

EVALUATION DU HANDICAP D'ORIGINE MOTRICE
(STATION DEBOUT, MARCHE, ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE)

Prs Alain Delarque et Jean-Michel Viton
Drs Laurent Bensoussan, Virginie De Bovis Milhe, Hervé Collado

FEDERATION DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION & DE MEDECINE
DU SPORT

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE MARSEILLE

CHU Timone

13005 Marseille

tél 04 91 38 56 01

fax 04 91 38 46 12

email

alain.delarque@ap-hm.fr jean-michel.viton@ap-hm.fr

<http://www.univmed.fr/ehm>

European School Marseille on Posture and Movement Analysis,

<http://www.univmed.fr/esm>

Plan

1 Le Bilan médico-social	2
11 Le bilan médical	2
111 Le bilan lésionnel	3
112 Le bilan des déficiences	4
113 Le bilan fonctionnel	10
114 le bilan en situation,	12
115 Le bilan de qualité de vie	14
12 Le bilan social :	14
2 Le programme thérapeutique en MPR, l'information, l'éducation	18

La spécialité de MPR s'adresse à des personnes présentant une ou plusieurs déficiences auxquelles est proposé un projet global : délivrance de soins en vue de la meilleure récupération et élaboration des adaptations nécessaires à la meilleure réinsertion.

Ces sujets nécessitent un suivi médical régulier, une coordination des soins infirmiers et de rééducation-réadaptation, une réflexion interdisciplinaire médicale, paramédicale, technique et sociale. Il s'ensuit l'élaboration d'un contrat d'objectif(s) et de moyen(s). Le projet utilise, pour leur apporter un bénéfice fonctionnel, des procédures thérapeutiques incluant la rééducation et la réadaptation. Il utilise des protocoles et des référentiels établis. Il doit être compatible avec les besoins et les désirs des sujets et de leur familles.

La MPR intervient pendant toute la durée de la prise en charge du patient: de la phase aiguë à la phase de réinsertion et de maintien à domicile. Elle participe également aux différentes étapes de la prévention.

L'objectif de la MPR est de développer la réinsertion sociale et professionnelle selon une démarche dynamique et dans les délais les plus courts. Le traitement se concentre sur les

capacités fonctionnelles, l'amélioration de l'autonomie, de la participation et de la qualité de vie.

Les médecins de MPR traitent des patients porteurs de pathologies allant du lumbago aigu au polytraumatisme grave, avec l'objectif commun de la restauration fonctionnelle. Ils peuvent recevoir un jeune sportif avec un traumatisme mineur qui souhaite reprendre ses activités dans les meilleures conditions, mais aussi coordonner un long processus de réadaptation pour les gros accidentés de la vie (sujets victimes d'un traumatisme crânio-encéphalique grave, d'une amputation, d'une lésion médullaire ...). Les médecins de MPR exercent dans des services hospitaliers, des centres, d'autres structures ou en secteur libéral.

La qualité du bilan médico-social est déterminante sur la prescription de MPR. L'évaluation des résultats thérapeutiques fait appel à des moyens qualitatifs et de plus en plus souvent quantitatifs.

1 Le Bilan médico-social

11 Le bilan médical

Le bilan médical repose le plus souvent sur les compétences de plusieurs médecins.

Le médecin physique et de réadaptation doit recueillir les doléances du patient, celles de sa famille et de ses proches.

Il doit cerner l'attente du patient, celle(s) de sa famille, celle(s) de ses thérapeutes ou des personnes qui l'entourent. Ces différentes attentes ne sont pas toujours les mêmes.

Le médecin physique et de réadaptation s'efforce d'établir un climat de confiance dans sa relation avec le patient et son entourage.

Il doit faire préciser de la façon la plus détaillée possible les circonstances de l'accident ou de la maladie. Il doit disposer de tous les documents médicaux importants : certificats médicaux initiaux, compte rendus opératoires, examens d'imagerie, bilans d'explorations para cliniques. Le médecin de MPR sollicitera des avis d'autres spécialistes médicaux pour préciser un diagnostic, bien définir les lésions au niveau des différents appareils.

Il doit faire préciser l'évolution, les traitements entrepris, leurs effets favorables ou défavorables.

Il doit reconstituer avec l'aide du patient et de sa famille, la biographie du patient dans toute la période qui a précédé l'installation de la maladie ou la survenue de l'accident.

Le médecin recueille l'histoire familiale, sociale et professionnelle du sujet. Il est intéressant de la recueillir auprès du sujet lui-même et des différents membres de la famille, de ses amis ou relations.

Il doit retrouver tous les antécédents du patient.

Il doit reconstituer de façon méticuleuse le déroulement de la vie quotidienne, dans les différentes situations vécues par le patient. Il recherche dans cette reconstitution les capacités du patient, son autonomie ou sa dépendance dans les

activités de la vie de tous les jours, dans le service ou le centre de MPR, au domicile, hors du domicile (lieux publics, de travail et de loisirs).

Le médecin de MPR évalue les facteurs environnementaux humains et matériels qui modifient l'autonomie du patient.

L'étape suivante est celle de l'examen clinique. Ce dernier doit être réalisé dans les meilleures conditions pour le patient et le médecin. La tenue du patient, l'espace disponible, la possibilité de faire réaliser sur place certaines tâches motrices permettent de recueillir le maximum d'informations.

L'évaluation peut se faire dans des cadres variés que se soit le lit d'hospitalisation ou le cabinet du médecin. Il est souvent indispensable de réaliser à la sortie du centre de MPR, des évaluations au domicile et dans d'autres lieux comme des lieux de travail, de loisirs, pour que l'évaluation soit la plus complète possible.

Tous les éléments recueillis sont ensuite classés, regroupés dans une synthèse qui va du diagnostic lésionnel au bilan de la qualité de vie.

111 Le bilan lésionnel

La démarche diagnostic reste du domaine exclusif du médecin. Lui seul parmi les professionnels de santé, a reçu une formation spécifique et a été évalué sur ses capacités à faire le diagnostic étiologique des différentes affections médicales ou chirurgicales. Seul le diagnostic lésionnel permet de faire un traitement étiologique qui dans les meilleurs des cas aboutit à une guérison.

Il est renseigné par :

les circonstances de l'accident (récit du sujet, de témoins ...)

le mécanisme lésionnel, par exemple : la position du membre inférieur lors d'une chute à ski.

Les différents documents médicaux : courriers, certificats médicaux, comptes rendus opératoires etc

L'examen clinique et les examens d'imagerie ou autres (électrophysiologie)

Les examens paracliniques sont confrontés aux résultats de l'examen clinique.

La radiographie du genou ci-dessous explique les douleurs du compartiment latéral et la raideur retrouvées à l'examen du patient.



photo : radiographie du genou avec gonarthrose fémoro tibiale latérale.

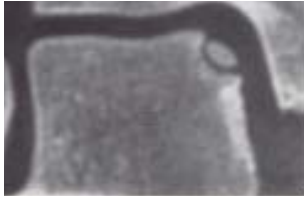


photo : radiographie de l'articulation talo-crurale, de face, montrant une ostéochondrose du dôme du talus survenue dans les suites d'un traumatisme de la cheville, responsable de douleurs mécaniques.

Le médecin doit faire le bilan complet et précis des lésions. Dans de nombreux cas cela implique la participation de différents spécialistes (radiologues, orthopédistes, neurologues, rhumatologues...)

112 Le bilan des déficiences

le recueil des doléances :

« quand je joue au foot, parfois j'ai l'impression que mon genou lâche, qu'il part en dedans... » cette doléance nous oriente vers une instabilité qui peut être secondaire à une lésion du ligament croisé antéro-externe du genou (LCAE) avec une laxité articulaire.

Il faut mettre les sujets en confiance et prendre le temps de les écouter.

Le recueil des doléances est complété par un interrogatoire orienté faisant préciser les douleurs éventuelles, les défauts de mobilité, les déficits de force musculaire, les troubles de la sensibilité comme les paresthésies, l'anesthésie.

Les signes décrits par le sujet seront comparés aux résultats de l'examen clinique qui comporte des évaluations articulaires, musculaires, de la sensibilité, des troubles trophiques et circulatoires.

l'évaluation de la douleur :

(Mortierat-Itant.MA, André.JM)

« si je marche ou que je reste debout longtemps, je ressens une douleur sur le côté de mon genou... »

L'évaluation de la douleur est qualitative et quantitative.

L'évaluation qualitative s'informe sur différents paramètres : topographie, caractères inflammatoire ou mécanique etc.

L'examineur entraîné cherche à découvrir par l'inspection et la palpation, la structure anatomique qui est responsable de la douleur. Cela suppose une bonne connaissance de l'anatomie topographique. Cette recherche est aidée par l'étude des examens d'imagerie médicale.

L'évaluation quantitative : la douleur est subjective, son évaluation se fait par le rapport verbal du patient ou l'observation de son comportement.

Les mesures subjectives verbales :

L'échelle visuelle analogique (EVA) de Price.DD, 1994. L'EVA est la plus utilisée en pratique clinique aujourd'hui. Elle se présente sous la forme d'une ligne horizontale ou verticale de 10 cm de long et dont les extrêmes portent les mentions « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Le patient désigne ou fait une marque à l'endroit qui correspond le mieux à sa douleur. La valeur retenue est la mesure en millimètres à partir de l'extrémité minimale.

L'échelle Numérique (EN) introduite par Likert en 1932. L'EN est graduée de 0 à 10 et comprend donc 11 niveaux. Les extrémités portent les mentions « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Le patient entoure le chiffre correspondant à l'intensité de la douleur qu'il ressent.

L'échelle verbale simple (EVS) de Keele.KD en 1948. comprend 5 propositions numérotées de 0 à 5. Le patient choisit le qualificatif correspondant à sa douleur. Parmi ces trois échelles, l'EVS semble moins sensible ; l'EN et l'EVA présentent la même fiabilité.

Ces échelles unidimensionnelles ont le désavantage d'être des indicateurs globaux et de ne pas permettre une analyse des différentes composantes de la douleur. Leur valeur descriptive est faible par rapport aux échelles comportementales ou échelles qualitatives. Les avantages de l'EVA sont sa sensibilité et la possibilité d'effectuer des mesures fréquentes car elle est de passation rapide et facile.

Les échelles de visages : ces méthodes ont été proposées par les anglo-saxons pour les enfants de 2 à 4 ans voire plus. Des planches de visages dessinés de façon schématique représentent des niveaux progressifs de douleur. Parmi ces échelles la Faces Pain Scale de Bieri.D 1990.

Les mesures des composantes motrices et comportementales de la douleur.

La douleur est subjective mais le comportement d'un patient et les modifications de comportements habituels peuvent révéler le degré d'incapacité mais aussi la sévérité d'une douleur. Les comportements douloureux se traduisent par les plaintes verbales, les expressions pseudo-verbales (souples), les mimiques, les pleurs, les positions antalgiques, les gestes de protection des zones douloureuses, une réduction des mouvements et l'évitement de certains gestes, un retentissement sur la vie sociale. L'hétéro évaluation comportementale est l'évaluation de la douleur par une tierce personne grâce à l'utilisation de critères comportementaux regroupés au sein d'une échelle. L'échelle Doloplus 2, Warry.B, 1999, est une des plus avancées en France. Elle comporte 10 items répartis en trois sous groupes proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psycho-moteurs, 3 items psycho-sociaux, chaque item est coté de 0 à 3).

Les traitements à visée antalgique utilisés (et non pas seulement ce qui a été prescrit) doivent être bien détaillés. L'évolution dans le temps des prises médicamenteuses est un indicateur de l'évolution de la douleur.

le bilan articulaire

(Delarque.A, Viton.JM)



photo : bilan articulaire de l'articulation talo-crurale, mobilité en flexion lorsque le genou est fléchi (les muscles gastrocnémiens bi-articulaires sont alors détendus)

Une articulation normale se définit par son indolence, sa mobilité, sa stabilité, le respect de la morphologie et des alignements physiologiques. Le bilan articulaire comporte un interrogatoire et un examen complet des différentes articulations. Il étudie des éléments subjectifs comme la douleur et des éléments objectifs comme les alignements, les amplitudes articulaires et la recherche de mobilités anormales. Le médecin physique et de réadaptation doit chercher la ou les causes de chaque défaut d'une articulation.

Une confrontation entre la clinique et les examens para-cliniques est souvent nécessaire pour fournir toutes les réponses. La radiographie du poignet ci-dessous montre des altérations articulaires sévères du poignet, d'origine post-traumatique qui expliquent les douleurs et la raideur dont se plaint le sujet.



radiographie du poignet de profil : détérioration de l'interligne radio-carpien.

le bilan musculaire :

Les muscles interviennent dans le contrôle de la posture et du mouvement grâce à leurs effets mécaniques et à leur rôle dans la proprioception.

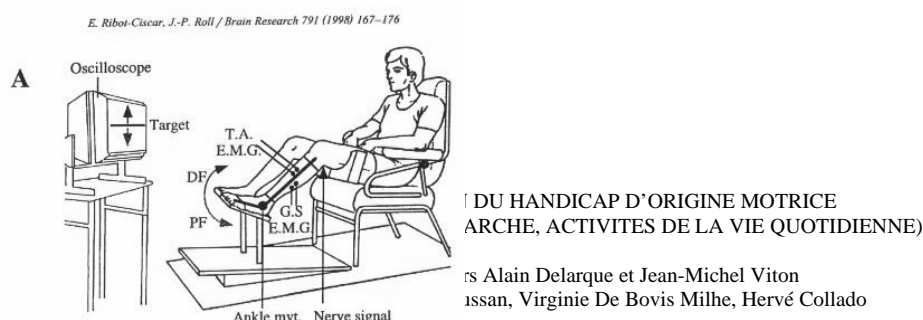


photo : travaux de Roll.JP sur la perception du mouvement.

Leur exploration doit être la plus exhaustive possible.

Amyotrophie appréciée à la vue, à la palpation, aux mensurations des périmètres des membres à différents niveaux, de façon comparative.

Modification du tonus musculaire à type d'hypotonie ou d'hypertonie, de contractures globales ou localisées,

Modification de la course des muscles mono ou polyarticulaires. Devant un pied équin dans les suites d'un traumatisme du membre inférieur, l'examineur peut savoir si la limitation de la flexion de la talo-crurale est due à une diminution de la course des gastrocnémiens ou à une limitation de la mobilité de l'articulation talo-crurale elle-même.

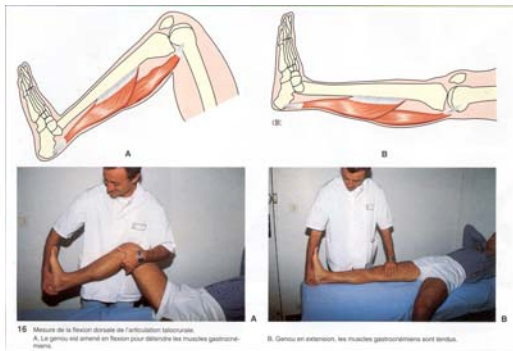


photo : rôle des gastrocnémiens sur la flexion de l'articulation talo-crurale

Evaluation de la force musculaire selon le testing clinique, faisceau par faisceau (muscles comme le quadriceps, les ischio-jambiers), ou muscle par muscle.

L'examineur doit être très expérimenté pour ne pas faire des erreurs grossières.

On voit ainsi des muscles cotés à 3 qui sont à zéro pour un clinicien entraîné (par le jeu des compensations, ainsi le tenseur du fascia lata peut simuler l'action du gluteus medius lors d'une abduction de hanche). Les valeurs de 0 à 3 sont peu dépendantes de l'examineur. Il n'en est pas de même des cotations 4 ou 5.

Les dynamomètres isocinétiques permettent des quantifications linéaires des couples de force développés par les muscles agonistes et antagonistes qui mobilisent une articulation, selon la vitesse utilisée.



EVALUATION DU HANDICAP D'ORIGINE MOTRICE
DEBOUT, MARCHE, ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE)

Prs Alain Delarque et Jean-Michel Viton
urent Bensoussan, Virginie De Bovis Milhe, Hervé Collado

photo : évaluation sur dynamomètre isocinétique de la force du quadriceps.

Ils autorisent l'étude de l'endurance. Ils ne permettent pas une étude analytique, muscle par muscle ou faisceau par faisceau (les quatre chefs du quadriceps sont cotés globalement).

L'installation du patient (relations entre posture et mouvement), les consignes qui lui sont données influent sur le résultat. Le couplage avec l'EMG de surface reste du domaine de la recherche. Il renseigne sur le contrôle neuromusculaire dans les mouvements.

L'électromyographie de détection et de stimulo-détection n'a de valeur que dans des mains très expérimentées. Devant une amyotrophie, l'EMG permet de dire si celle-ci est liée à une atteinte neurogène ou à une amyotrophie de non utilisation après un traumatisme.

le bilan de la sensibilité :

(André.JM, Paysant.J)

« la sensibilité ou somesthésie désigne la modalité sensorielle dévolue à la connaissance du monde extérieur immédiat (extéroception) et à celle du corps moteur (proprioception).

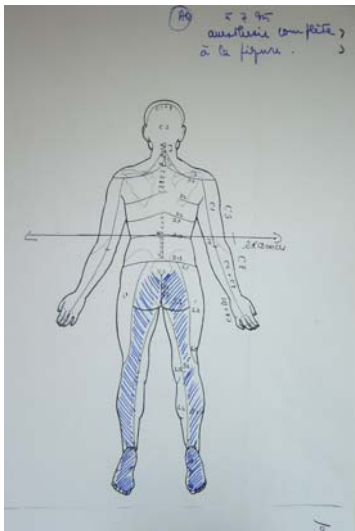


Photo : cartographie des troubles de la sensibilité superficielle à la piqûre d'un sujet porteur d'un myélo-méningocèle.

la sensibilité doit être explorée selon tous les modes, superficielle, profonde, proprioceptive, thermique. Une cartographie doit être établie. Ce bilan de la

sensibilité est subjectif. Confronté au bilan des réflexes et au bilan musculaire, il permet de déterminer une topographie tronculaire ou radiculaire dans les atteintes des membres. Comme lors du bilan musculaire, la confrontation avec les résultats de l'électromyogramme est très utile.

Les bilans trophique et circulatoire :



photo : troubles trophiques après fracture ouverte et phlébite du MIG.

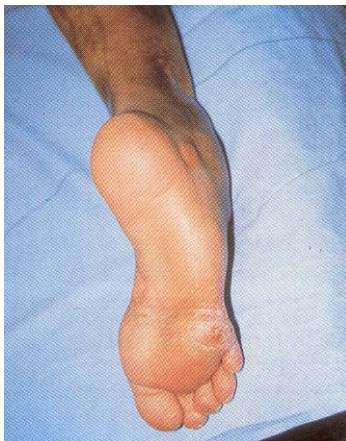


photo : hyperkératose plantaire en regard de la tête du cinquième métatarsien, zone où l'appui est plus important.

l'œdème distal est très fréquent au niveau des membres dans les suites de traumatismes. Associé à la douleur il fait évoquer une algoneurodystrophie. Le diagnostic est clinique et paraclinique avec des signes scintigraphiques précoces, radiologiques tardifs et durables.

Les troubles vasculaires sont à rechercher au moindre doute. Ils doivent être confirmés par des spécialistes, chirurgien vasculaire ou angiologue avec l'apport des examens complémentaires (échodoppler artériel et veineux, artériographie, phlébographie).

113 Le bilan fonctionnel

l'évaluation des capacités fonctionnelles se fait grâce à l'interrogatoire qui fait tout d'abord préciser les impossibilités ou difficultés lors des activités de la journée.



photo : difficultés d'accroupissement liées à la raideur (flexion limitée) de la cheville gauche

Il est très utile de demander au patient d'écrire systématiquement les activités qu'il ne peut pas réaliser seul, celles qu'il souhaiterait réaliser seul ou avec aide, les activités pour lesquelles il a du modifier ses habitudes (ex : habillement type sportswear avec un pantalon de jogging, des chaussures sans lacets).

Il est aussi utile de faire préciser par la famille (par écrit) les aides directes, les supervisions qu'elle apporte durant la vie de tous les jours ou dans des circonstances particulières (couper les ongles des orteils chez un patient avec une raideur en extension de hanche (et) ou de la colonne lombaire).

Dans les suites d'une pathologie touchant un membre inférieur ; un minimum d'activités utilisant les membres inférieurs doivent être étudiées. La station debout, en appui bipodal et si cela est possible monopodal, l'accroupissement et le redressement, la marche, la montée et la descente des escaliers, s'habiller, se déshabiller, se chausser. La conduite, peut aussi être mimée, en faisant préciser les aménagements du véhicule.

L'utilisation d'échelles d'évaluation permet d'être systématique, de comparer entre elles des populations de patients, de suivre l'évolution d'un sujet ou de populations etc.

On peut se servir de la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle ou MIF (André.JM, Salle.JY). Il s'agit d'une évaluation fonctionnelle générique, applicable à toutes les pathologies. Une partie de ses items est dédiée aux membres inférieurs. D'autres bilans quantifiés fonctionnels sont spécifiques de pathologies comme le score Arpège pour les traumatismes ligamentaires du genou, le score de l'Hospital for Special Surgery (HSS) pour les prothèses

totales de genou, l'indice algo-fonctionnel de Lequesne pour la coxarthrose ou la gonarthrose.

L'évaluation quantifiée de paramètres fonctionnels est de plus en plus utilisée. La quantification (linéaire) porte sur des paramètres temporels, la cinématique, la cinétique, l'énergétique.

- des paramètres temporels et spatiaux du pas (tapis de marche comme le Gaitrite®) :

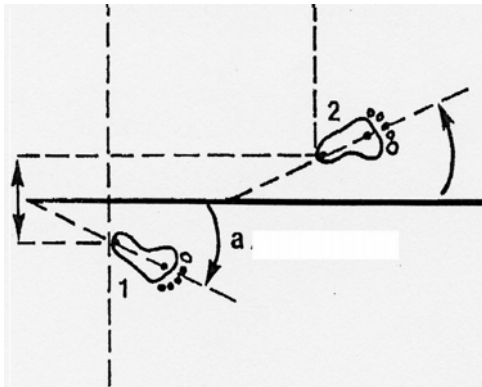


schéma : données fournies par le système Gaitrite®, longueur et largeur des pas, angle du pas,

- des paramètres cinématiques (obtenus grâce à systèmes vidéo, opto-électroniques, à des goniomètres électroniques) ex : secteur de mobilité utilisé par le genou durant la descente d'une marche (Viton et all),

- des paramètres cinétiques (plate-forme de force) ex : impact au sol lors de la descente d'une marche chez le sujet gonarthrosique (Viton et all),

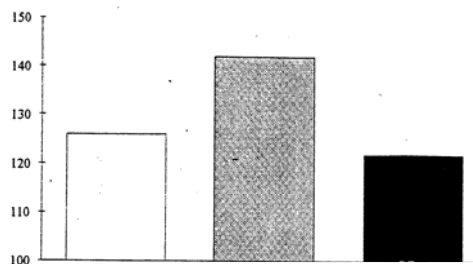


schéma : réception du pied au sol chez le sujet gonarthrosique unilatéral, forces verticales en pourcentage du poids du corps, avec de gauche à droite, (blanc) sujets contrôles, (gris) membre inférieur sain en réception, (noir) membre inférieur gonarthrosique en réception

- des paramètres électrophysiologiques (électromyographie cinésilogique)
- des paramètres énergétiques



photo : système d'analyse des gaz embarqué (cours Pellas.F, European School Marseille)

114 le bilan en situation,

autonomie, dépendance, évaluation de la participation

Le bilan en situation évalue les facteurs environnementaux matériels et humains qui peuvent avoir une action favorable ou défavorable sur l'autonomie et la participation du sujet à la vie sociale.

C'est un élément indispensable. Il est fait par le médecin ou établi par d'autres professionnels de santé comme les ergothérapeutes, les psychologues ou les neuropsychologues. Dans le cadre de la convention qui lie l'Association des Paralysés de France des BDR (APF13) à la Fédération de Médecine Physique et de Réadaptation de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, des bilans sont effectués au domicile et dans le quartier des patients, pour savoir si la salle de bains doit être aménagée, si un fauteuil roulant électrique peut être utilisé pour des déplacements à l'extérieur.



photo : étude de l'utilisation de la salle de bain chez une patiente porteuse de troubles neurologiques, l'observation met en évidence des difficultés et des risques de chutes.

Ces bilans en situation permettent de définir la nécessité d'aménagements des lieux de vie, de travail, de loisirs.

Ils permettent aussi de mieux définir la nécessité et le rôle de différentes tierces personnes. Ces tierces personnes vont réaliser certaines activités à la place de la personne porteuse de déficiences. Il s'agit par exemple d'une aide ménagère qui pourra faire les courses hebdomadaires, le « gros ménage » au domicile, d'un accompagnateur qui facilitera les déplacements à l'extérieur du domicile et permettra de participer à des activités privées ou publiques. Ces aides humaines peuvent intervenir aussi durant les études, c'est le rôle de l'auxiliaire d'intégration scolaire (AIS) qui va faciliter les déplacements à l'intérieur de l'école ou de la faculté, prendra certains cours ou schémas à la place de l'étudiant en situation de handicap. C'est le rôle du professeur d'Education Physique et Sportive (EPS) ayant une formation en Activités Physiques Adaptées (APA) qui aidera une personne déficiente à débiter et à pratiquer une activité sportive...

De nouvelles méthodes se développent actuellement pour quantifier les activités posturo-motrices au domicile. Il serait en effet très intéressant de savoir combien de temps un sujet amputé d'un ou des membres inférieurs passe de temps debout, à marcher, à monter et descendre des escaliers lorsqu'il est à son domicile.



HANDICAP D'ORIGINE MOTRICE
ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE)

Delarque et Jean-Michel Viton
Génie De Bovis Milhe, Hervé Collado

photo : Stam.H, accéléromètres embarqués permettant la quantification des activités posturo-motrices. (cours European School Marseille)

115 Le bilan de qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie peut être qualitative ou quantitative. Différentes échelles d'évaluation de la qualité de vie existent, elles ont plus un intérêt pour des études de populations qu'au niveau individuel. L'utilisation de ces échelles ou questionnaires vient cependant compléter les autres types de bilans. Plusieurs personnes ayant après un traumatisme des membres inférieurs, les mêmes capacités fonctionnelles, les mêmes situations de handicap, peuvent vivre différemment leurs expériences. L'utilisation d'échelles visuelles de qualité de vie est un moyen simple d'apprécier son évolution dans le temps chez un patient avant et après traitement.

12 Le bilan social :

statut social et professionnel actuel

situation sociale et familiale

situation par rapport à l'assurance maladie,

pensions d'invalidité, aides sociales matérielles (allocation adulte

handicapé, allocation compensatrice tierce personne) et humaines.

Il est aussi important de savoir comment ce sujet a pu réagir lors de problèmes antérieurs (approche psychologique).

Il faut connaître l'histoire de la cellule familiale, ses ressources, les responsabilités du sujet dans la cellule familiale.

L'ensemble du bilan médico-social est réalisé lors de différents types de consultations :

La consultation d'orientation (durée moyenne 30') :

elle permet de savoir quelle est l'attente du médecin qui adresse le patient,

quels sont les désirs et les doléances du patient, quels sont les désirs et les doléances de sa famille. Il n'y a pas forcément concordance entre ces différents éléments.

La consultation d'orientation contrôle la validité du diagnostic, le remet en question éventuellement, pour alors reprendre l'enquête diagnostic.

Elle reprend, avec les informations données par le médecin de famille, le chirurgien, le patient et son entourage, l'histoire clinique et ses conséquences fonctionnelles, les antécédents.

Elle assure un premier examen d'orientation diagnostic et thérapeutique.

A l'issue de cette consultation une explication est donnée au patient et à sa famille, un courrier est dicté devant le patient et sa famille et adressé avec son (ou leur) accord au(x) médecin(s) traitant(s) et aux autres thérapeutes concernés (totalité ou partie du précédent document pour des raisons de confidentialité). Ce courrier précise les points suivants :

diagnostic confirmé ou nécessitant d'autres investigations et d'autres avis de spécialistes,

absence d'indications thérapeutiques ou protocole thérapeutique simple ne nécessitant pas d'autres consultations,

autres rendez-vous pour des consultations ou évaluations spécifiques.

Une fiche d'information sur ces consultations est délivrée au patient. Elle donne des informations sur l'objectif de ces consultations, sur leurs modalités : tenue vestimentaire, intervenants médicaux et autres, niveau de participation du patient, durée habituelle.

La consultation dédiée au bilan des déficiences, des (in)capacités, des situations de handicap et de qualité de vie



Photo : sujet se déplaçant sur un tapis de marche muni de capteurs.

(données qualitatives, ordinales et quantifiées linéaires, durée moyenne 1h30) : L'ensemble de ces éléments est exposé au patient et à sa famille. Il est résumé dans un courrier destiné au(x) médecin(s) traitant(s) et aux autres personnes (totalité ou partie du précédent document pour des raisons de confidentialité),

qu'il s'agisse de professionnels de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute) ou de membres de sa famille, qui seront impliqués dans le programme de soins.

La consultation médico-technique d'appareillage

(durée moyenne 30 mn)



Photo : patient porteur d'une prothèse du membre supérieur gauche après désarticulation.

Elle est précédée par une consultation d'orientation qui détermine la pathologie en cause, précise les possibilités thérapeutiques éventuellement associées.

Le patient est présenté au(x) technicien(s) d'appareillage (orthoprothésiste, podo-orthésiste) par le médecin qui donne les éléments médicaux nécessaires à un bon résultat fonctionnel :

c'est par exemple la notion de troubles de la sensibilité, d'une infection locale

...

Le médecin précise quel sont les objectifs de l'appareillage : prévention de complications telles que des lésions cutanées chez un sujet porteur de troubles de la sensibilité (ex : sujet porteur d'un myéloméningocèle), lutte contre la douleur pour une chaussure sur mesure, prévention des chutes pour une orthèse de marche etc.

Le technicien d'appareillage évalue le cas, indique si ce qui lui est demandé lui paraît possible ou non. Dans ce dernier cas, il en explique la (ou les) raisons. Médecin et technicien d'appareillage expliquent ensuite au patient les modalités de réalisation de l'appareil, le calendrier envisagé pour l'essayage, la livraison, les conséquences attendues, les limites de l'appareil, les impératifs à respecter dans le suivi initial et à distance par le patient, les aspects financiers éventuels si la prise en charge par les organismes sociaux n'est pas complète.

Le suivi est assuré par une consultation médico-technique dite d'essayage avant la livraison de l'appareil complètement fini. Cela permet d'effectuer des retouches et d'adapter au mieux l'appareil avant la livraison médico-technique définitive. Lors de premières mises une consultation est effectuée à distance pour contrôle.

Le suivi des appareillages est habituellement réalisé lors de deux visites annuelles. La première est assurée par l'appareilleur seul. Elle a pour but de contrôler le bon état de l'appareil, la bonne tolérance et le maintien des résultats

obtenus initialement. Si nécessaire des réparations sont effectuées (usure de la semelle de CHO, contrôle du bon fonctionnement de l'articulation d'une orthèse ou d'une prothèse). La deuxième consultation annuelle est une consultation médico-technique. Il est demandé au patient d'y venir avec un courrier de son médecin traitant faisant part de l'évolution du patient et des problèmes de santé survenus durant l'année écoulée.

Les consultations médico-techniques d'appareillage sont conclues par une explication donnée au patient et un courrier dicté devant lui à l'attention de son(s) médecin(s) traitant(s), et du kinésithérapeute en charge de sa rééducation.

La consultation interdisciplinaire médico-chirurgicale consacrée aux affections orthopédiques touchant les membres inférieurs (durée moyenne 2h)

Ces consultations sont obligatoirement précédées de consultations d'orientation et de bilan des déficiences et des (in)capacités (aspect qualitatif et quantifié ordinal).

Elles impliquent des médecins de MPR et un chirurgien orthopédiste spécialisé dans la chirurgie fonctionnelle des membres inférieurs au sein du CHU.

Elles ont pour objectif de déterminer si une chirurgie fonctionnelle est justifiée.

Si cela est le cas, d'en préciser les modalités, d'en organiser les suites pour garantir le meilleur résultat thérapeutique et la meilleure qualité de vie du patient et de son entourage.

Parfois l'indication est justifiée par un souci d'hygiène corporel : ténotomie des adducteurs pour faciliter la toilette intime d'un patient.

A la fin de cette consultation un courrier résumant le programme envisagé est adressé au(x) médecin(s) traitant(s) et aux autres personnels soignants non médicaux (totalité ou partie du précédent document pour des raisons de confidentialité), sous réserve de l'accord du patient.

Il est demandé au patient et à sa famille de prendre l'avis de ses thérapeutes habituels avant de décider d'une intervention chirurgicale.

Les visites médico-techniques à domicile, l'évaluation en situation : (durée moyenne 2h)

Elles sont effectuées conjointement par un médecin de MPR du CHU (dans la limite de l'agglomération marseillaise) et par du personnel de l'Association des Paralysés de France (APF) ou d'une autre association de personnes handicapées, en général un(e) ergothérapeute parfois accompagné(e) par un travailleur social. Elles entrent dans le cadre d'une convention établie entre le service de médecine physique et de réadaptation de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et l'APF.

Leur objectif est essentiellement une évaluation des handicaps de situation par l'ergothérapeute de l'APF et le médecin de MPR, suivie d'un projet envisageant les solutions permettant de réduire ou de supprimer ces handicaps de situation par des aides techniques, un aménagement du domicile, l'intervention de tierces personnes.

Un rapport est établi à la suite de cette visite, destiné à l'équipe de MPR, au(x) médecin(s) traitant(s) et aux personnels soignants non médicaux si nécessaire (totalité ou partie du précédent document pour des raisons de confidentialité), sous réserve de l'accord du patient. Ce rapport peut être enfin fourni, sur demande du patient et de sa famille à divers organismes comme des compagnies d'assurance, des organismes sociaux.

A l'issue de ces consultations le médecin de MPR fait la synthèse du cas de son patient :

« il s'agit d'un sujet âgé de x années

qui se plaint de ...

et qui est atteint de telle affection depuis x années...

dont l'évolution s'est dégradée depuis x mois ou années, pour telle et telle raison,

qui présente les déficiences et incapacités suivantes, en rapport avec les pathologies connues de ce patient,

ses incapacités entraînent un retentissement sur sa vie personnelle, familiale, professionnelle, de loisir,

elles le mettent en situation de handicap et altèrent sa qualité de vie... »

2 Le programme thérapeutique en MPR, l'information, l'éducation

Le médecin de MPR va définir un programme thérapeutique incluant différentes modalités (déjà évoquées dans le cadre des consultations médico-techniques et interdisciplinaires, dans les réunions de synthèse de l'équipe de MPR) et fixer des objectifs à atteindre à l'issue d'une période précisée au terme de laquelle une évaluation sera programmée. Ce programme sera expliqué au patient et à sa famille. Il doit être bien compris et accepté par le patient et sa famille.

Le programme thérapeutique repose sur le bilan médico-social, l'utilisation de procédures thérapeutiques validées.

Il doit être précis dans ses objectifs, dans ses modalités.

Il fait appel à différents professionnels de santé avec lesquels les modalités thérapeutiques sont bien comprises (membres d'une même équipe, d'un réseau de soins, techniques de rééducation validées, moyens de communication pour transmettre l'information, comme les cassettes vidéo ou le multimédia)

Il peut être réalisé soit dans le cadre ambulatoire, soit dans celui de l'hospitalisation à temps partiel ou de l'hospitalisation à temps plein (Charte de qualité en MPR et critères de prise en charge en MPR).

Il doit être expliqué, bien compris et accepté par le patient, son entourage.

Le rôle du médecin de MPR ne se limite pas à établir un programme thérapeutique, il doit aussi diffuser une information auprès des professionnels de santé concernés, faire une éducation du patient et de son entourage.

Les modalités de suivi et d'évaluation du programme thérapeutique mis en place doivent être bien définies et transmises aux personnes concernées dès sa mise en route.

Elles reposent sur des évaluations faites par le patient, son entourage et sur des évaluations faites par les thérapeutes en reprenant les éléments du bilan initial (déficiences, capacités, situations de handicap, qualité de vie).

Conclusion

La qualité de la prise en charge en MPR repose sur un bilan exhaustif du patient et de son environnement. La validation des techniques thérapeutiques passera de plus en plus par des évaluations tenant compte non seulement de l'évolution des déficiences et des capacités mais aussi de l'intégration des personnes en situation de handicap dans la société et de leur qualité de vie.

« La mise en place de réseaux régionaux permet de respecter les missions de chaque structure et la continuité des soins pour chaque sujet.

Le développement de réseaux coordonnés " ville –hôpital " permet d'optimiser la prise en charge de chaque personne soignée, avec le souci permanent de la récupération de la fonction et de l'autonomie .

Le sujet bénéficie d'un projet de soins de MPR qui peut se décliner successivement dans plusieurs structures et selon des modalités évolutives.

Les soins peuvent être coordonnés successivement et alternativement en hospitalisation conventionnelle, en hospitalisation alternative de jour et en ambulatoire dans la structure la plus adaptée selon ses spécificités et les objectifs du projet de soins » Charte de qualité en MPR signée par les huit composantes de la Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation.

Bibliographie

André.JM, Paysant. J Bilan de la sensibilité, in Traité de médecine physique et de réadaptation, 1998, JP.Held, O.Dizien, chap 5, 43-49

André.JM, Salle.JY. Echelles d'évaluation fonctionnelle, in Traité de médecine physique et de réadaptation, 1998, JP.Held, O.Dizien, chap 18, 163-168-49

Béthoux.F Calmels.P Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation, Editions Frison-Roche.

Delarque.A, Pellas.F. Bilan fonctionnel des membres inférieurs in Traité de médecine physique et de réadaptation, 1998, JP.Held, O.Dizien

Delarque.A, Viton.JM. Bilan articulaire des membres in Traité de médecine physique et de réadaptation, 1998, JP.Held, O.Dizien, chap 4, 30-42
Huskisson E. Measurement of pain. Lancet 1974; 2:1127-31.
Mortierat-Itant.MA, André.JM, Evaluation de la douleur, in Traité de médecine physique et de réadaptation, 1998, JP.Held, O.Dizien, chapitre 40, 332-342.
Viton.JM, Atlani.L, Mesure.S, Massion.J, Franceschi.JP, Delarque.A, Bardot.A. Reorganization of equilibrium and movement control strategies after total knee arthroplasty. Journal of Rehabilitation Medicine, 2002 ; 34 : 12-19.

Sites internet

ANAES : www.anaes.fr

SYFMER : <http://www.cpod.com/monoweb/syfmer/>

pour la Charte de Qualité en MPR et les Critères de Prise en Charge

Enseignements

1. Master Ingénierie de la Santé, spécialisation Handicap et Santé.
2. DIU Bases neurobiologiques de la réadaptation des sujets cérébrolésés, professeurs Alain DELARQUE, Michel LACOUR, André NIEOULLON, Jean-Michel VITON, Faculté de médecine de Marseille
3. DU Analyse de la Posture et du Mouvement, professeur Jean-Michel VITON Faculté de médecine de Marseille
4. DIU de médecine manuelle ostéopathie, professeurs Alain DELARQUE et Jean-Michel VITON, docteur Pierre REQUIER Faculté de médecine de Marseille (pour les examens cliniques programmés de l'appareil locomoteur)
5. Capacité de biologie et médecine du sport, professeur Jean-Michel VITON et docteur Jean-Marie COUDREUSE, Faculté de médecine de Marseille (pour la traumatologie de l'appareil locomoteur, aspects diagnostic et thérapeutique)
6. DU appareillage des personnes handicapées, professeurs A DELARQUE, JM VITON, Dr P BENEZET, Faculté de médecine de Marseille

EUROPEAN SCHOOL MARSEILLE ON POSTURE AND MOVEMENT ANALYSIS, Intensive Programme Erasmus Socrates European Union

<http://www.mediterranee.univ-mrs.fr/esm>

professeurs Alain DELARQUE*, André BARDOT* , Jean-Michel VITON*, docteurs Serge MESURE** et Laurent BENSOUSSAN*, Faculté de médecine de Marseille* et UFR STAPS**, Université de la Méditerranée 4/16 juillet 2005, amphî HA3 CHU Timone (pour les méthodes modernes d'évaluation de la mobilité).