitte Bouchot-Marchal, kinésithérapeute, Rueil-Malmaison ;
- M. Jean-Marc Chenevel, kinésithérapeute, Puteaux ;
- D^r Jérôme Froger, médecine physique et réadaptation, praticien hospitalier, Le Grau-du-Roi ;
- M. Christian Imbert, kinésithérapeute, Albi ;
- M^{me} Catherine Lamy, kinésithérapeute, Castres Cedex ;
- M. Francis Laurent, kinésithérapeute, Bordeaux ;
- M. Jean-François Muller, kinésithérapeute, Mulhouse Cedex ;
- M. Muriel Peltier, kinésithérapeute, Garches ;
- P^r Alain Yelnik, médecine physique et réadaptation, Paris.

Deux experts ont participé aux travaux de groupe :

M^{me} Brigitte Bouchot-Marchal, kinésithérapeute, est chargée de projet de ce thème.

M. Pierre Trudelle, expert de la méthode, chef de projet et président du groupe de travail.

IV.1. Modalités de constitution du groupe

La HAS a fait appel aux :

- Association française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie ;
- Association nationale des ergothérapeutes ;
- Association pour la promotion de l'expertise et de la recherche des soins infirmiers ;
- Ambassades de réflexion des cadres kinésithérapeutes ;
- Association nationale des kinésithérapeutes salariés ;
- Centre de documentation et de recherche en médecine générale ;
- Collège national des généralistes enseignants ;
- Fédération de neurologie ;
- Société française des masseurs-kinésithérapeutes du sport ;
- Société française de kinésithérapie ;
- Société française de médecine générale ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Société française neurovasculaire.

La représentation régionale, de type d'activité ou de type d'exercice a contribué à la sélection des membres du groupe de travail. Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêt des membres du groupe de travail.

IV.2. Description générale du travail

L'ensemble des membres du groupe de travail a reçu par courrier les textes de référence afin d'en prendre connaissance avant la réunion de travail. Cette réunion s'est déroulée à la HAS sur une journée. La méthode utilisée était celle du brainstorming demandant à chacun de noter sur des fiches les éléments de l'évaluation fonctionnelle de l'AVC qui lui semblaient incontournables (une fiche par item). Chacun de ces éléments a pu être trié par catégorie d'objectifs. La réunion a permis aux membres du groupe d'obtenir un consensus sur les objectifs de qualité sélectionnés, d'écrire les critères et les questions permettant de répondre à l'objectif et de s'entendre sur des critères de choix des experts pour le groupe de lecture. Les membres du groupe ont proposé une série d'échelles d'évaluation de pratique courante et/ou des échelles validées.

La première version du référentiel a été soumise au groupe de lecture comprenant des experts de la méthode et des experts du thème. Leurs rapports ont abouti à des premières modifications.

La deuxième version du référentiel a été envoyée au groupe test comprenant 46 professionnels répartis en régions. Une grille d'évaluation du référentiel permettait de connaître l'opinion du testeur sur la lisibilité et la faisabilité du référentiel.

Les commentaires ont entraîné certains changements sur la formulation des questions ou sur le « cartouche » explicatif. De nouvelles modifications ont permis d'aboutir au référentiel final.

V. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

Quatre textes de références ont été retenus pour élaborer ce référentiel :

Recommandations ANAES :

- « Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Aspects paramédicaux. » 2004. www.anaes.fr ;

- « Retour à domicile du patient adulte atteint d'accident vasculaire cérébral » 2004. www.anaes.fr ;
- « Audit clinique appliqué à la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral » 2004. www.anaes.fr ;
- le "Stroke audit" élaboré par le *Royal College of Physicians* et dont la partie « kinésithérapie » a été rédigée par la *Chartered Society of Physiotherapy* (Grande-Bretagne).

VI. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ

Le point de départ de la réflexion du groupe de travail était de définir ce que l'on souhaitait évaluer chez les professionnels et ce qui pourrait changer les pratiques dans le cadre de l'évaluation fonctionnelle du patient hémiparétique en phase de rééducation active.

Il a été défini quelles étaient les déficiences et les incapacités du patient qui sont essentielles et incontournables à évaluer.

Le groupe de travail a défini 2 objectifs qui font appel à 2 aspects indissociables de l'évaluation fonctionnelle de l'hémiparésie vasculaire :

VI.1. Évaluer l'utilisation des échelles fonctionnelles de l'AVC

Le groupe de travail a souligné l'importance de l'utilisation des échelles standardisées pour faire réfléchir, pour avancer et pour avoir des chiffres à comparer.

Un certain nombre d'échelles sont validées en langue française et/ou anglaise, d'autres sont des échelles individuelles ou internes à certains établissements de santé. Le guide d'utilisation de la grille propose des échelles conseillées pour les critères du questionnaire choisis.

Il est à noter que certaines d'échelles couvrent différents critères sélectionnés et que leur utilisation permet de répondre « oui » à plusieurs questions.

VI.2. Évaluer l'utilisation des objectifs fonctionnels personnalisés et adaptés à l'état du patient

La prise en compte des objectifs propres à chaque patient en rapport avec les possibilités antérieures de celui-ci, son mode de vie, ses paramètres personnels et son environnement, impose de définir des objectifs personnalisés et réactualisés en fonction de l'évolution du patient.

Ces 2 objectifs de qualité vont se décliner en critères qui se déclinent en indicateurs. Les indicateurs prennent la forme de questions posées au kinésithérapeute. Les questions n'attendent que des réponses binaires, sauf cas particulier où elles sont non applicables.

VII. LE GROUPE DE LECTURE

Le groupe de lecture est composé de 9 correspondants en région formés à la méthode par la HAS. Ce sont des professionnels de santé :

- D^r Gilbert Alin, généraliste, Lorraine ;
- D^r Philippe Hofliger, généraliste, PACA ;
- D^r Christian Michel, généraliste, Nord-Pas-de-Calais ;
- D^r Serge Moser, généraliste, Alsace ;
- D^r Philippe Nicot, généraliste, Limousin ;
- M. Paul Pavan, kinésithérapeute libéral, Rhône-Alpes ;
- D^r Jean-Baptiste Quilichini, épidémiologiste, Corse ;
- D^r Bruno Senez, généraliste, Rhône-Alpes ;
- M. Paul Vasseur, infirmier libéral, PACA.

À ces 9 experts de la méthode sont adjoints 2 experts du thème sélectionné, pour leur expertise, par les membres du groupe de travail ou les associations professionnelles participantes.

- M. Christian Melier, kinésithérapeute, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ;
- P^r Thierry Moulin, neurologue, Besançon ;
- M. Claude-André Richet, kinésithérapeute, Montreuil.

Après relecture, il est apparu que :

- Le nombre de question était pour certains trop important, pour d'autre qu'il balayait le thème.
- Les recommandations citées dans les textes de référence ne font pas mention des échelles proposées, ni des tests d'évaluation préconisés (*réponse : les 4 textes sont les seuls existants ; on n'y trouve effectivement pas les échelles citées ce qui ne doit pas nous empêcher d'avancer à l'aide de la bibliographie internationale et la réflexion du groupe d'experts du thème*).
- Il serait souhaitable de ne citer que des échelles validées (ce qui n'apparaît pas clairement dans le référentiel) et/ou de ne recommander que des échelles en français avec si possible un choix préférentiel en fonction de la validité, de la simplicité et de la facilité d'utilisation, dans un but pédagogique pour ceux qui ne les utilisent pas.
- Joindre toutes les échelles au protocole aurait un but pédagogique.
- Le temps nécessaire pour chaque bilan était parfois trop long pour les kinésithérapeutes libéraux.

Il n'a pas été identifié de conflits d'intérêts des membres du groupe de lecture.

VIII. LE GROUPE TEST

Les différents IFMK ont été consultés par courrier pour proposer des noms de professionnels susceptibles d'accepter de participer à l'évaluation de leurs pratiques. Après courrier et relance téléphonique, un total de 46 professionnels a accepté de participer au thème ; 24 d'entre eux ont renvoyé leurs questionnaires, les 22 autres ont été relancés par courrier et n'ont pas répondu.

La liste des membres du groupe test figure en annexe.

— Commentaires des testeurs

Les testeurs n'ont pas eu de difficultés pour l'utilisation du protocole de sélection des dossiers, ni pour l'inclusion des patients.

Le groupe test a majoritairement apprécié le référentiel qui couvre l'ensemble des éléments à évaluer dans l'AVC et qui montre que le thérapeute a appréhendé le patient dans sa globalité. Il donne envie de chercher plus loin et de recadrer le traitement, il incite à plus de rigueur en particulier pour les praticiens libéraux.

Cependant, le référentiel est fastidieux et chronophage. Il est suggéré de proposer des grilles et des échelles faciles et rapides d'utilisation. Il est également apparu que deux critères étaient redondants, ils ont donc été réunis.

Un certain nombre de remarques et de suggestions portant sur l'omission de certains points de l'évaluation de l'AVC comme l'état dépressif du patient, les échelles d'héminégligence, les troubles du transit, l'identification des défauts de marche et la prise en compte des troubles cognitifs pour l'évaluation de la sensibilité, ont amené à une correction du référentiel. Le groupe test a aussi insisté sur le fait de mettre des exemples pour les critères.

ANNEXES

I. CALENDRIER

- Réunion de lancement : 30 mars 2004 ;
- Réunion du groupe de travail : 24 juin 2004 ;
- Envoi au groupe de lecture : 20 juillet 2004 ;
- Retour du groupe de lecture et analyse : août/septembre 2004 ;
- Envoi au groupe test : 29 octobre 2004 ;
- Retour du groupe test : 31 janvier 2005 ;
- Analyse : mars/juin 2005 ;
- Version finale : janvier 2006.

II. LE GROUPE TEST

- M^{me} Anne Becker, kinésithérapeute, Longjumeau Cedex ;
- M. Jack Benozio, kinésithérapeute, La Membrolle-sur-Choisille ;
- M. Alain Bon Saint Côme, kinésithérapeute, Artigues ;
- M. Samir Boubrahem, kinésithérapeute, Hauteville-Lompnes ;
- M^{me} Martine Brondel Pinta, kinésithérapeute, Plateau-d'Assy ;
- M. Régis Combe, kinésithérapeute, Bordeaux ;
- M. Hervé Fouquet, kinésithérapeute, Rive-de-Gier ;
- M. Patrick Gilquin, kinésithérapeute, Paris ;
- M^{me} Sandrine Gouez, kinésithérapeute, Aunay-sur-Odon ;
- M. Guy Juzaud, kinésithérapeute, Aix-en-Provence ;
- M^{me} Muriel Fraux, kinésithérapeute, Valence ;
- M. Fabien Launay, kinésithérapeute, Dijon Cedex ;
- M^{me} Laurence Legoff, kinésithérapeute, Gagny ;
- M^{me} Christelle Miquel, kinésithérapeute, Bordeaux ;
- M. Hugues Molin, kinésithérapeute, Wimereux ;
- M. Christophe Petitnicolas, kinésithérapeute, Hauteville-Lompnes ;
- M. Pierre Noujarret, kinésithérapeute, Dijon ;
- M. Thierry Perron-Magnan, kinésithérapeute, Paris ;
- M. Emmanuel Perrot, kinésithérapeute, Paris Cedex ;
- M. Dominique Petit, kinésithérapeute, Le Vigan Cedex ;
- M. Christophe Rouchy, kinésithérapeute, Tanus ;
- M^{me} Jacqueline Villy, kinésithérapeute, Le Grau-le-Roi ;
- M^{me} Bernadette Wiecher, kinésithérapeute, Lens Cedex ;