

Kinésithérapie spécialisée en cas de maladie de Parkinson

Référence

Ypinga JHL, de Vries NM, Boonen LH, et al. Effectiveness and costs of specialised physiotherapy given via ParkinsonNet: a retrospective analysis of medical claims data. *Lancet Neurol* 2018;17:153-61.
DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30406-4

Analyse de

Gilles Van Acker, Caroline Redant
et Luc Van den Bossche,
REVAKI, UGent

Question clinique

En pratique quotidienne, quels sont les avantages à long terme de la kinésithérapie spécialisée versus la kinésithérapie classique, chez les patients atteints de la maladie de Parkinson ?

Contexte

Le nombre de patients atteints de la maladie de Parkinson ou d'une forme apparentée de parkinsonisme est en croissance dans notre société vieillissante. En conséquence, les coûts associés à cette maladie augmenteront également (1). La maladie de Parkinson est une affection neurodégénérative très complexe qui se caractérise par un large éventail de problèmes moteurs et non moteurs, et pour laquelle un traitement médicamenteux seul n'est pas suffisant. Malgré le nombre croissant de faits probants indiquant l'utilité des interventions non médicamenteuses, telles que la kinésithérapie et l'ergothérapie (2), le personnel paramédical ne dispose généralement pas des compétences spécifiques requises pour traiter les patients atteints de la maladie de Parkinson (3). Les Pays-Bas ont développé un réseau national (ParkinsonNet) de prestataires de soins (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciennes, infirmiers/ères) qui se spécialisent dans le traitement et l'accompagnement des patients atteints de la maladie de Parkinson (4). Plusieurs études ont déjà montré qu'une prise en charge spécialisée est rentable (5-7). Les effets à long terme en pratique quotidienne n'avaient toutefois pas encore été examinés.

Résumé

Population étudiée

- critères d'inclusion : patients atteints de la maladie de Parkinson pour laquelle ils ont été traités par un kinésithérapeute pendant au moins une des trois années d'observation (entre 2013 et 2015)
- critères d'exclusion : patients qui, entre 2013 et 2015, sont décédés (n = 339) ou ont changé d'assurance-maladie (n = 443)
- analyse finale des données de 4381 patients, dont approximativement 40% de femmes, et dont l'âge moyen est de 73 ans environ.

Protocole de l'étude

Étude d'observation rétrospective

- analyse rétrospective d'une banque de données des déclarations de soins d'une assurance-maladie néerlandaise (Groupe CZ)
- répartition des patients en deux groupes en fonction du type de kinésithérapie pour laquelle le patient et le médecin avaient eux-mêmes opté :
 - un groupe de patients qui suivaient une kinésithérapie spécialisée (n = 2129) effectuée par un kinésithérapeute formé sur la maladie de Parkinson dans le cadre du réseau ParkinsonNet
 - un groupe de patients qui suivaient une kinésithérapie classique (n = 2252) effectuée par un kinésithérapeute non formé sur la maladie de Parkinson.

Mesure des résultats

- critère de jugement principal : différence entre les deux groupes quant au pourcentage de patients avec une complication de la maladie de Parkinson, que ce soit une visite à l'hôpital ou une orientation vers l'hôpital pour une fracture, pour une autre lésion orthopédique ou pour une pneumonie
- critères de jugement secondaires : différence entre les deux groupes quant au nombre de patients par kinésithérapeute, au nombre de séances de kinésithérapie par patient, aux coûts pour la kinésithérapie, au total des coûts des soins liés à la maladie de Parkinson (y compris les dépenses d'hospitalisation) et quant à la mortalité
- analyse selon un **modèle mixte**
- correction pour tenir compte des différences dans les caractéristiques initiales : âge, sexe, statut socio-économique, indicateurs de l'état de santé (nombre de visites chez le neurologue, nombre de médicaments pour la maladie de Parkinson, prise d'antidépresseurs, recours à un soutien psychologique, nombre de soignants différents).

Résultats

- critère de jugement principal : plus faible probabilité de survenue d'une complication de la maladie de Parkinson, et ce de manière statistiquement significative, dans le groupe des patients traités par un kinésithérapeute spécialisé (n = 368 (17%)) que dans le groupe des patients traités par un kinésithérapeute qui n'était pas spécialisé (n = 480 (21%)) ; rapport de cotes (RC) 0,67 avec IC à 95% de 0,56 à 0,81 ; $p < 0,0001$)
- critères de jugement secondaires :
 - les kinésithérapeutes spécialisés ont traité plus de patients par an que les kinésithérapeutes non spécialisés, la différence est statistiquement significative (moyenne 3,89 (ET 3,91) vs 1,48 (ET 1,24) ; $p < 0,0001$)
 - les patients traités par les kinésithérapeutes spécialisés ont eu besoin de moins de séances de kinésithérapie par an que les patients traités par les kinésithérapeutes qui n'étaient pas spécialisés, la différence est statistiquement significative (moyenne 33,72 (ET 26,70) vs 47,97 (ET 32,11) ; $p < 0,0001$)
 - les dépenses annuelles pour la kinésithérapie et pour le total des soins de santé étaient plus faibles, de manière statistiquement significative, pour les patients qui étaient traités par un kinésithérapeute spécialisé
 - aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes de patients quant à la mortalité.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les résultats de cette étude confirment ceux des études contrôlées. Ces résultats montrent que l'offre de kinésithérapie spécialisée par le biais du réseau ParkinsonNet est associée à moins de complications de la maladie de Parkinson ainsi qu'à des coûts moins élevés en pratique quotidienne. Les neurologues peuvent faciliter la kinésithérapie spécialisée en adressant les patients spécifiquement à ces experts.

Financement de l'étude

Aucun financement mentionné.

Conflits d'intérêts des auteurs

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

L'analyse des déclarations de soins d'un assureur offre l'avantage d'une analyse longitudinale avec un suivi de longue durée d'un vaste groupe de patients sans **biais de sélection**. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont cohérents, et les critères de jugement sont pertinents pour la question

clinique présentée. Comme il s'agit ici d'une étude d'observation, on ne peut exclure la possibilité d'un risque de **biais d'orientation** ou d'une éventuelle différence entre les deux groupes quant à la gravité de la maladie et quant aux comorbidités. La prudence reste de mise pour l'interprétation des résultats. Les différences quant aux caractéristiques de base (âge, sexe et statut socioéconomique) entre les deux groupes étaient limitées et n'étaient pas cliniquement pertinentes. Comme les données spécifiques concernant la gravité de la maladie de Parkinson et les comorbidités dans les déclarations de soins manquaient, les chercheurs ont effectué une recherche des indicateurs possibles, tels que le nombre de visites chez le neurologue, le nombre de médicaments pour la maladie de Parkinson, la prise d'antidépresseurs, le recours à un soutien psychologique, le nombre de soignants différents. Les différences entre les deux groupes n'étaient pas cliniquement pertinentes. Une correction a aussi été effectuée pour que les analyses tiennent compte de ces petites différences. Comme les différences quant au statut socioéconomique et quant à l'état de santé entre les deux groupes étaient tellement petites, un biais d'orientation des patients avec un niveau de formation plus élevé vers la kinésithérapie spécialisée est également peu probable. Pour leurs analyses, les chercheurs ont utilisé avec raison un modèle mixte. De ce fait, ils ont pu tenir compte de la corrélation de différentes mesures chez un même patient, et tenir compte aussi de certains **facteurs de confusion** (8).

Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude d'observation confirment quelques résultats d'études cliniques antérieures (5-7). Dans cette étude-ci, le recours à des kinésithérapeutes spécialisés a entraîné une diminution des coûts (tant pour la kinésithérapie que pour le total de la prise en charge de la maladie de Parkinson). Cette économie (environ 530 euros par an par patient) peut s'expliquer par une plus grande efficacité des soins (moins de séances de thérapie par patient) et par une diminution du nombre de complications de la maladie de Parkinson (pneumonie, fracture, autres lésions orthopédiques). Il convient de remarquer que l'on a pu déceler une diminution du nombre des complications, malgré la **puissance** limitée de l'étude pour montrer une différence entre les deux groupes quant aux complications. Les auteurs eux-mêmes attribuent les meilleurs résultats cliniques, qui n'avaient pu être montrés dans une précédente **étude contrôlée par grappe** (7), à l'expertise que les kinésithérapeutes ont progressivement acquise au sein du réseau. D'après les auteurs, la kinésithérapie spécialisée a également permis d'atteindre plus rapidement un objectif déterminé, après quoi la thérapie pouvait être arrêtée.

Des économies comparables ont aussi été montrées dans des études précédentes, tant dans l'étude contrôlée par grappe précitée (1400 euros par an par patient) (7) que dans une analyse de données de la société de consultance KPMG (respectivement 640 euros et 381 euros par patient par an en 2008 et en 2009) (9).

Les auteurs attirent l'attention sur le fait que les résultats de cette étude ne peuvent être extrapolés qu'aux pays prévoyant une même intensité de traitement de la maladie de Parkinson par kinésithérapie, ce qui serait donc possible en Belgique où la maladie de Parkinson est considérée comme une pathologie de la liste « E » (pathologies lourdes), susceptible de bénéficier d'un accès presque illimité à la kinésithérapie. Malheureusement, les données de cette étude ne permettent pas de savoir s'il s'agit de patients atteints d'une maladie de Parkinson débutante ou en phase terminale. Pour confirmer les résultats, il faudra donc mener une étude prospective avec deux groupes d'étude qui soient comparables quant au stade de la maladie. On ne connaît pas non plus la plus-value de la kinésithérapie spécialisée (par le biais d'un réseau) dans une approche multidisciplinaire intégrée des patients atteints de la maladie de Parkinson (10,11).

Conclusion de Minerva

Cette étude rétrospective observationnelle avec un vaste groupe non sélectionné de patients atteints de la maladie de Parkinson montre que la kinésithérapie spécialisée, versus la kinésithérapie non spécialisée, est associée à une meilleure qualité des soins, à de moindres coûts et à un plus petit nombre de complications de la maladie de Parkinson. Cette étude ne permet pas de savoir si les résultats peuvent être extrapolés à tous les stades de la maladie de Parkinson.

Pour la pratique

La plupart des guides de pratique clinique (GPC) reconnaissent l'utilité de la kinésithérapie dans le traitement de la maladie de Parkinson. La kinésithérapie est importante pour prévenir la diminution de l'activité, la peur de bouger ou de tomber, les problèmes de marche (blocage (freezing), troubles de l'équilibre), les douleurs, les escarres et les contractures (12). Les exercices ont pour but de maintenir la capacité fonctionnelle et la souplesse des articulations (13). Pourtant, l'efficacité de la kinésithérapie dans la maladie de Parkinson n'est assortie que d'un niveau de preuve moyen (14). Des recommandations de kinésithérapie plus spécifiques recommandent d'appliquer, chez les patients atteints de la maladie de Parkinson, un entraînement fonctionnel, un entraînement des compétences et/ou un entraînement des stratégies, selon le stade de la maladie (15). Le GPC du NICE est le seul qui préconise d'adresser le patient, dès le stade précoce de la maladie de Parkinson, à un kinésithérapeute spécialisé dans cette maladie pour une évaluation, de l'éducation et des conseils (entre autres concernant l'exercice physique) ainsi que pour une kinésithérapie adaptée (16). L'étude décrite plus haut montre qu'il est justifié de promouvoir la kinésithérapie spécialisée chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Le réseau ParkinsonNet pourrait être un exemple dans la manière de proposer cette kinésithérapie spécialisée.

Références

1. Dorsey ER, Constantinescu R, Thompson JP, et al. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology* 2007;68:384-6. DOI: 10.1212/01.wnl.0000247740.47667.03
2. Tomlinson CL, Patel S, Meek C, et al. Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD002817.pub4
3. Keus SH, Oude Nijhuis LB, Nijkrake MJ, et al. Improving community healthcare for patients with Parkinson's disease: the dutch model. *Parkinson's disease* 2012;2012:543426. DOI: 10.1155/2012/543426
4. <http://www.parkinsonnet.info/> (English)
5. Sturkenboom IH, Graff MJ, Hendriks JC, et al. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol* 2014;13:557-66. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70055-9
6. Sturkenboom IH, Hendriks JC, Graff MJ, et al. Economic evaluation of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Mov disord* 2015;30:1059-67. DOI: 10.1002/mds.26217
7. Munneke M, Nijkrake MJ, Keus SH, et al; ParkinsonNet Trial Study Group. Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol* 2010;9:46-54. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70327-8
8. Poelman T, Michiels B. Comment analyser des mesures répétées ? *MinervaF* 2016;15(6):155-7.
9. ParkinsonNet: a low-cost health care innovation with a systems approach from the Netherlands. *Health Aff (Millwood)* 2017;36:1987-96. DOI: 10.1377/hlthaff.2017.0832
10. Tsakitzidis G. Prise en charge multidisciplinaire intégrée des patients atteints de la maladie de Parkinson. *MinervaF* 2014;13(8):93-4.
11. van der Marck MA, Munneke M, Mulleners W, et al. Integrated multidisciplinary care in Parkinson's disease: a non-randomised, controlled trial (IMPACT). *Lancet Neurol* 2013;12:947-56. DOI: 10.1016/S1474-4422(13)70196-0
12. Draijer LW, Eizenga WH, Sluiter A. NHG-Standaard Ziekte van Parkinson. *Huisarts Wet* 2011;54:380-92.
13. Maladie de Parkinson. Duodecim Medical Publications, 1/01/2000. Dernière mise à jour: 30/08/2017. Dernière révision contextuelle: 23/02/2016.
14. La maladie de Parkinson. Formulaire de soins aux Personnes Agées. CBIP/Archives de Farmaka, 31/01/2017.
15. Aanbevelingen KNGF-richtlijn Parkinson. KNGF, 2017.
16. Parkinson's disease in adults. NICE guideline [NG71]. Published date: July 2017.