

– durée pour atteindre un niveau d'erreur résiduelle/durée pour atteindre un niveau de récupération/limite théorique de la récupération neurologique. La conclusion la plus importante est qu'il n'y a pas de limite théorique à la récupération neurologique. La seule limite est celle donnée par le patient et/ou le thérapeute en toute conscience.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.749>

CO38-003-f

### Statut nutritionnel des patients en unité de médecine physique et de réadaptation (MPR)

N. Chohra<sup>a,\*</sup>, B. Barrois, C. Gerin, S. Ghemrani

Service de MPR, CH de Gonesse, BP 30071, rue Bernard-Février, 95503 Gonesse, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [nabil.chohra@ch-gonesse.fr](mailto:nabil.chohra@ch-gonesse.fr).

**Mots clés :** Dénutrition ; IMC ; MPR

**Introduction.**– Le statut nutritionnel est un indicateur de qualité obligatoire dans les unités de soins de suite pour dépister la dénutrition réputée fréquente.

**Objectifs.**– Analyser l'indice de masse corporelle (IMC), enregistré à l'entrée puis tous les 15 jours.

Corréler l'IMC aux caractéristiques des patients du service de MPR spécialisé en pathologie de l'appareil locomoteur.

**Matériel et méthodes.**– L'analyse porte sur l'hospitalisation complète entre septembre et novembre 2011.

Les patients ont été classés en 4 groupes : IMC bas < 18 kg/m<sup>2</sup>, normal entre 18–25 kg/m<sup>2</sup>, surpoids entre 26–30 kg/m<sup>2</sup> et obésité > 30 kg/m<sup>2</sup>.

Pour chaque groupe, l'âge moyen et la durée moyenne de séjour (DMS) ont été étudiés.

**Résultats.**– Soixante-huit patients sont porteurs d'une pathologie de l'appareil locomoteur. L'âge moyen est de 62,7 ans. La DMS est de 25,7 jours.

On retrouve :

– aucun IMC bas ;

– 16 patients (23 %) ont un IMC normal, l'âge moyen est de 60 ans, la DMS est de 24,3 j ;

– 28 patients (41 %) sont en surpoids, d'âge moyen à 61,8 ans, la DMS est de 26,5 j ;

– 24 patients (35 %) sont obèses, d'âge moyen à 66,6 ans, la DMS est de 24,4 j.

La C Reactive Protein (CRP), surveillée en postopératoire, est normalisée dans tous les cas avant j30.

**Discussion.**– Dans ce secteur de l'appareil locomoteur, il n'y a aucun patient dénutri. Ce problème de santé publique en gériatrie ne l'est pas en MPR. Mais le surpoids affecte 76 % des patients.

Les sujets obèses sont les plus âgés.

La DMS est identique dans les 3 groupes.

L'analyse des autres indicateurs de l'état nutritionnel retrouve une CRP normale, l'albuminémie n'est pas dosée systématiquement.

**Conclusion.**– Le surpoids est fréquent (76 % des patients), alors qu'il n'y a aucun sujet à IMC bas. Un travail sur le surpoids va être réalisé.

L'IMC n'a pas d'impact sur la durée moyenne de séjour.

L'étude doit être complétée par une recherche de signes biologiques de dénutrition.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.750>

CO38-004-f

### Antibiothérapies des infections urinaires du patient médullo-lésé ou cérébro-lésé : impact d'une démarche qualité sur les pratiques professionnelles

S. Bauler<sup>a,\*</sup>, A. Janoly-Dumenil<sup>a</sup>, S. Bassi<sup>a</sup>, J. Lluaute<sup>b</sup>, S. Jacquin-Courtois<sup>b</sup>, S. Ciancia<sup>b</sup>, F. Costaz<sup>c</sup>, K. Charvier<sup>b</sup>, C. Rioufol<sup>a</sup>, G. Rode<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Service de pharmacie clinique, hôpital H.-Gabrielle-SSR, groupement hospitalier Sud, hospices civils de Lyon, 20, route de Vourles, 69230 Saint-Genis-Laval, France

<sup>b</sup>Service de rééducation neurologique, hôpital H.-Gabrielle-SSR, groupement hospitalier Sud, hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval, France

<sup>c</sup>Service qualité, hôpital H.-Gabrielle-SSR, groupement hospitalier Sud, hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [stephanie.bauler@chu-lyon.fr](mailto:stephanie.bauler@chu-lyon.fr).

**Mots clés :** Infection urinaire ; Antibiothérapie ; Blessé médullaire ; Blessé cérébral ; Évaluation des pratiques professionnelles

**Introduction.**– Les patients présentant une dysfonction neurologique de la vessie développent des infections urinaires (IU) préoccupantes par leur fréquence, gravité et multirésistance aux antibiotiques (ATB) [1]. Dans ce contexte une évaluation des pratiques professionnelles a démarré sur notre établissement en 2009 par un audit clinique ciblé [2] suivi d'une diffusion de recommandations. L'objectif du travail est d'évaluer l'impact des recommandations émises par un second audit (2011).

**Matériels et méthodes.**– Il s'agit d'une étude prospective réalisée durant 2 mois sur les 7 services de MPR. Les données recueillies concernaient le patient, le type d'IU et les traitements. Les critères d'évaluation étaient : choix de l'antibiothérapie initiale, posologie, réévaluation du traitement à 72 h selon antibiogramme (si traitements probabilistes), durée de traitement. Le taux de conformité de ces critères a été analysé au regard des référentiels et comparé aux résultats de l'audit 2009 (par test de comparaison de proportions lorsque l'effectif de patients le permettait).

**Résultats.**– Trente-huit patients ont été inclus dans l'étude (47 ± 15 ans). Cinquante-deux pour cent présentaient une vessie neurologique. Les patients étaient traités pour une colonisation bactérienne avant un geste invasif (32 %), pour une prostatite (42 %) ou pour une IU simple (26 %). Les traitements initiaux étaient probabilistes dans 26 % des cas. Le choix de l'ATB initiale n'était pas conforme pour 21 % des prescriptions (vs 45 % en 2009,  $p < 0,04$ ). La posologie était conforme pour 92 % des prescriptions (vs 94 %, ns). Les ATB probabilistes étaient réévalués à 72 h dans 60 % des cas (vs 90 % en 2009). Enfin, les durées de traitement prescrites étaient non conformes pour 26 % des cas (vs 52 %,  $p < 0,03$ ).

**Discussion.**– On observe une évolution positive des pratiques, notamment avec des durées de traitement et des choix d'ATB plus adaptés comparativement à 2009. Néanmoins, la réévaluation du traitement probabiliste à 72 h est insuffisante, alors qu'il s'agit d'un critère prioritaire de qualité préconisé par l'HAS. La mise en place d'indicateurs simples avec suivi mensuel est la prochaine étape ; elle permettra de pérenniser notre action.

**Références**

[1] J Hosp Infect 2006; 62:473–9.

[2] 39th European Symposium of Clinical Pharmacy, Lyon, 2010.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.751>

CO38-005-f

### Épidémie de *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase en MPR

N. Bradai<sup>a,\*</sup>, L. Stana, P. Sportouch, C. Scouarnec, V. David, L. Damamme, J.-M. Guerin, V. Chauvin, A. Yelnik

Service de MPR, université Paris Diderot, Lariboisière–F.-Widal, CHU Saint-Louis, AP–HP, 200, rue du Faubourg-Sainte-Denis, 75010 Paris, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [nacera.bradai@lrp.aphp.fr](mailto:nacera.bradai@lrp.aphp.fr).

**Introduction.**– Nous avons été confrontés à la présence d'une *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase (KPC), bacille Gram négatif opportuniste avec grande capacité d'acquisition et de diffusion de résistance. L'organisation drastique durant 8 mois est décrite.

**Matériel et méthode.**– Germe découvert chez 2 patients venant de neurochirurgie. Dès ce jour, le 01/02/2011, les mesures suivantes ont été prises : – cellule de crise comprenant CCLIN Paris Nord, CLIN de l'AP–HP, direction de l'hôpital, équipe d'hygiène, médecins et cadres du service, ensemble des équipes de soins et de rééducation ; – admissions suspendues 15 jours ;

– réorganisation du service en 2 secteurs « porteurs » et « contacts », puis un 3<sup>e</sup> « indemnes » (soins et rééducation) lorsque des sorties ont permis la reprise des admissions ;  
 – réorganisation géographique du plateau technique et des plannings de rééducation ;  
 – isolement strict en chambre des patients « porteurs » (personnel dédié, rééducation en chambre... ) ;  
 – tous les patients présents à cette date considérés « contact » ont eu un prélèvement rectal hebdomadaire, puis bimensuel à partir du 01/08/11, jusqu'à leur sortie même si prélèvements négatifs ; ont bénéficié des mesures en vigueur pour portage de BMR.

**Résultats.**– Quarante-quatre patients ont été concernés dont 4 « porteurs » : un seul dépisté auprès des contacts et un 4<sup>e</sup> accepté en connaissance. Retour à situation normale en octobre avec sortie du dernier patient porteur (26/09/2011) au prix de : 543 prélèvements rectaux ; 388 journées indisponibles ; 382 soignants supplémentaires (151 IDE ; 231 AS) ; 11 réunions de crise ; allongement des durées de séjour en raison des difficultés de sortie même chez les patients négatifs ; perte de 15 admissions sur l'année ; coût psychologique élevé.

**Conclusion.**– La lutte contre de telles épidémies dans un service de MPR est difficile et nécessite une grande rigueur, qui entraîne un isolement mal vécu par les patients, une perte de chance dans la rééducation, un coût financier élevé. Il faut se préparer à une réorganisation des soins en MPR pour les prochaines qui ne manqueront pas de survenir.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.752>

CO38-006-f

### Prévalence des diagnostics posés secondairement dans une unité de réadaptation précoce : un nouveau défi ?

M. Iakova<sup>\*</sup>, A. Vouilloz, F. Luthi

Département de l'appareil locomoteur, clinique romande de réadaptation SUVA Care, avenue Grand Champsec 90, 1950 Sion, Suisse

<sup>\*</sup>Auteur correspondant.

Adresse e-mail : maria.iakova@crr-suva.ch.

**Mots clés :** Diagnostics second-look ; Rééducation

**Objectif.**– La réadaptation précoce après une phase hospitalière aiguë est en plein développement. En effet, l'évolution des systèmes de santé tend vers une réduction importante des durées de séjours et vers un transfert plus précoce de patients plus lourds. L'objectif de cette étude est de mesurer la prévalence de diagnostics en lien avec la pathologie ayant motivé le transfert, mais diagnostiqués seulement en réadaptation (« second-look »).

**Matériel/Méthodes.**– Patients hospitalisés consécutivement dans une unité de réadaptation précoce. Étude d'observation rétrospective sur un an à partir du dossier médical électronique du patient. Récolte des diagnostics posés après le transfert, des investigations et des modifications de traitement.

**Résultats.**– Pendant la durée d'étude, 103 patients ont été pris en charge à la suite d'un polytraumatisme, d'une prothèse (hanche/genou/épaule), d'une amputation du membre inférieur ou d'une brûlure. Chez 21 patients (20,4 %), 18 hommes, 3 femmes, âge moyen 38 ans, 37 nouveaux diagnostics ont été posés. Douze atteintes musculosquelettiques ont été retenues. Dans 25 cas une lésion neurologique a été découverte. Chez 8 patients, plus d'un diagnostic a été porté. Dans 86 % des cas, le diagnostic était orienté par la clinique, dans 14 % le diagnostic était posé à la révision du dossier radiologique. Vingt-neuf investigations complémentaires ont été nécessaires. Un traitement orthopédique et/ou pharmacologique ainsi qu'une adaptation du protocole de rééducation ont été nécessaires.

**Discussion.**– Chez 1 patient sur 5, un diagnostic « second look » a été posé dans cette unité. Les atteintes neurologiques sont 2 fois plus représentées que celles de l'appareil locomoteur. Presque tous les diagnostics concernent des polytraumatisés (95 %). Ces diagnostics nécessitent de nombreuses investigations ainsi que des adaptations thérapeutiques. À notre connaissance, il s'agit de la première étude dans ce domaine menée dans un service de réadaptation. L'évolution des systèmes de santé caractérisée par une réduction des durées de séjour pourrait contribuer à renforcer cette problématique. Il pourrait également s'agir d'un nouveau défi pour les services de réadaptation en termes d'organisation et de relation avec les services de soins aigus.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.753>

CO38-007-f

### Ateliers de groupe dans le cadre de contrats d'autorééducation guidée dans la parésie spastique. Expérience 2009–2012

C. Gault-Colas<sup>\*</sup>, A. Behnegar, C. Hennegrave, E. Lamour, S. Joudoux, T. Santiago, J.-M. Gracies

Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Albert-Chenevier, groupe hospitalier Henri-Mondor, 40, rue de Mesly, 94010 Créteil, France

<sup>\*</sup>Auteur correspondant.

Adresse e-mail : caroline.colas@ach.aphp.fr.

**Mots clés :** Parésie spastique ; Contrat ; Autorééducation guidée ; Atelier ; Groupe

**Introduction.**– Les Contrats d'autorééducation guidée (CAG) dans la parésie spastique (après AVC, traumatisme crânien ou médullaire, tumeur du système nerveux, SEP) impliquent un travail personnel à domicile, quotidien, établi avec le rééducateur, dont l'objectif explicite est la progression fonctionnelle. Le patient s'engage à effectuer le travail prescrit et à remettre au rééducateur à chaque rencontre un registre écrit des exercices réalisés. Nous avons conçu des ateliers de groupe pour améliorer l'observance et l'efficacité des contrats.

**Patients et méthodes.**– Tous les patients parétiques en CAG étaient invités à participer. Chaque atelier est une séance d'autorééducation en groupe d'une heure (4–5 patients supervisés par 3–4 thérapeutes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins, infirmières d'éducation thérapeutique, STAPS...). Les conjoints, aidant familial, sont encouragés à participer. Deux types d'ateliers hebdomadaires sont proposés, un pour le membre inférieur et un pour le membre supérieur. Les postures d'étirement et exercices d'entraînement suivent les fiches du guide d'autorééducation spécifiquement rédigé pour les CAG [1]. Chaque étirement est réexpliqué au patient, appliqué durant 3 minutes (vs 10–15 min au domicile). Chaque entraînement moteur est une série de mouvements alternatifs rapides sur 30 secondes, d'amplitude maximale et à vitesse maximale. Chaque posture d'étirement est alternée avec l'entraînement moteur correspondant, pour réduire la résistance d'un antagoniste sélectionné. Chaque patient est guidé, rassuré, encouragé par le thérapeute. Un questionnaire a été donné aux patients pour évaluer le ressenti des séances, du travail de groupe et leurs effets.

**Résultats.**– Nous avons réalisé 69 ateliers en 3 ans, 37 dédiés au membre inférieur, 32 au membre supérieur, avec 95 patients. Ceux-ci sont majoritairement satisfaits (94 %), souhaitent revenir, comprennent la nécessité d'un travail qualitativement et quantitativement rigoureux. Ils notent une meilleure intervention des aidants à domicile. Pour l'équipe, la sélection de groupes « homogènes » de patients (pathologie, âge, compliance) améliore la dynamique.

**Conclusion.**– Les ateliers d'autorééducation guidée, temps de travail en commun, régulier, accompagné, semblent un complément utile aux CAG, favorisant observance et motivation du patient, qualité et quantité de travail. Le développement d'ateliers par les thérapeutes en ville augmenterait l'offre aux patients.

**Référence**

[1] Gracies JM, Bayle N, Gault-Colas C, Blondel R. Contrat d'Autorééducation Guidée. Imprimeries AP-HP; 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.754>

### English version

CO38-001-e

### Care pathways in physical and rehabilitation medicine

A. Yelnik<sup>a,\*</sup>, F. Le Moine<sup>b</sup>, G. de Korvin<sup>c</sup>, P.-A. Joseph<sup>d</sup>

<sup>a</sup>UMR 8194, service de MPR, groupe hospitalier Saint-Louis-Lariboisière-F. Widal, université Paris Diderot, AP-HP, 200, rue Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris, France

<sup>b</sup>FEDMER, centre Hélio-Marin, UGECAM Paca et Corse

<sup>c</sup>SYFMER

<sup>d</sup>COFEMER, groupe hospitalier Pellegrin, CHU

<sup>\*</sup>Corresponding author.

E-mail address: alain.yelnik@lrp.aphp.fr.