

## LE COIN DE LA KINESITHERAPIE, Intérêt des évaluations

### *Constats et recommandations*

La grande majorité des patients parkinsoniens bénéficient d'une prescription de kinésithérapie de la part de leur neurologue, renouvelée souvent par le médecin généraliste. Cela fait partie intégrante du parcours de soins du patient ainsi que de la prise en charge des soins, sur les recommandations de la haute autorité de santé (*H.A.S. Guide du parcours de soins maladie de Parkinson, octobre 2016*).

Il ne fait aucun doute que les praticiens utilisent leurs compétences pour évaluer les troubles moteurs de leurs patients, cela doit se faire pour justifier la demande de prise en charge des séances de kinésithérapie à la sécurité sociale (*entente préalable*), mais que deviennent ces évaluations. Souvent réduites à une fiche électronique ou à un document placé au fond d'un tiroir, ces évaluations sont rarement valorisées lors des visites du patient chez le spécialiste ou simplement peu utilisées pour réévaluer le patient au cours des séances tout au long de l'année. Le temps étant précieux pour chacun, patient et praticien, il faut se demander quels sont l'intérêt et la fonction de ces évaluations, sont-elles nécessaires administrativement ou doivent-elles être significatives dans le choix des traitements et exercices prodigués par le kinésithérapeute ? Dans ce cas, comment interpréter le résultat d'un score quantitatif, chiffré, et le transformer en action thérapeutique ?

Cela reste l'éternelle question non pas de la nécessité de réaliser une évaluation du patient avant de le prendre en charge sur le plan thérapeutique, mais de la raison d'être de cette évaluation. Autrement dit, le résultat de cette évaluation se résume-t-il à apposer un chiffre ou un commentaire sur l'état moteur du patient ou bien cela est-il une aide décisionnelle clinique pour diagnostiquer et décider des moyens rééducatifs mis en place ? Les deux versants de cette question sont importants, la nécessité de chiffrer une évaluation est justifiée pour un partage de l'information entre praticiens, pour obtenir une référence comparative dans le suivi du patient et l'évolution de ce dernier au regard de la prise en charge dans le temps. Mais l'évaluation doit aussi être une aide décisionnelle mettant en jeu l'ensemble des connaissances de l'observateur afin d'individualiser la prise en charge unique de ce patient, et non pas uniquement « ouvrir un tiroir » de moyens thérapeutiques face à une pathologie. C'est ce point très personnalisé qui fera la qualité et l'efficacité du programme de rééducation choisi.

La différence se situe entre la mesure d'une valeur quantitative et une observation clinique fine et spécifique du patient qu'un chiffre ne reflète pas du tout. Cette différence est pourtant bien connue des praticiens. Dans la pratique courante, chacun est souvent confronté lors d'une consultation à l'importante différence des symptômes exprimés par le patient et ceux qui seront observés lors de la consultation. Par exemple combien de patients sont invalidés par du freezing tout au long de leur journée, chutant plusieurs fois par jour alors que le jour de la consultation, ce freezing se fait très discret voire même silencieux. Il en est de même pour les performances du patient. Il semble de plus que les caractéristiques de la marche enregistrée lors de tests supervisés réalisés en laboratoire ou en consultation ne reflètent pas fidèlement ses caractéristiques dans les activités de la vie quotidienne, interrogeant notre capacité à évaluer avec réalisme les effets des programmes de prise en charge par l'activité physique. Ainsi, il a été montré, chez une population de sujets âgés chuteurs, que les caractéristiques de la marche dans les activités de la vie quotidienne ressemblent plus à celles de la marche en double tâche qu'à celles de la marche en simple tâche, lorsque ces épreuves sont réalisées en laboratoire (Hillel I, Gazit E, Nieuwboer A, Avanzino L, Rochester L, Cereatti A, et al. *Is every-day walking in older adults more analogous to dual-task walking or to usual walking? Elucidating the gaps between gait performance in the lab and during 24/7 monitoring. Eur Rev Aging Phys Act Off J Eur Group Res Elder Phys Act. 2019; 16:6.*). Une récente revue de la littérature arrive à la même conclusion concernant la maladie de Parkinson (Warmerdam E, Hausdorff JM, Atrsaei A, Zhou Y, Mirelman A, Aminian K, et al. *Long-term unsupervised mobility assessment in movement disorders. Lancet Neurol. 2020*). Le principe de l'évaluation du patient se doit d'être basé sur cette constatation, d'une part un chiffre essentiel pour servir de référence, mais avant tout une interprétation qui se doit de s'approcher le plus fidèlement de l'état réel et quotidien du patient.

Dernier point de ce préambule, il est primordial que le patient évalué sache et comprenne le but de cette évaluation, dans un souci d'adhérence à la rééducation qui lui sera proposée. L'évaluation n'est pas un atout au service de la personne « savante », mais un lien entre le patient et le praticien, lien d'autant plus nécessaire d'être compris que ce trait d'union va guider toute la suite du parcours de soins du patient. Le patient doit être au centre du contrat de soins.

## *Les bilans usuels*

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation des troubles moteurs pour comprendre les effets de la maladie de Parkinson chez les patients. Dans ces troubles moteurs, il faut différencier l'évaluation de l'altération de la programmation motrice, les répercussions sur la réalisation de ces programmes mis en œuvre d'une part, et d'autre part l'évaluation des conséquences de ces altérations sur les différents systèmes moteurs assurant l'intégrité et l'autonomie du patient dans les activités motrices quotidiennes. Ces différentes échelles doivent être le vecteur de communication entre les professionnels afin que le langage utilisé puisse être entendu et compris par tous les acteurs de soins.

Pour ce qui est de l'évaluation des altérations motrices, une seule échelle est utilisée mondialement par tous les acteurs prenant en charge les patients parkinsoniens. Cette échelle est la MDS-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS), particulièrement la partie III qui s'attache à évaluer la partie purement motrice du geste moteur du patient évalué (*C.G. Goetz, Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS) : une nouvelle échelle pour l'évaluation de la maladie de Parkinson Rev Neurol 2010*).

Tous les neurologues du monde utilisent cette échelle d'évaluation. Ce qui est plus décevant est que nombre de kinésithérapeutes ne sont pas formés dans leurs études à utiliser cette échelle et beaucoup ne la connaissent même pas. Pourtant, le kinésithérapeute est bien confronté aux mêmes phénomènes et symptômes du patient, l'akinésie, le tremblement et la rigidité. La conséquence de ce manque de formation est l'incapacité de juger de la gravité d'un symptôme et par conséquent, l'incapacité de réévaluer l'effet d'un programme de rééducation mis en place. En clair, cela veut dire que le kinésithérapeute réduit son action thérapeutique aux modifications possibles des conséquences de la maladie sur les caractéristiques physiques du patient (marche, équilibre, posture) et non pas sur la qualité de la programmation du geste moteur. La méconnaissance des caractéristiques des médicaments (effets bénéfiques, effets indésirables, durée de vie, interactions...) est aussi un manque dans la formation des paramédicaux. Il y a sans doute ici une des explications aux différences vécues par le patient entre la performance « surveillée » (effet motivation) et la qualité motrice vécue au quotidien en situation spontanée (effet distraction). Par exemple, un bon programme de travail de l'équilibre pourra sans doute améliorer les performances du patient en situation de travail chez le kinésithérapeute et pourtant ne pas modifier son insécurité dans

la rue, ou son nombre de chutes au cours du mois écoulé. Être capable de différencier la qualité d'un mouvement en termes de programmation et d'influence de la maladie des conséquences sur la performance motrice est donc primordial. C'est le seul moyen de quantifier la qualité du programme de rééducation d'une part, mais aussi l'impact de ce programme sur les symptômes de la maladie. En l'absence de cette vision, chaque acteur de soins est cantonné à une vision partielle et déconnectée de cette prise en charge pluridisciplinaire qui est la recommandation des autorités de santé. L'utilisation de cette échelle MDS-UPDRS III est donc la garantie d'un langage commun et de communication « impliquée » de la part de chacun des acteurs de soins. Il est normal que chaque acteur possède un arsenal d'échelles d'évaluation qui lui soit propre, mais ces échelles spécifiques ne sont en général pas connues en profondeur par les autres acteurs impliqués.

Par rapport aux déficiences des différents systèmes moteurs assurant l'intégrité et l'autonomie du patient dans les activités motrices quotidiennes (équilibre, marche, posture) les kinésithérapeutes ont à disposition un nombre démesuré d'échelles d'évaluation. Si la culture professionnelle tend à enseigner l'utilisation des échelles validées sur le plan scientifique, il faut constater que nombre de professionnels utilisent encore, en toute honnêteté, des échelles non validées, des parties d'échelles, des adaptations personnelles, pour gagner du temps ou simplement par habitude. Les échelles d'évaluations validées ont encore certains défauts, principalement parce que certaines, très usitées, n'ont pas été validées pour une pathologie spécifique. Souvent, les troubles de la marche, de l'équilibre ou de la posture ont été étudiés chez les personnes âgées, non parkinsoniennes comme l'échelle de Tinetti, de Berg, qui sont pourtant des échelles très utilisées dans la pratique courante comme dans la recherche. La justification de ces échelles d'évaluation ayant reçu une validation en transformant l'objectif principal (évaluer **la marche ou l'équilibre**) en capacité à évaluer **le risque de chute**. Ce qui n'est pas du tout le même critère d'évaluation, surtout chez les patients parkinsoniens. Encore une fois en raison des caractéristiques spécifiques de la maladie et de ses effets sur le quotidien des patients.

Un exemple concret : l'échelle de Tinetti. Dans l'étude de D. Kegelmeyer et al., (*D. Kegelmeyer, A. Kloos, +1 author S. Kostyk Reliability and Validity of the Tinetti Mobility Test for Individuals With Parkinson Disease 2007 Psychology Physical Therapy*) Contexte et objectif : Cette étude a examiné la fiabilité inter-évaluateur et intra-évaluateur, la validité concurrente et la validité des critères du test de mobilité de Tinetti (TMT) en tant qu'outil de dépistage du risque de chute chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson (MP).

Sujets : Trente personnes atteintes de MP ont volontairement participé à l'étude, et les données d'un examen rétrospectif de 126 dossiers de patients ont été incluses. Les scores du test de mobilité de Tinetti ont été corrélés avec les scores moteurs de l'échelle d'évaluation unifiée de la maladie de Parkinson (UPDRS) et la vitesse de marche confortable. La capacité du TMT à évaluer avec précision **le risque de chute a été déterminée**. Résultats : La fidélité inter-évaluateur et intra-évaluateur était bonne à excellente (coefficient de corrélation intraclasse > 0,80). Les scores du test de mobilité de Tinetti étaient corrélés avec les scores moteurs UPDRS ( $r_s = -0,45$ ) et la vitesse de marche ( $r_s = 0,53$ ). La sensibilité et la spécificité du TMT pour identifier les chuteurs étaient de 76 % et 66 %, respectivement. Discussion et conclusion : Le TMT est un outil fiable et valide pour évaluer l'état de mobilité et le risque de chute des personnes atteintes de MP.

Bien sûr, la mobilité ou la capacité à se mouvoir est corrélée à la vitesse de marche tout comme la vitesse de marche va être corrélée au risque de chute, mais la capacité à se mouvoir n'est pas corrélée aux performances d'équilibre, surtout dans la maladie de Parkinson. Cela va se traduire par une bonne corrélation en termes de performances « surveillée » par l'examineur, mais pas forcément dans les performances du patient en situation quotidienne écologique.

C'est pourquoi il est important de bien sélectionner les échelles d'évaluations et de bien comprendre leur utilité dans le cadre de la pathologie du patient. Autre exemple pour conforter nos propos, l'échelle de Berg est sans doute l'outil le plus utilisé dans la littérature scientifique internationale depuis des lustres. Pourtant des échelles d'évaluation plus sensibles sont à disposition des praticiens. Les résultats de l'étude de Godi M. (*Godi M, Franchignoni F, Caligari M, Giordano A, Turcato AM, Nardone A. Comparison of reliability, validity, and responsiveness of the mini-BESTest and Berg Balance Scale in patients with balance disorders. Physical Therapy. 2013; 93(2):158-67*) concordent avec ce qu'il y a dans la littérature et démontrent que le Mini-BEST Test possède des qualités supérieures à l'échelle de Berg. L'effet plafond de l'échelle de Berg n'est pas présent que chez les patients sévèrement limités au niveau de la fonction. Cela fait en sorte que l'échelle de Berg n'a pas la capacité d'évaluer les patients avec un équilibre relativement bon. Sur les 40 patients qui ont eu une amélioration modérée, 95% d'entre eux ont eu un changement de 4 ou plus au Mini-BESTest alors que seulement 58% ont eu un changement de 7 à l'échelle de BERG. Ceci démontre que le Berg n'est pas aussi sensible que le Mini-BESTest aux changements de condition des patients. Afin

de bien évaluer les patients, il faut avoir des outils de bonne qualité afin de s'assurer que les mesures obtenues sont réelles et permettent une bonne interprétation, une bonne transcription dans les performances de la vie quotidienne.

Une autre échelle spécifique pour les patients parkinsoniens a été validée depuis 2004, la Gait and Balance scale (GABS), (*Madhavi Thomas, Joseph Jankovic, Monthaporn Suteerawattananon, Sharmin Wankadia, Kavitha Salomi Caroline, Kevin Dat Vuong, Elizabeth Protas* *Clinical gait and balance scale (GABS): validation and utilization J Neurol Sci. 2004 Jan 15;217(1):89-99*). La conclusion de cette étude, montre que la GABS est une **échelle clinique** bien construite, complète et facile à utiliser, qui mesure de manière fiable **la marche, l'équilibre, la posture, le freezing (enrayage de la marche) et le cycle de marche**. Les éléments ont une cohérence interne élevée, une fiabilité intra-évaluateur et une bonne corrélation avec les éléments des systèmes d'évaluation comme le Balance Master et GAITRite.

Pourtant elle est restée très peu utilisée dans la littérature scientifique comme par les praticiens. C'est une situation incompréhensible, car, pour avoir utilisé cette échelle pendant des années en pratique courante au Centre Expert de Grenoble, cet outil m'a montré des qualités exceptionnelles. Mais peut-être, cette échelle délaissée, ne correspondait pas spécifiquement aux questionnements des évaluateurs.

### ***Évaluer quoi ?***

En vérité, c'est la seule question que le thérapeute doit se poser. C'est à partir du dialogue avec le patient et de l'interrogatoire du patient que le thérapeute doit déterminer quel type de bilan ou d'évaluation devra être pratiqué. Le but n'est pas de remplir une échelle d'évaluation générale pour une pathologie, cela reviendra à ouvrir un tiroir général, inadapté au cas particulier du patient. Et malheureusement, c'est souvent l'erreur commise par le thérapeute. Cela par simplicité, méconnaissance ou habitude. C'est un des risques les plus courants face à une prescription généraliste : rééducation pour patient atteint de la maladie de Parkinson. Les prescriptions actuelles responsabilisent le praticien, mais cette responsabilité doit être mise en place, assumée. Le praticien doit évaluer le problème du patient, pas les problèmes d'une pathologie. Le choix du type d'évaluation ne coule donc pas de source, il doit se baser sur

l'observation et l'interrogatoire. Parfois il peut y avoir une différence entre les motifs de la prescription et les altérations observées. C'est là un point majeur de la responsabilité, la validation d'une pratique de professionnel « adulte », responsable. Rien n'empêche l'utilisation d'une échelle validée pour une pathologie, mais elle doit alors s'accompagner d'une interprétation spécifique pour le patient ou bien ouvrir la porte à la réalisation d'une échelle d'évaluation plus spécifique devant les premières constatations. Le but étant bien sûr d'offrir au patient des moyens de rééducation adaptés à son problème et non pas à des patients porteurs de telle ou telle maladie. Il en va de l'efficacité thérapeutique. Bien sûr, un patient peut être adressé pour des chutes. Mais les chutes sont-elles en rapport avec un trouble de l'équilibre, un trouble de la marche, un trouble postural ou des troubles cognitifs ? Une échelle « généraliste » ne détermine pas ces subtilités. Alors il faut choisir. Est-ce que je pratique une évaluation du risque de chute ? Est-ce que j'évalue l'équilibre du patient ? Les évidences et les raccourcis de raisonnement ne sont jamais les bons conseillers. Même si le bon sens devrait faciliter les décisions du thérapeute, le bon sens commun n'est pas si simple à utiliser. Les habitudes sont souvent plus tenaces que la complexité du raisonnement clinique. Dans l'exemple précédent, une prescription de rééducation pour chutes, la question qui se pose est-elle le problème de survenue de chutes ou bien les causes de la chute ? Dans le premier cas, une évaluation des chutes doit être quantifiée, dans le second, les chutes sont secondaires, le problème à évaluer est ailleurs. Si les chutes sont associées à un problème d'équilibre, des échelles d'évaluation comme la Tinetti, la Berg sont indiquées, tout comme la MiniBEST. Pourtant nous avons vu dans l'étude de Kegelmeyer que la qualité de l'échelle de Tinetti évaluait plus le risque de chute que les caractéristiques de causalité. De même, l'étude de Godi met en évidence que l'échelle MiniBEST est plus performante que l'échelle de Berg, qu'elle est moins sensible aux changements de position des patients. Le meilleur choix serait donc l'utilisation de la MiniBEST. Bien que cette échelle soit par définition une échelle d'évaluation des troubles de l'équilibre (Balance Evaluation System Test), des études montrent que sa qualité est plus discriminante sur le risque de chute (*Abigail L Leddy<sup>1</sup>, Beth E Crowner, Gammon M Earhart Utility of the Mini-BESTest, BESTest, and BESTest sections for balance assessments in individuals with Parkinson disease J Neurol Phys Ther . 2011 Jun;35(2):90-7*). D'après les auteurs, bien que le Mini-BESTest contienne moins de la moitié des éléments du BESTest et ne prenne que 15 minutes, il est aussi fiable que le BESTest et possède des **propriétés discriminantes** comparables à légèrement supérieures **pour identifier les chuteurs** chez les personnes atteintes de MP. Cette échelle n'est donc pas une réelle échelle d'évaluation de la fonction d'équilibre, mais une échelle d'évaluation du risque

de chute. La cause des chutes n'est pas extraite de cette évaluation pourtant de plus en plus usitée et d'une très grande qualité. En 2013, une autre équipe de recherche apporta une information similaire, « toutes les versions du BESTest étaient raisonnablement précises pour **identifier les futurs chuteurs** récurrents, en particulier au cours des 6 mois suivant l'évaluation. Les cliniciens peuvent raisonnablement se fier au bref-BESTest pour prédire les chutes, en particulier lorsque les contraintes de temps et d'équipement sont préoccupantes » (Ryan P Duncan, Abigail L Leddy, James T Cavanaugh, Leland E Dibble, Terry D Ellis, Matthew P Ford, K Bo Foreman, Gammon M Earhart *Comparative utility of the BESTest, mini-BESTest, and brief-BESTest for predicting falls in individuals with Parkinson disease: a cohort study Phys Ther . 2013 Apr;93(4):542-50.*

Mais si les chutes ne sont pas expliquées par un problème d'équilibre, ces échelles ne sont plus adaptées et il faut alors étudier toutes les causes possibles engendrant des chutes. Et ces causes sont toutes partie intégrante des symptômes de la maladie. Une échelle d'évaluation plus spécifique d'analyse des symptômes sera alors plus judicieuse dans un premier temps pour déterminer les facteurs de causalité des chutes. Dans ce cas, la GABS reste une échelle d'évaluation plus pertinente, car étudie à la fois la marche, la posture et l'équilibre. Au-delà d'une valeur quantitative, cette échelle met en relation des tests et des épreuves imbriquées au regard de la posture, de l'équilibre et des paramètres cinétiques de la marche. Son avantage est d'être plus discriminante sur l'origine des causes des chutes possibles. Bien que la rééducation des chutes, la capacité à se protéger ou à se relever des chutes soit une nécessité dans la prise en charge rééducative du patient adressé, le plus important réside dans la correction de la cause, de l'origine physiologique de la chute. Cela implique que le rééducateur doit déterminer si la cause des chutes est liée à un problème de posture, un problème d'équilibre ou un problème sur les paramètres de marche. Et encore, il faudrait ajouter à ces causes des désordres exécutifs pouvant trouver leur origine dans des troubles cognitifs. L'évaluation clinique prend alors tout son sens, par l'observation et le raisonnement clinique spécifique du patient, pas de sa pathologie. Le but est de mettre en adéquation l'observation et les symptômes de sa pathologie pour valider une cohérence de raisonnement, puis des moyens à mettre en œuvre pour aider le patient. C'est toute la démarche du diagnostic kinésithérapique duquel découleront les objectifs et les moyens à disposition du thérapeute. Sans cette démarche spécifique, la prise en charge du patient ne correspond qu'à un travail général théorique adapté à une « pathologie » et non pas à une personne particulière

qu'est le « patient ». C'est en ce sens que le patient est défini comme au centre de son parcours de soins.

En conclusion, les compétences de chaque acteur doivent ouvrir une relation de confiance spécifique. Il n'y a pas de « savant » et de « soumis », il y a deux personnes avec des compétences complémentaires, pour que chacun s'approprie une réalité qui est le quotidien du patient. Le patient est acteur et maître de son quotidien, le thérapeute doit se baser sur ce quotidien pour évaluer et comprendre les problèmes du patient, afin de mettre en œuvre le travail spécifique aux besoins du patient. À ce prix, la rééducation devient efficace et volontairement partagée par ses acteurs.