



**AVC**  
**Normandie**

# RÉÉDUCATION POST AVC EN PRATIQUE LIBÉRALE

PRÉSENTÉ PAR BASTIEN GUELLE

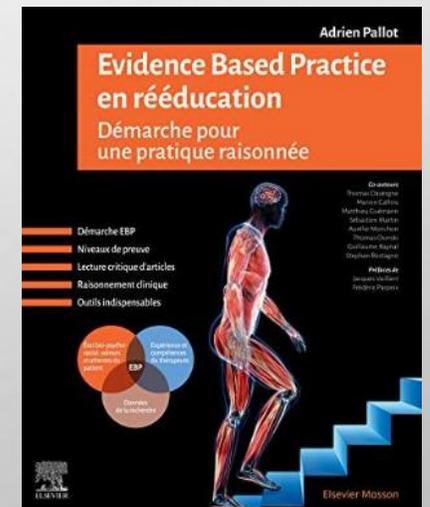
MKDE LIBÉRAL (IFS)

DU NEURORÉÉDUCATION DU MOUVEMENT

DIU MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES

# CONTEXTE: LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE EN PLEINE ÉVOLUTION

- UNIVERSITARISATION DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
- MODÈLE BIO-PSYCHO-SOCIAL (ENGEL 1980)
- REDÉFINITION DU MÉTIER DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE (ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ)
- EVIDED-BASED PRACTICE



# **QUELLE EST L'ÉVOLUTION DE LA MOTRICITÉ EN PHASE CHRONIQUE DE L'AVC ?**

# Functional and Motor Outcome 5 Years After Stroke Is Equivalent to Outcome at 2 Months Follow-Up of the Collaborative Evaluation of Rehabilitation in Stroke Across Europe

Sarah Meyer, MSc; Geert Verheyden, PhD; Nadine Brinkmann, BSc; Eddy Dejaeger, PhD;  
Willy De Weerd, PhD; Hilde Feys, PhD; Andreas R. Gantenbein, MD; Walter Jenni, MD;  
Annouschka Laenen, PhD; Nadina Lincoln, PhD; Koen Putman, PhD; Birgit Schuback, MSc;  
Wilfried Schupp, MD; Vincent Thijs, PhD; Liesbet De Wit, PhD

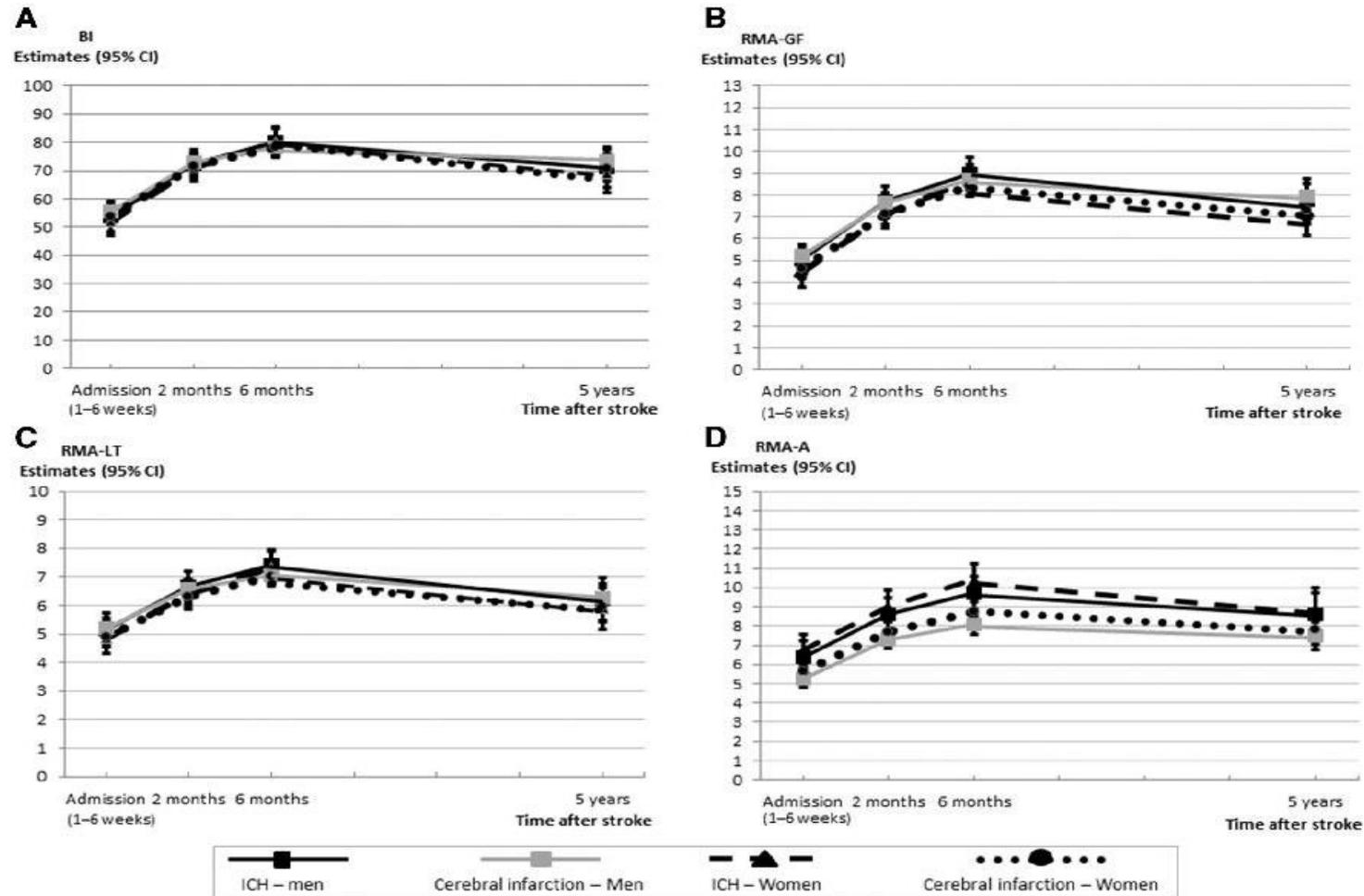
**Background and Purpose**—Recovery of patients within the first 6 months after stroke is well documented, but there has been little research on long-term recovery. The aim of this study was to analyze functional and motor recovery between admission to rehabilitation centres and 5 years after stroke.

**Methods**—This follow-up of the Collaborative Evaluation of Rehabilitation in Stroke Across Europe study, included patients from 4 European rehabilitation centres. Patients were assessed on admission, at 2 and 6 months, and 5 years after stroke, using the Barthel Index, Rivermead Motor Assessment Gross Function, Leg and Trunk function, and Arm function. Linear mixed models were used, corrected for baseline characteristics. To account for the drop-out during follow-up, the analysis is likelihood-based (assumption of missingness at random).

**Results**—A total of 532 patients were included in this study, of which 238 were followed up at 5 years post stroke. Mean age at stroke onset was 69 ( $\pm 10$  SD) years, 53% were men, 84% had ischemic strokes, and 53% had left-sided motor impairment. Linear mixed model analysis revealed a significant deterioration for all 4 outcomes between 6 months and 5 years ( $P < 0.0001$ ). Scores at 2 months were not statistically significant different from scores at 5 years after stroke. Higher age ( $P < 0.0001$ ) and increasing stroke severity on admission ( $P < 0.0001$ ) negatively affected long-term functional and motor recovery.

**Conclusions**—Five-year follow-up revealed deterioration in functional and motor outcome, with a return to the level measured at 2 months. Increasing age and increasing stroke severity negatively affected recovery up to 5 years after stroke. (*Stroke*. 2015;46:1613-1619. DOI: 10.1161/STROKEAHA.115.009421.)

**Key Words:** follow-up studies ■ recovery of function ■ rehabilitation ■ stroke



**Figure 2.** Recovery patterns of (A) the Barthel Index (BI), (B) Rivermead Motor Assessment of Gross Function (RMA-GF), (C) RMA of Leg and Trunk function (RMA-LT), and (D) RMA of Arm function (RMA-A) from admission to the rehabilitation center up to 5 years after stroke. ICH indicates intracerebral hemorrhage.

# RECOMMANDATION : HAS JUIN 2012 ET BIENTÔT JUILLET 2022...



- « **LE RENFORCEMENT MUSCULAIRE** EST RECOMMANDÉ POUR AMÉLIORER LA FORCE MUSCULAIRE À LA PHASE CHRONIQUE DE L'AVC (GRADE C), MAIS PAS LA FONCTION. LE RENFORCEMENT MUSCULAIRE APRÈS AVC NE RENFORCE PAS LA SPASTICITÉ (GRADE B). »
- « A LA PHASE CHRONIQUE, **LE TEMPS D'EXERCICES** A UN IMPACT FAVORABLE SUR LES PERFORMANCES DE LA MARCHÉ (GRADE B). IL EST RECOMMANDÉ D'INCLURE L'EFFET TEMPS COMME UNE COMPOSANTE IMPORTANTE DE LA RÉCUPÉRATION MOTRICE. »
- « POUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR, ON PEUT CITER **L'IMAGERIE MOTRICE, L'ENTRAÎNEMENT SUR ROBOT, LA CONTRAINTE INDUITE DU MEMBRE PARÉTIQUE.** »
- « POUR LA MARCHÉ, LES MÉTHODES RECOMMANDÉES SONT : **LE RENFORCEMENT MUSCULAIRE, LE RECONDITIONNEMENT À L'EFFORT, L'ENTRAÎNEMENT** SUR TAPIS ROULANT, L'ENTRAÎNEMENT À LA MARCHÉ AU SOL OU EN SYSTÈME ÉLECTROMÉCANIQUE, DANS LE CAS OÙ L'ENTRAÎNEMENT SUR TAPIS ROULANT EST IMPOSSIBLE, EN FAVORISANT LES STIMULATIONS RYTHMIQUES VISUELLES ET AUDITIVES. »

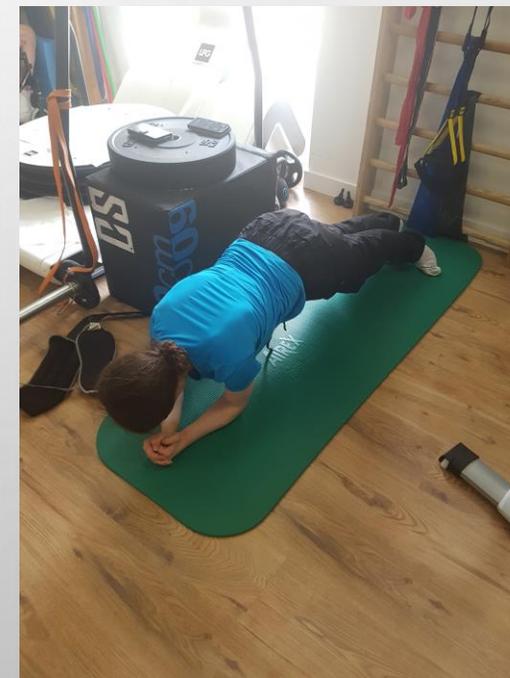
# MA PRATIQUE LIBERALE : ATELIERS EN CIRCUIT GUIDÉ (CIRCUIT CLASS THERAPY)

- **ENTRAINEMENT AÉROBIE** : MARCHÉ EN GROUPE À VITESSE MAX (1,5KM), +/- ESCALIERS, +/- MARCHÉ FRACTIONNÉE, VÉLO D'APPARTEMENT (PHOTO MARCHÉ EN GROUPE ET VÉLO)



- **RENFORCEMENT MS/MI PARÉTIQUE :**

TRACTION ÉLASTIQUE, HALTÈRE, KETTLEBELL, SAC CABAS... OU  
MISE EN CHARGE AVEC MISE EN CHARGE SUR BALANCE,  
PLATEFORME MOTORISÉE, GAINAGE...



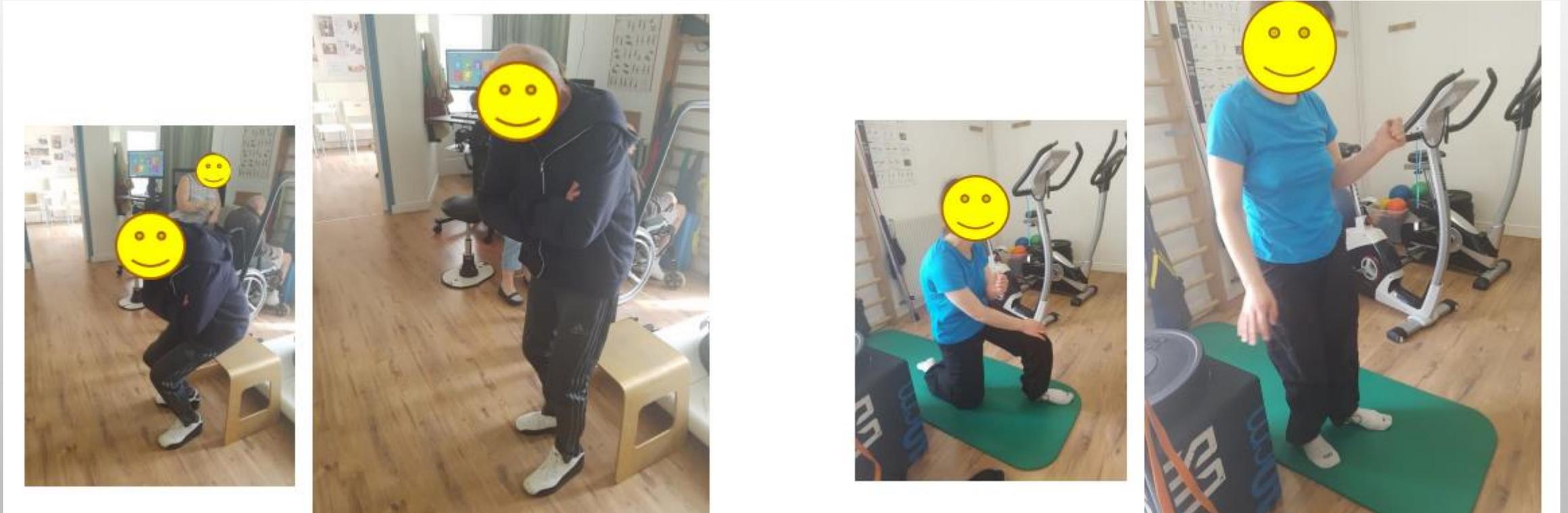
# • ASSOUPPLISSEMENT MS/MI PARÉTIQUE

## AUTOÉTIREMENT ET AUTOPOSTURE



# • LES ACTIVITÉS FONCTIONNELLES:

UTILISER LE MEMBRE SUPÉRIEUR EN L'INTÉGRANT AUX ACTIVITES DU QUOTIDIEN LIMITER LA NON UTILISATION ACQUISE (TAUB.E)



# RECHERCHE D'ACTIVITÉS FONCTIONNELLES DU MS :



servir d'appui ou de soutien



maintien pour tenir un yaourt, un verre ou autre sachet

utiliser le membre supérieur en l'intégrant aux activités du quotidien et limiter la non utilisation acquise (TAUB.E, 1994)



Activités ménagères,  
bricolage ou  
simplement actionner  
une clenche de porte

# LIVRET D'AUTO RÉÉDUCATION

## POUR LES PERSONNES HÉMIPLÉGIQUES

KRUTIKA JINWALA, CÉLINE BONNYAUD, NICOLAS ROCHE

HÔPITAL RAYMOND POINCARÉ, GARCHES, UNITÉ INSERM 1179  
FONDATION GARCHES

PRODUIT ET IMPRIMÉ AVEC LE SOUTIEN DES LABORATOIRES ALLERGAN



## BRAS Exercices Fonctionnels

### DÉPLACER UNE BOUTEILLE

#### MATÉRIEL NÉCESSAIRE

- Une table
- Une chaise
- Une boîte
- Une petite bouteille pleine

TEMPS ⌚

RÉPÉTITIONS 🔄



PLACEZ LA BOUTEILLE PLEINE À  
CÔTÉ DE LA BOÎTE VERTICALE



DÉPLACEZ LA BOUTEILLE AU  
DESSUS DE LA BOÎTE ET POSEZ  
LA DE L'AUTRE CÔTÉ



RÉPÉTEZ LE MÊME GESTE  
À L'INVERSE

## BRAS Exercices Fonctionnels

### SE COIFFER

#### MATÉRIEL NÉCESSAIRE

- Une table
- Un peigne ou une brosse

TEMPS ⌚

RÉPÉTITIONS 🔄



SAISISSEZ LA BROSSA AVEC LA MAIN HÉMIPLÉGIQUE



COIFFEZ-VOUS

# **Contrat d'autorééducation guidée dans la parésie spastique**

**Pr Jean-Michel Gracies  
Dr Romain Blondel  
Dr Caroline Gault-Colas  
Dr Nicolas Bayle**

*Service de Rééducation Neurolocomotrice  
Hôpitaux Universitaires Henri Mondor  
Université Paris Est - Créteil*

# Résultat : amélioration de la longueur fasciculaire et améliorations fonctionnelles



AVC  
Normandie



PM R 10 (2018) 1020-1031



Original Research

## Effect on Passive Range of Motion and Functional Correlates After a Long-Term Lower Limb Self-Stretch Program in Patients With Chronic Spastic Paresis

Maud Pradines, PT, MSc, Marjolaine Baude, MD, Christina Marciniak, MD, Gerard Francisco, MD, Jean-Michel Gracies, MD, PhD, Emilie Hutin, PhD, Nicolas Bayle, MD

### Abstract

**Background:** In current health care systems, long-duration stretching, performed daily, cannot be obtained through prescriptions of physical therapy. In addition, the short-term efficacy of the various stretching techniques is disputed, and their long-term effects remain undocumented.

**Objective:** To evaluate changes in extensibility in 6 lower limb muscles and in ambulation speed after a  $\geq 1$ -year self-stretch program, the Guided Self-rehabilitation Contract (GSC), in individuals with chronic spastic paresis.

**Design:** Retrospective study.

**Setting:** Neurorehabilitation clinic.

**Participants:** Patients diagnosed with hemiparesis or paraparesis at least 1 year before the initiation of a GSC and who were then involved in the GSC program for at least 1 year.

**Interventions:** For each patient, specific muscles were identified for intervention among the following: gluteus maximus, hamstrings, vastus, rectus femoris, soleus, and gastrocnemius. Prescriptions and training for a daily, high-load, prolonged, home self-stretching program were primarily based on the baseline coefficient of shortening, defined as  $C_{SH} = [(X_M - X_{V1})/X_M]$  ( $X_{V1}$  = PROM, passive range of motion;  $X_M$  = normally expected amplitude).

**Main Outcome Measurements:** Six assessments were performed per year, measuring the Tardieu  $X_{V1}$  or maximal slow stretch range of motion angle (PROM),  $C_{SH}$ , 10-m ambulation speed, and its functional ambulation category (Perry's classification: household, limited, or full). Changes from baseline in self-stretched and nonself-stretched muscles were compared, with meaningful  $X_{V1}$  change defined as  $\Delta X_{V1} > 5^\circ$  for plantar flexors and  $> 10^\circ$  for proximal muscles. Correlation between the composite  $X_{V1}$  (mean PROM for the 6 muscles) and ambulation speed also was evaluated.

**Results:** Twenty-seven GSC participants were identified (14 women, mean age 44 years, range 29-59): 18 with hemiparesis and 9 with paraparesis. After 1 year, 47% of self-stretched muscles showed meaningful change in PROM ( $\Delta X_{V1}$ ) versus 14% in nonself-stretched muscles ( $P < .0001$ ,  $\chi^2$ ).  $\Delta C_{SH}$  was  $-31\%$  (95% confidence interval [95% CI]  $-41.5$  to  $-15.2$ ) in self-stretched versus  $-7\%$  (95% CI  $-11.9$  to  $-2.1$ ) in nonself-stretched muscles ( $P < .0001$ ,  $t$ -test). Ambulation speed increased by 41% ( $P < .0001$ ) from 0.81 m/s (95% CI 0.67-0.95) to 1.15 m/s (95% CI 1.01-1.29). Eight of the 12 patients (67%) who were in limited or household categories at baseline moved to a higher functional ambulation category. There was a trend for a correlation between composite  $X_{V1}$  and ambulation speed ( $r = 0.44$ ,  $P = .09$ ) in hemiparetic patients.

**Conclusion:** Therapists should consider prescribing and monitoring a long-term lower limb self-stretch program using GSC, as this may increase muscle extensibility in adult-onset chronic paresis.

**Level of Evidence:** III

## Guided Self-rehabilitation Contract vs Conventional Therapy in Chronic Stroke-Induced Hemiparesis: NEURORESTORE, a Multicenter Randomized Controlled Trial

Jean-Michel Gracies<sup>1,2</sup>, Maud Pradines<sup>3,4</sup>, Mouna Ghédira<sup>1,2</sup>, Catherine-Marie Loche<sup>2</sup>, Valentina Mardale<sup>2</sup>, Catherine Hennegrave<sup>2</sup>, Caroline Gault-Colas<sup>2</sup>, Etienne Audureau<sup>5,6</sup>, Emilie Hutin<sup>1,2</sup>, Marjolaine Baude<sup>1,2</sup>, Nicolas Bayle<sup>1,2</sup>, Neurorestore Study Group

Collaborators, Affiliations + expand

PMID: 30871480 PMCID: PMC6419473 DOI: 10.1186/s12883-019-1257-y

[Free PMC article](#)

### Abstract

**Background:** After discharge from hospital following a stroke, prescriptions of community-based rehabilitation are often downgraded to "maintenance" rehabilitation or discontinued. This classic therapeutic behavior stems from persistent confusion between lesion-induced plasticity, which lasts for the first 6 months essentially, and behavior-induced plasticity, of indefinite duration, through which intense rehabilitation might remain effective. This prospective, randomized, multicenter, single-blind study in subjects with chronic stroke-induced hemiparesis evaluates changes in active function with a Guided Self-rehabilitation Contract vs conventional therapy alone, pursued for a year.

**Methods:** One hundred and twenty four adult subjects with chronic hemiparesis ( $> 1$  year since first stroke) will be included in six tertiary rehabilitation centers. For each patient, two treatments will be compared over a 1-year period, preceded and followed by an observational 6-month phase of conventional rehabilitation. In the experimental group, the therapist will implement the diary-based and antagonist-targeting Guided Self-rehabilitation Contract method using two monthly home visits. The method involves: i) prescribing a daily antagonist-targeting self-rehabilitation program, ii) teaching the techniques involved in the program, iii) motivating and guiding the patient over time, by requesting a diary of the work achieved to be brought back by the patient at each visit. In the control group, participants will benefit from conventional therapy only, as per their physician's prescription. The two co-primary outcome measures are the maximal ambulation speed barefoot over 10 m for the lower limb, and the Modified Frenchay Scale for the upper limb. Secondary outcome measures include total cost of care from the medical insurance point of view, physiological cost index in the 2-min walking test, quality of life (SF 36) and measures of the psychological impact of the two treatment modalities. Participants will be evaluated every 6 months (D1/M6/M12/M18/M24) by a blinded investigator, the experimental period being between M6 and M18. Each patient will be allowed to receive any medications deemed necessary to their attending physician, including botulinum toxin injections.

**Discussion:** This study will increase the level of knowledge on the effects of Guided Self-rehabilitation Contracts in patients with chronic stroke-induced hemiparesis.

**Trial registration:** ClinicalTrials.gov: NCT02202954, July 29, 2014.

2 TYPES D'EXERCICES QUE LE PATIENT S'ENGAGE À RÉALISER QUOTIDIENNEMENT :

EXERCICES DE POSTURE DES MUSCLES HYPERTONIQUES ET RÉTRACTÉS (ASSOCIÉ À INJECTION D'AGENT BLOQUANT)

EXERCICES ACTIFS DES MUSCLES PARÉTIQUES À VITESSE ET AMPLITUDE MAX

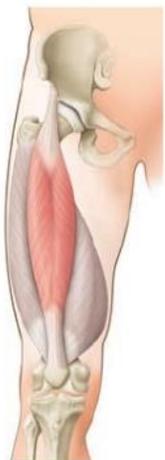


Figure 3a



Figure 3c



Figure 3b



Figure 3d

≥ 10 minutes ≥ 1 fois par jour

### 03 – Droit antérieur (droit fémoral)

Le muscle droit antérieur est situé à la partie antérieure de la cuisse. Il fait partie du quadriceps qui sert à étendre le genou (Fig. 3a). Le muscle droit antérieur a la particularité d'aider aussi à fléchir la hanche, genou tendu.

En cas d'hyperactivité ou de muscle trop court :

- le droit antérieur gêne la flexion passive du genou qui normalement accompagne et facilite la première partie de la phase oscillante du pas.
- le droit antérieur gêne aussi l'extension passive de hanche qui termine normalement la phase d'appui.

La posture d'étirement se pratique couché sur le côté.

- Si c'est possible la main saisit la jambe du même côté et fléchit le genou en rapprochant le talon le plus possible de la fesse, la jambe non parétique reposant sur le lit (Fig. 3b).
- Si ce geste est impossible à cause de la faiblesse ou de la raideur du bras, cette posture peut être appliquée et maintenue par une tierce personne (Fig. 3c).
- Cet étirement peut aussi se pratiquer seul allongé sur le dos en laissant la jambe parétique pendante sur le côté du lit. Il s'agit d'une posture d'étirement moins efficace que les deux précédentes (Fig. 3d)

La posture d'étirement est correctement appliquée lorsque vous sentez une sensation de tension (non douloureuse) en avant de la cuisse.



Figure 10

Nombre maximal en ... secondes,  
... fois par jour

## 10 – Flexions actives du genou

Le mouvement de flexion active du genou (ruade du pied vers l'arrière) est peu utilisé en dehors de la marche rapide ou de la course. Par contre, la répétition d'efforts alternatifs rapides sur ce mouvement sera utile pour diminuer les cocontractions du muscle droit antérieur et donc à terme pour faciliter la flexion passive du genou qui accompagne le passage du pas.

La meilleure façon d'atteindre cet objectif est de répéter chaque jour une ou plusieurs séries d'efforts de flexions actives du genou d'amplitude maximale et à vitesse maximale.

Cet entraînement se pratique en position debout, en se tenant à une table, à un objet rigide ou à une barre, en essayant de lever le pied vers l'arrière le plus haut possible. Il s'agit de porter également votre genou vers l'arrière et non vers l'avant, comme si vous tentiez de taper sur vos fesses avec le talon (Fig. 10).

Vous noterez sur votre registre le nombre maximal de flexions actives de genou ainsi effectuées en ... secondes.

**Note :** Pour un mouvement de flexion active de genou optimal, il faut que le muscle droit antérieur soit long et bien relâché, c'est pour cela que votre thérapeute vous a demandé de l'étirer et que votre médecin vous proposera peut-être de l'injecter avec un produit bloquant le muscle ou la jonction neuro-musculaire.

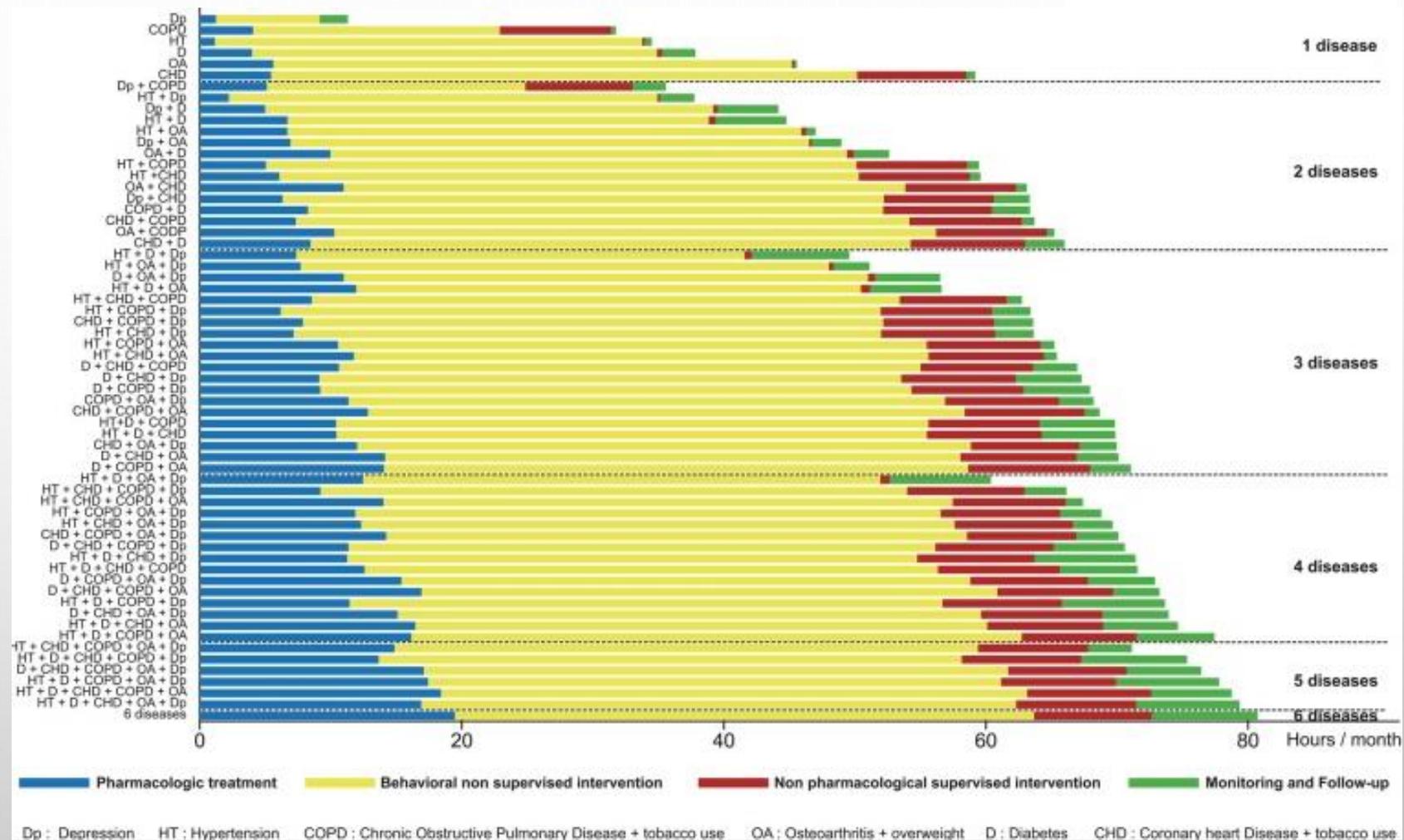
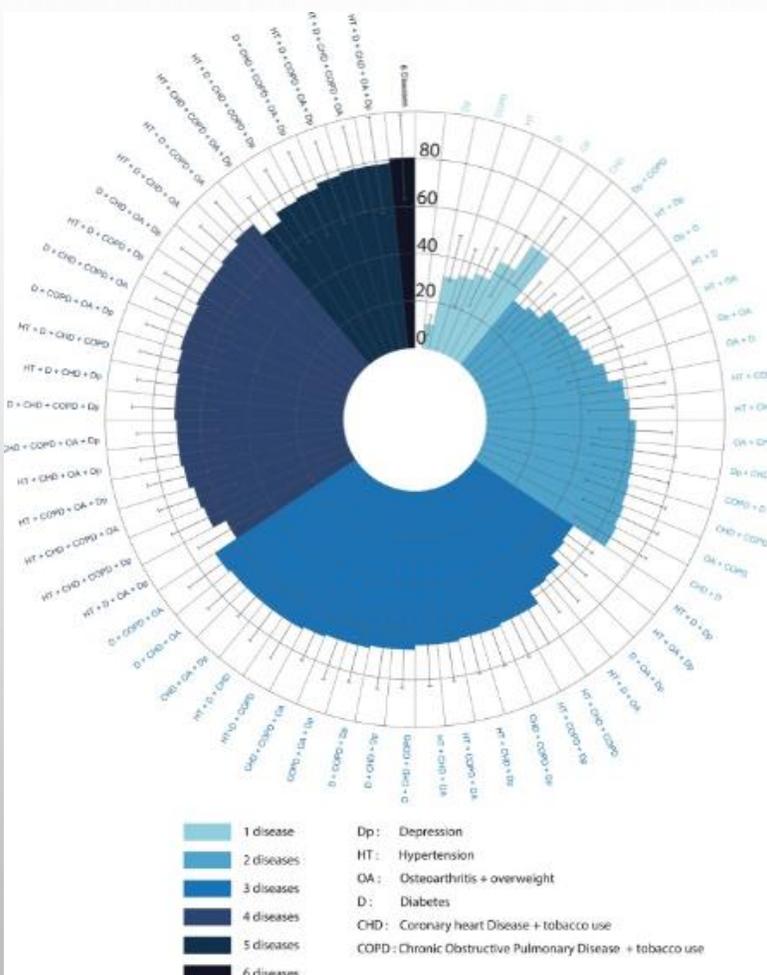
**QUANTITÉ  
LIMITÉE**

**LIMITE**

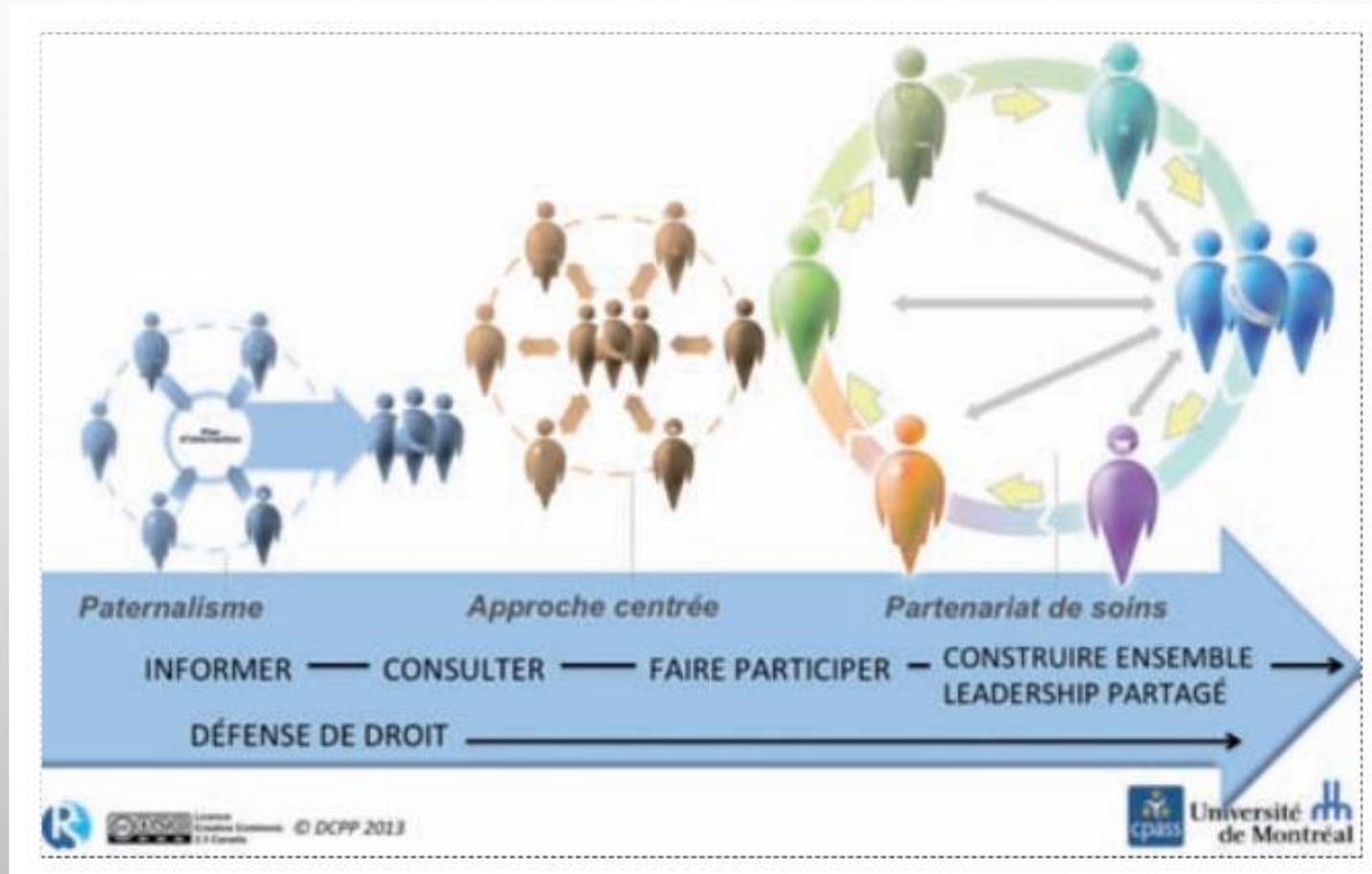
## **LE TEMPS NÉCESSAIRE :**

SI LES GUIDELINES ÉTAIENT SUIVIS, LES PATIENTS AVEC 3 MALADIES CHRONIQUES DOIVENT

- PRENDRE DE 6-13 MÉDICAMENTS PAR JOUR
- ALLER EN CONSULTATION MÉDICALE JUSQU'À 6 FOIS PAR MOIS
- PASSER JUSQU'À 71 HEURES PAR MOIS À FAIRE DES ACTIVITÉS RELATIVES À DES SOINS. (BUFFEL DU VAURE, 2016)



# Le modèle de Montréal (POMEY et al. 2015)



# SÉANCES DE GROUPE FAVORISENT LES ÉCHANGENT ENTRE LES PATIENTS

## Le patient « pair partenaire » : un facilitateur du gain d'empowerment des patients en pratique kinésithérapique libérale (1<sup>ère</sup> partie)

### RÉSUMÉ | SUMMARY

La rééducation en neurologie s'articule fréquemment autour de la prise en charge collective afin de permettre le long temps de rééducation recommandé mais aussi de favoriser la motivation entre les patients. Dans notre pratique neurorééducative de groupe en milieu libéral, nous recherchons l'autonomisation des patients en prônant un abord éducatif et un partenariat entre les patients, selon la triade Patient/Kinésithérapeute/Patient pair partenaire. Nous nous appuyons sur les modèles de patient partenaire de Montréal, sur les référentiels de compétences des patients et sur le concept d'empowerment.

Notre rééducation est réalisée en 2 temps : une première phase individuelle et une seconde phase collective, en associant un pair partenaire à chaque patient.

Neurological rehabilitation frequently involves collective treatments in order to provide the recommended long term rehabilitation but also to improve motivation between patients. In our neurorehabilitation groups in private practice, we seek to improve patient independence by promoting patient education and peer support through a patient/physiotherapist/peer patient triad. Our approach is based upon the Montreal model of patient partnership, patient competency frameworks, and the concept of empowerment.

Our rehabilitation is conducted in 2 stages: the first being individual, and the second a collective treatment phase where each patient is associated with a peer partner.

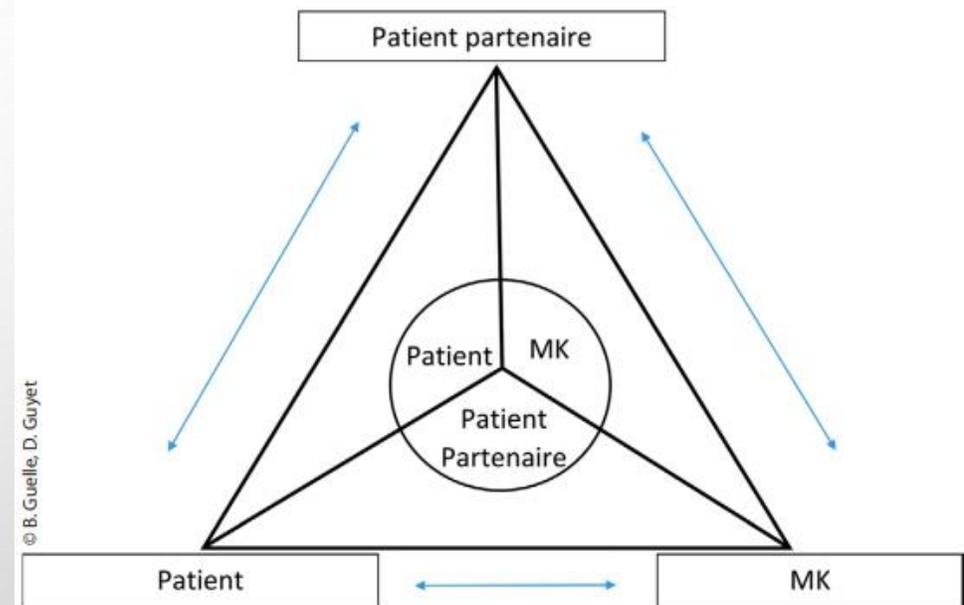
**Bastien GUELLE**  
**Delphine GUYET**

Cabinet libéral  
Ifa [14]  
IFMK IFRES  
Alençon [61]

### MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Empowerment ► Neurologie ► Patient partenaire  
► Rééducation collective

► Empowerment ► Neurology ► Patient partnership  
► Collective rehabilitation



© B. Guelle, D. Guyet

► Figure 5

Les interactions au sein du groupe MK/patient/patient pair partenaire

# AVC ET PATIENT PARTENAIRE



## Patients

### Étirements des muscles du bras en autonomie

Exercices d'auto-rééducation à domicile pour patients post-AVC hémipariétaux

Si votre **MAIN** est toujours fermée

**Méthode** - Chaque jour

- Notez le temps passé à l'exercice
- Notez vos résultats dans un carnet de bord
- Essayez d'améliorer vos résultats

**Exercice en pratique**

**Étirement position assise**

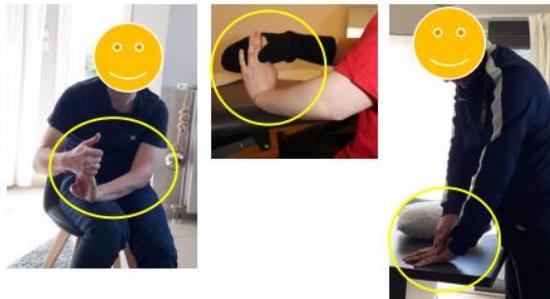
1. Posez et relâchez votre main sur le genou
2. Ouvrez lentement, doucement les 4 doigts et tenez la position ouverte
  - Au besoin procédez par couple de 2 doigts à la fois :
    - Index/majeur puis annulaire/auriculaire
3. Réalisez l'ouverture du pouce de la même façon

**Étirement position debout**

1. Appuyez les doigts ouverts sur une table

**Assis ou debout : tenir la position SANS DOULEUR 1 à 2 minutes maximum**

10 minutes d'exercice par jour par étirement est un objectif correct



Document réalisé en collaboration avec la coordination AVC Normandie



## Etudiants

### Le patient partenaire pédagogique

Un atout pour l'enseignement du raisonnement clinique en formation initiale de masso-kinésithérapie

#### RÉSUMÉ | SUMMARY

En formation initiale de masso-kinésithérapie, l'acquisition de la démarche de soin repose sur l'apprentissage du raisonnement clinique. En neurologie, des difficultés de perception des patients peuvent perturber cet apprentissage. Le recours à des patients partenaires lors d'un travail dirigé (TD), au cours d'une séquence pédagogique à propos des patients post-AVC, permet de rendre les étudiants acteurs de leur apprentissage. Ce cours, en phase avec le plan « Mé Santé 2022 », comporte plusieurs dimensions interactives au sein de la triade formateur/patient/étudiant. Pédagogiquement, il évalue l'impact au profit de l'autonomie d'étudiants placés en conditions de confiance. Il permet de favoriser l'interaction étudiant-patient en complément de celles réalisées lors des stages cliniques.

L'auto-évaluation des étudiants montre une influence attentionnelle et motivationnelle en adéquation avec leurs attentes. L'impact sur les patients partenaires est aussi observé tant sur la validation qu'elle engendre chez eux (patient expert) que sur leur regard d'implication au sein du cabinet paramédical (patient pair patients).

#### MOTS CLÉS | KEYWORDS

• Raisonnement clinique • Apprentissage • Patient • Pédagogie

In undergraduate training in physiotherapy, acquisition of the care approach is based on learning clinical reasoning. In neurology, difficulties in patients perception can interfere with this learning. The use of partner patients in supervised work, during an educational sequence about stroke patients, allows students to be active in their learning. This course, in line with the « Mé Santé 2022 » plan, includes several interactive dimensions within the triade formator/student/patient. Pedagogically, it evaluates the impact on the autonomy of students placed in conditions of trust. It promotes student-patient interaction in addition to those carried out during clinical internships.

The students' self-assessment shows an attention and motivational influence in line with their expectations. The impact on partner patients is also observed both on the value it generates in them (patient expert) and on their renewed involvement in the paramedical practice (patient peer practitioners).

**Bastien GUELLE\***

**Delphine GUYET\***

\* IFMK du IFRES  
Alençon (51)

• Clinical reasoning • Learning • Patient • Pedagogy

#### CONTEXTE ET OBJECTIFS

Dans un contexte d'évolution des méthodes pédagogiques, les enseignements sont plutôt axés sur le développement de la motivation des étudiants de manière à les positionner en apprenant actif et ce, plus particulièrement, encore depuis la réingénierie des études du 4 septembre 2015. De nombreux outils existent tels que l'étude de cas, qu'ils soient construits et proposés par l'intervenant, rapportés d'une situation de stage vécue par l'étudiant, ou coconstruits avec les étudiants dans le cas d'une situation prévalente de référence.

Ainsi, l'étude de cas clinique est un outil indispensable pour l'apprentissage du raisonnement clinique et permet notamment des échanges nourris sur les situations cliniques évoquées. Cette pratique pédagogique est très utile pour les étudiants en kinésithérapie dans le but de favoriser les liens entre leurs acquis théoriques, expérimentiels et pratiques par la réflexion sur

le bilan à réaliser, sur le diagnostic kinésithérapique, le pronostic fonctionnel, les objectifs qui en découlent et les moyens à mettre en œuvre. Ils permettent ainsi la mise en application du paradigme de l'Evidence-Based Practice (EBP) [1] qui permet une décision éclairée du praticien.

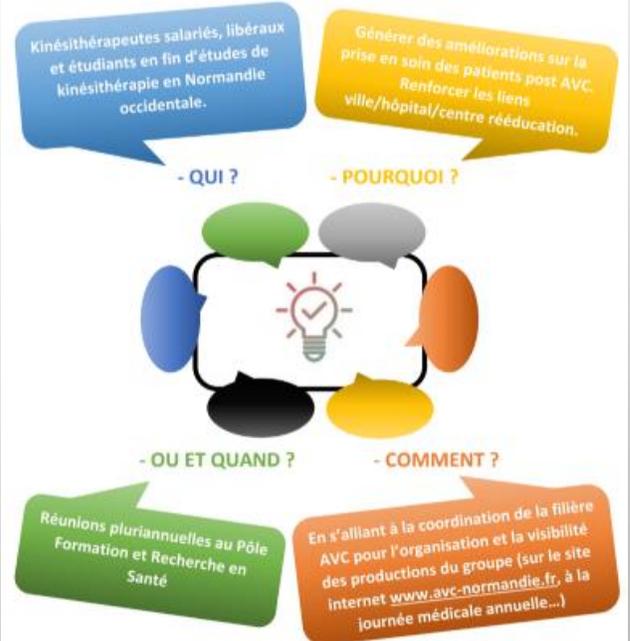
Dans ces travaux dirigés (TD) dédiés à l'apprentissage du raisonnement clinique, les vecteurs utilisés, de façon non exhaustive, sont les photos de patients, les vidéos ou les supports papiers descriptifs de cas clinique. Le mimétisme et les jeux de rôle entre étudiants sont aussi régulièrement employés pour la reconnaissance des symptômes et l'application de techniques kinésithérapiques. Il existe déjà donc un certain nombre de médias pour l'enseignement des études de cas et davantage à venir avec l'essor des technologies pédagogiques numériques tels que le e-learning, mooc et autres simulateurs en santé.

Les auteurs déclarent ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

Kinésithérapie Sciences 2018;13(3):E-14

## Professionnel et grand public

### Groupe de réflexion sur l'amélioration de la prise en charge kinésithérapique des patients post-AVC.



Contact : Bastien GUELLE [bastienguelle@gmail.com](mailto:bastienguelle@gmail.com)

# CAS CLINIQUE EXPLORATOIRE « PARTENARIAT PATIENT POST AVC »

RETOUR À DOMICILE POST AVC

---

SITUATION D'ISOLEMENT ET DE DÉPENDANCE IMPORTANTE

HYPERTONIE SPASTIQUE SÉVÈRE

---

PÉRIMÈTRE DE MARCHÉ <10 MÈTRES AVEC SOUTIEN

# 6 ENTRETIENS DE GROUPES À RAISON DE 1 PAR MOIS

- PATIENT
- PROCHE AIDANT
- PATIENTE PARTENAIRE
- KINÉSITHÉRAPEUTE



# CRITÈRES D'ÉVALUATIONS

MARCHE : PM

QDV : SF 36, EQ 5D

MIF

ENTRETIENS LIBRES



Questionnaire sur la santé  
Version française pour le Can  
(French version for Cana)

## Questionnaire de santé SF-36

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la bonne réponse)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

Bien meilleur que l'an dernier	1
Plutôt meilleur	2
A peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique (Entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous du arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) (Entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

# RÉSULTATS QUANTITATIFS : PAS D'ÉVOLUTION SIGNIFICATIVE DE LA QUALITÉ DE VIE MAIS DES CAPACITÉS DE MARCHÉ ET FONCTIONNELLES AMÉLIORÉES

PM 10 À 60M AVEC POSSIBILITÉ DE FAIRE 10 PAS SANS  
SOUTIEN PHYSIQUE

EQ 5D INITIAL 18/25 (50%) EQ 5D FINAL 18/25 (75%)

SF36 INITIALE : 80 SF36 FINALE : 85 (NON SIGNIFICATIF)

MIF INITIALE : 89 MIF FINALE : 87 (MARCHE -1 ET  
TRANSFERT -1)

# RÉSULTATS DES ENTRETIENS LIBRES



UNE DÉMARCHE DE PAIR-ACCOMPAGNEMENT SATISFAISANTE :

- POUR LE PATIENT QUI VOIT UN EXEMPLE « *JE M'IDENTIFIE À ELLE* » ET UNE SOURCE DE RÉCONFORT ET DE MOTIVATION À TRAVERS SON PAIR « *QUAND ON SE TÉLÉPHONE, CELA ME REBOOSTE !!*»

- POUR LA PROCHE AIDANTE QUI Y VOIT UN SOUTIEN ET UNE SOURCE DE PROJET ET DE PERSPECTIVES FUTURES  
(PARTICIPATION AUX GROUPES D'ENTRAIDE MUTUEL)

## CONCLUSION :

- CAS CLINIQUE EXPLORATOIRE ENCOURAGEANT
- RÉSULTATS SONT IMPOSSIBLES À ATTRIBUER À L'ACCOMPAGNEMENT MAIS LES DONNÉES QUALITATIVES SONT TRÈS POSITIVES
- FAISABILITÉ SATISFAISANTE
- RECOMMANDATION HAS 2020 « SOUTENIR ET ENCOURAGER L'ENGAGEMENT DES USAGERS DANS LES SECTEURS SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL ET SANITAIRE »

- PALLOT A. EVIDENCE BASED PRACTICE EN RÉÉDUCATION: DÉMARCHE POUR UNE PRATIQUE PARIS: ELSEVIER MASSON ; 10 JUILLET 2019. 447 P.
- TAUBE E. ET AL. AN OPERANT APPROACH TO REHABILITATION MEDICINE: OVERCOMING LEARNED NONUSE BY SHAPING. JOURNAL. OF THE EXPERIMENTAL ANALYSIS OF BEHAVIOR. 1994, 61, 281—293.
- BUFFEL DU VAURE C, RAVAUD P, BARON G, BARNES C, GILBERG S, BOUTRON I. POTENTIAL WORKLOAD IN APPLYING CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR PATIENTS WITH CHRONIC CONDITIONS AND MULTIMORBIDITY: A SYSTEMATIC ANALYSIS. BMJ OPEN. 2016;6(3):E010119.)
- GRACIES JM, BLONDEL R, GAULT-COLAS C, BAYLE N. CONTRAT D'AUTORÉÉDUCATION GUIDÉE DANS LA PARÉSIE SPASTIQUE. DE BOECK ÉDITIONS. 2013;108P.
- PRADINES M,. INFLUENCE DE LA MALADIE DU MUSCLE SUR LA COMMANDE DESCENDANTE DANS LA PARÉSIE SPASTIQUE ET EFFETS CLINIQUES ET BIOMÉCANIQUES DE L'ÉTIREMENT CHRONIQUE. NEUROSCIENCES. UNIVERSITÉ PARIS-EST, 2018.
- MARIE-PASCALE POMEY ET AL., « LE « MONTREAL MODEL » : ENJEUX DU PARTENARIAT RELATIONNEL ENTRE PATIENTS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ », SANTÉ PUBLIQUE 2015/HS (S1), P. 41-50.

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**

**BASTIENGUELLE@GMAIL.COM**