

B. Barrois^{*}, S. Mokrab, S. Chiticariu, N. Chohra, C. Gerin, S. Ghemrani
Service de MPR, CH Gonesse, BP 30071, rue B.-Février, 95503 Gonesse,
France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : brigitte.barrois@ch-gonesse.fr.

Mots clés : Indicateur de précarité ; Score EPICES ; MPR

Introduction.– Le score EPICES est un indicateur de précarité utilisable en hospitalisation de MPR.

Objectif.– Comparer le niveau de précarité des patients en hospitalisation complète (HC) et en hôpital de jour (HDJ) de MPR par le score EPICES en 2011 et 2012.

Méthode.– Analyse par une coupe annuelle un jour donné de l'indicateur EPICES.

Résultats.– Les 38 patients présents le jour de l'enquête en mars 2011 et février 2012 ont reçu le questionnaire pour autoadministration. En 2011, 55 % des sujets pris en charge étaient précaires, et 66 % des patients en HC et 41 % en HDJ. En 2012, les résultats sont proches : 58 % des sujets pris en charge, 60 % en HC et 55 % en HDJ.

Les sujets précaires ont un âge moyen identique à l'ensemble de la population. La répartition est proche selon le type de pathologies (appareil locomoteur ou pathologie du système nerveux).

Discussion–Conclusion.– La comparaison entre 2011 et 2012 montre des résultats similaires : plus de 55 % des patients en situation de précarité. Il s'agit du reflet du territoire de santé du CH de Gonesse.

Les patients précaires sont plus nombreux en hospitalisation complète. Il n'existe pas de lien entre la précarité et le type de pathologie ou l'âge.

L'analyse de l'impact sur la durée moyenne de séjour serait utile sur un nombre de patients suffisant pour des pathologies comparables. L'enregistrement de l'indicateur EPICES à l'entrée pourrait être utilisé pour cibler précocement la préparation de la sortie.

Pour en savoir plus

Le score EPICES. L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie Précarité et Inégalités de santé. Octobre 2005.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.737>

CO29-007-f

Programme d'autorééducation en séries fatigantes de contractions maximales dans la parésie faciale périphérique chronique

M. Baude^{*}, E. Hutin, A. Behnegar, J.-M. Gracies

Service de médecine physique et de réadaptation, groupe hospitalier Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil, France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marjolaine.baude@gmail.com.

Mots clés : Autorééducation ; Parésie faciale périphérique ; Contractions maximales ; Fatigue ; Plasticité du système nerveux

Introduction.– Il n'existe à ce jour aucune méthode validée permettant la récupération d'une parésie faciale périphérique (PFP) installée sur la chronicité, i.e. au-delà d'un an après le début des troubles. Cette étude rapporte l'effet d'un programme d'autorééducation conçu pour mettre en jeu de façon optimale les phénomènes de plasticité synaptique.

Observation.– Onze patients (8 F ; âge 45 ± 7 ans) atteints de PFP chronique stabilisée d'étiologies diverses ont consécutivement suivi pendant au moins 2 mois un programme d'autorééducation comprenant une séance quotidienne de travail en séries de contractions musculaires bilatérales d'intensité maximale, menées jusqu'à la fatigue, visant 3 groupes musculaires faciaux essentiels : peaucier du front, orbiculaire des paupières et zygomatiques. Chaque contraction devait être réalisée durant au moins 3 secondes avec une pause de 1 seconde au maximum avant la contraction suivante. À chaque visite le patient devait remettre au thérapeute un registre écrit du travail effectué dans l'intervalle. L'évaluation en simple aveugle avant et après entraînement s'est basée sur l'Échelle de Créteil (EC) cotant 12 groupes musculaires de 0 à 3 (score EC maximal 36) sur des enregistrements vidéo des examens moteurs faciaux.

Discussion.– Les PFP étaient d'origine idiopathique, tumorale, iatrogène, traumatique et congénitale. Un patient avait une PFP bilatérale (12 hémifaces rééduquées). Le délai moyen de prise en charge depuis la date de la lésion était de 13 ± 12 ans et la durée moyenne d'application du programme de rééducation était de 4 ± 2 mois. Le score EC moyen est passé de $17,3 \pm 3,2$ points à $19,3 \pm 3,4$ ($p < 0,001$). Neuf patients ont rapporté avoir effectué le travail mais seuls 2 ont remis un registre écrit.

Conclusion.– Les patients atteints de PFP chronique ont amélioré leur motricité faciale en seulement 4 mois de traitement, et ce quel que soit le délai de prise en charge, moyennant un travail d'autorééducation impliquant intensité maximale des efforts et fatigue induite par les séries de contractions. Avec la répétition en grand nombre des efforts, il s'agit là des 3 conditions essentielles pour l'implication optimale des phénomènes de plasticité du système nerveux.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.738>

English version

CO29-001-e

“Trajectory” a rehabilitation referral software for acute care patients: A comparative study

J. Sengler^{*}, M. Dick, A. Brunner

Centre hospitalier de Mulhouse, 20, rue du Docteur-Laennec, BP 1370, 68070 Mulhouse cedex, France

^{*}Corresponding author.

E-mail address : senglerj@ch-mulhouse.fr.

Introduction.– The aim of this study was to compare referral efficiency from acute care wards to rehabilitation units, before and after implementation of the “Trajectory” software.

Method.– We analyzed the number of patients in acute care wards, the number of referral requests for each patient, the number of admissions to rehabilitation units, patient efficiency rate, waiting time before referral, and unwarranted lengths of stay in acute care wards.

Two 5-month periods were compared: before (2009) and after (2010) implementation of the “Trajectory” software in the Mulhouse hospital.

Results.– After implementation of “Trajectory”, we observed:

- an increased number of referral requests (+39.10%);
- an increased number of admissions in rehabilitation units (+36%);
- a reduction in waiting time before referral (5 days vs 9 days);
- a reduction in unwarranted lengths of stay in acute care wards (2550 days in 5 months).

Discussion.– Benefits, drawbacks and limits of “Trajectory” are discussed.

Conclusion.– “Trajectory” appears to be a means of improving collaboration between acute care and rehabilitation units.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.739>

CO29-002-e

Analysis of 8 years activity of the mobile rehabilitation team in the Besançon University Hospital

P. Decavel^{*}, F. Michel, J. Bévalot, É. Aleton, B. Parratte

CHU Jean-Minjoz, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France

^{*}Corresponding author.

E-mail address : pdecavel@chu-besancon.fr.

Keywords: Mobile rehabilitation team; Neurologic diseases; Stroke

Objectives.– Referral practices and management of disabled patients needed to be organized in Besançon university hospital. The aim of this study is to evaluate this type of organization.

Methods.– A mobile rehabilitation team (EMH) was developed in 2004. Initially composed by a physician, the team now consists of a physician, two residents and an occupational therapist.

The EMH was solicited by different hospital units to evaluate disabled patients and to offer the best response in terms of referral practices and management.

Results.– EMH examined 339 patients (1 consultation per patient) in 2004 and 622 in 2011 (855 consultations, 1.4 per patient). Admission to a rehabilitation