

Le département de Neuro Revalidation et la Stroke Unit

MARIE-DOMINIQUE GAZAGNES¹, BERNARD DACHY²

¹Chef de Clinique et responsable de la Stroke Unit et de la Revalidation Neurologique, CHU Brugmann

²Chef de Département de Neurologie – Revalidation, CHU Brugmann

RÉSUMÉ

Depuis 1972, le CHU Brugmann est un centre de rééducation et réadaptation neurologique spécialisé dans les atteintes neurologiques centrales et périphériques. Il n'a cessé de croître et de s'adapter aux défis posés par la société. Cette même année, le Pr Demol ouvre une première unité dédiée à la neuro-réadaptation, le début de nombreuses évolutions afin d'offrir aux patients une prise en charge toujours meilleure.

Tout au long de ces 50 ans le Service de Réadaptation va croître sous l'égide des Prs Capon puis Demeurisse et s'adapter aux grands progrès réalisés dans le domaine de la neuro-réadaptation en accueillant une population adulte présentant des déficiences neurologiques secondaires à des pathologies comme l'accident vasculaire cérébral, la sclérose en plaques, les syndromes parkinsoniens, les neuropathies périphériques, les status post-neurochirurgicaux,...

Un tournant pour le service de réadaptation a eu lieu 30 ans plus tard en 2002 avec la création sous l'égide du Dr Gazagnes d'une **Stroke Unit** dédiée à la prise en charge des AVC aigus avec des lits monitorisés intégrés au département de revalidation neurologique. Depuis plus de 20 ans l'unité a accueilli plus de 10.000 patients et elle a obtenu l'accréditation S1 permettant de pratiquer les techniques de revascularisation telles que la thrombolyse et participe aux thrombectomies en collaborant avec le réseau établi à Bruxelles.

Cette prise en charge aiguë intégrée dans le service de réadaptation avec une prise en charge précoce dès la phase aiguë suit les recommandations du European Stroke Council et de la World Stroke Organization. Ces recommandations se fondent sur une certitude: la rééducation doit être mise en place dès que possible, en combinant les différentes méthodes retenues et « sans se limiter à une approche exclusive, quel que soit le stade de la prise en charge », cela permet de diminuer la mortalité et le handicap.

En 2006, grâce aux Drs Deltenre puis Dachy, l'actuel chef de département de neuro-revalidation, la Clinique de Neurologie du département de médecine interne et le Service de Neuro-revalidation se rapprochent pour constituer ce département. Ce rapprochement se concrétisant par le déménagement au bâtiment M, dit « le bloc blanc » où sont regroupés 72 lits d'hospitalisation: 50 lits de neuro-réadaptation, 4 lits d'éveil-coma, 6 lits aigus monitorisés de Stroke Unit et 12 lits de neurologie aiguë.

Cette nouvelle situation géographique autorise le repositionnement des unités, l'utilisation du pavillon N permettant de disposer d'un plateau technique plus grand

et plus performant ainsi que de consultations spécialisées en un seul lieu. Ce regroupement améliore le parcours de soin avec comme objectif de sauter par-dessus le mur du handicap et rassembler les outils qui permettent à ceux qui ont vu leur vie s'arrêter de commencer à en construire une nouvelle.

Une unité ambulatoire met à disposition des patients externes une installation qui intègre les techniques de neuro-réadaptation en phase chronique afin d'offrir la poursuite de la prise en charge au long cours.

En 2009 un **appartement thérapeutique** à visée de réinsertion sociale est créé et mis à la disposition des patients pour des durées limitées. Il est intégré en tant que support pédagogique d'excellence, dans le cadre du programme de rééducation/réadaptation et d'éducation thérapeutique (préparation au retour à domicile, prévention des chutes,...). Il intègre la mise en situation d'activités quotidiennes telles que cuisiner, se laver, s'habiller... et de vivre l'expérience du retour à domicile dans des conditions proches de la situation réelle.

2014 voit l'émergence de nouveaux outils de communication : tablette, smartphone et ordinateurs permettant de travailler la communication pour les patients avec troubles du langage.

Depuis 2018, **l'éducation thérapeutique du patient (ETP)** fait partie du parcours de soins et de suivi proposé aux patients. Ce qui les aide à mieux comprendre l'AVC, favorise leur autonomie dans la gestion de la maladie, des facteurs de risque et de leur traitement médicamenteux. Il limite le risque de récurrence et améliore l'adhésion au traitement et la qualité de vie. Tels sont les enjeux du programme proposé par une infirmière spécialisée et formée à la méthodologie de l'éducation thérapeutique du patient post-AVC.

En 2019 apparaissent **l'école des aidants et les mardis AVC**, initiatives destinées aux patients et aidants pour les soutenir dès la phase initiale: rencontrer leurs doutes et les former aux nouvelles conditions biopsychosociales auxquelles ils devront s'adapter.

Les objectifs comprennent des aspects tels que sécuriser le

patient et lui donner le sentiment d'être soutenu par une équipe, réduire l'incertitude quant à sa nouvelle situation et le former aux différentes ressources disponibles qui peuvent améliorer sa qualité de vie, sa fonctionnalité et son indépendance à sortie de l'hôpital.

Une **clinique spécialisée dans la prise en charge des AIT** fut créée en 2020. Partant du principe qu'une personne sur quatre subit un accident ischémique transitoire (AIT) avant un AVC, les patients ayant des symptômes neurologiques transitoires sont envoyés directement vers ce nouveau circuit qui vise à donner une alternative à l'hospitalisation en prenant en charge directement les patients victimes d'AIT, réalisant un bilan complet endéans les 24h et proposant au patient le traitement préventif d'AVC.

En 2021 fut inauguré le **jardin thérapeutique « Freddy Thielemans »** pour favoriser l'indépendance et l'autonomie mais aussi le bien-être des patients dans un environnement externe aménagé dans un espace naturel et sécurisé. Ce lieu de détente et de soins destiné aux patients cérébrolésés permet de refaire les gestes du quotidien sur le parcours de motricité voisin du chemin de promenade. Le parcours est utilisé dans différents ateliers, que ce soit en kinésithérapie, ergothérapie ou encore en psychologie. Ce jardin est un projet humain qui permet d'accompagner la guérison des patients en douceur, un moment de partage ponctué de convivialité et de rencontres.

Neuro-réadaptation : un parcours personnalisé

La personne victime d'AVC présente un contexte pathologique complexe. Dès le début de la prise en charge, le patient bénéficie d'une évaluation pluri-professionnelle, d'un projet thérapeutique individualisé approprié à sa situation et aux séquelles.

C'est donc dans un cadre spécifique à chaque patient, objectivé par des critères multi-factoriels, que le programme de rééducation est défini, en s'appuyant sur une équipe interdisciplinaire hautement spécialisée qui combine les techniques de réadaptation conventionnelles avec l'introduction de nouvelles technologies.

La rééducation individuelle est recommandée à tous les stades de la prise en charge, elle doit être programmée et coordonnée, lors du séjour en hôpital mais également après le séjour. La rééducation a pour but de récupérer une fonction dans le cadre des séquelles d'un AVC et d'améliorer sa qualité de vie.

La neuro-réadaptation est donc un processus complexe qui nécessite une équipe formée. Ce parcours de soin s'appuie sur différents thérapeutes :

- Le **médecin** supervise, traite les problèmes médicaux en rapport avec l'accident vasculaire cérébral et coordonne l'équipe de réadaptation.
- Les **kinésithérapeutes** évaluent la perte de motricité et mettent en place un programme de rééducation approprié avec des techniques et exercices pour améliorer le contrôle musculaire, l'équilibre, les déplacements et la marche.

- Les **ergothérapeutes** proposent une rééducation fonctionnelle et cognitive, des activités de la vie journalière (toilette, habillage) et des activités instrumentales (faire des courses, préparer un repas,...), selon les possibilités du patient. Ils évaluent si nécessaire, les aspects liés à l'aménagement du domicile.

- Les **logopèdes** prennent en charge les troubles du langage (expression/compréhension) et/ou de la parole. Après un bilan décrivant les forces et faiblesses du patient dans ces domaines, ils l'aident à récupérer ou à compenser au mieux ses capacités langagières et/ou articulatoires, à l'aide d'exercices adaptés à ses difficultés. Ils visent ainsi la meilleure autonomie communicationnelle possible.

Ils réalisent le testing de déglutition, afin de déceler ces troubles précocement car ils sont fréquents lors de l'AVC, et s'ils ne sont pas détectés, peuvent être à l'origine de complications telles que la dénutrition ou la pneumonie d'inhalation. Les logopèdes en assurent en outre la rééducation.

- Les **neuropsychologues** évaluent les différentes fonctions cognitives (mémoire, attention,...) afin d'objectiver les éventuels handicaps invisibles liés à l'AVC. Ces évaluations contribuent à mettre en place les stratégies adaptées de rééducation.
- Le **service social** répond à toutes les questions concernant les difficultés liées à l'hospitalisation. Que ce soit d'ordre administratif, financier ou encore concernant l'après hospitalisation.
- La **diététicienne** adapte les repas en fonction des éventuelles difficultés : texture facilitée en cas de problème de déglutition, supplément nutritionnel, alimentation entérale, régime particulier. Elle dispense les conseils adéquats pour le retour à domicile en cas de régime à suivre et/ou de texture à adapter.
- Les **soins infirmiers** sont une partie fondamentale du processus de réadaptation des patients. Les infirmières et les aides-soignantes accompagnent le patient et ses proches, pendant tout le séjour en assurant la prise en charge des soins dans un objectif spécifique de rééducation/réadaptation qui intègre la dimension de la supervision. C'est-à-dire « de faire avec le patient et non de faire à sa place ». Leur action s'inscrit dans le projet global et pluridisciplinaire de soins.
- L'**infirmière référente AVC** intervient afin d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec un AVC. Elle rencontre le patient afin de réaliser un diagnostic éducatif et de mettre en place un programme individualisé après la définition des objectifs éducatifs. Elle assure le suivi en post-hospitalisation pour concrétiser l'acquis au long court.

De la Clinique de Neurologie au Département de Neurologie-Revalidation

MARIE-DOMINIQUE GAZAGNES¹, BERNARD DACHY²

¹Chef de Clinique et responsable de la Stroke Unit et de la Revalidation Neurologique, CHU Brugmann

²Chef de Département de Neurologie – Revalidation, CHU Brugmann

D'où sont nés les Services de Neurologie dans nos hôpitaux publics ?

Que ce soit à Saint-Pierre ou à Brugmann, les Cliniques de Neurologie se sont graduellement constituées au sein des Services de Médecine interne. Les neurologues étaient avant tout des internistes, la spécialisation en neurologie s'autonomisant graduellement des disciplines sœurs ou mères, à savoir la médecine interne et la psychiatrie.

L'ancrage internistique était fort, la neurologie devait s'affirmer au sein de services généraux où les influences cardiologiques, endocrinologiques et néphrologiques étaient prépondérantes.

Ainsi, les Prs Coërs et Franken avaient suivi les équipes médicales de médecine interne lors de leurs pérégrinations transcanalaires entre la Porte de Hal et les hauts plateaux du Heysel.

Si Saint-Pierre conservait cette image d'hôpital d'urgences de par sa localisation géographique, Brugmann acquérait graduellement l'image d'un univers plus calme, plus propice à des prises en charge de plus longue durée.

On ne parlait guère à l'époque de gériatrie ou de réadaptation, mais il est intéressant de noter que les personnalités comme le Pr Demol, initiateur du service de revalidation neurologique, réunissait justement ces étiquettes.

Le Pr Coërs contribua fortement à la connaissance des maladies musculaires, intégrant les aspects morphologiques et électrophysiologiques. Le Pr Telerman-Toppet lui succéda en conservant cette même expertise. Avant qu'apparaissent les centres de référence neuro-musculaire, on trouvait déjà à Brugmann une équipe partant de l'évaluation clinique, intégrant l'exploration neurophysiologique, validant les diagnostics par l'anatomo-pathologie et constituant des cohortes de patients.

Comme évoqué ailleurs, le Service de Revalidation neurologique s'orienta de plus en plus vers la réadaptation de l'accident vasculaire cérébral, notamment sous l'égide du Pr Capon, affinant les techniques d'investigations non invasives de la circulation cérébrale.

En conservant les deux héritages, les Prs Demeurisse et Moerman perçurent bien la nécessité de mettre en commun les compétences et les savoirs, allant de l'aigu au chronique, du cortex au muscle.

La neurophysiologie représente, comme dans tout service neurologique le troisième pilier, développé

initialement par les Prs Coers, Telerman-Toppet pour les atteintes du système nerveux périphérique, et par les Prs Capon, Van Nechel et Deltenre pour les atteintes du système nerveux central. Le facteur de sécurité le plus faible dans la voie motrice principale se situe à la jonction des motoneurons supérieurs et inférieurs, c'est sans doute pour cela que les électromyographies étaient réalisées au sein de la Clinique de Neurologie et que les potentiels évoqués étaient l'apanage de la revalidation neurologique.

Étudier le fonctionnement neuronal du cortex au muscle, intégrer les prises en charge dès le stade aigu jusqu'au bout du processus réadaptatif nécessitaient à l'évidence une intégration des structures, le Département de Neurologie-réadaptation concrétisant le rapprochement des historiques Service de Revalidation Neurologique et Clinique de Neurologie.

L'accident vasculaire cérébral a servi de modèle à ce concept, partant de la Stroke Unit pour aboutir au secteur de revalidation, avec comme singularité de mêler ces deux composantes au sein du même secteur.

D'autres pathologies furent prises en charge selon ce modèle, comme la sclérose en plaques, les atteintes neuromusculaires et la maladie de Parkinson.

Le virage ambulatoire fut aussi décliné, avec une augmentation sensible de l'offre en consultations spécialisées, la prise en charge multidisciplinaire de réadaptation, et les partenariats avec d'autres cliniques comme la gériatrie pour la prise en charge des troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer.

Une revalidation neurologique ne peut se faire qu'après avoir évalué les déficits dans tous les domaines : neuropsychologique, locomoteur, logopédique. Grâce à l'intégration au sein du Département, ces expertises sont accessibles à tous les patients, y compris ambulatoires.

Il a été abordé l'autonomisation de la neurologie par rapport à la médecine interne, l'arrivée de l'HUDERF sur le campus a ensuite permis de confronter les pratiques pédiatriques et de médecine d'adultes. Si la continuité semble logique sur le plan médical, l'évolution administrative des institutions voisines peut apparaître comme un frein au développement de synergies. Il convient d'être attentif à ce point dans les projets ultérieurs, en pariant qu'à long terme le bien-être du patient sera l'élément décisif.

La neurologie apparaît parfois complexe voire ésotérique. Elle se devait dès lors de se cacher au sein de bâtiments

multiples, dispersés sur le campus voire en dehors comme à Brien ou Reine Astrid. Sans oublier ses antennes en Gériatrie, en Ophtalmologie, sa présence régulière aux Urgences,...

Les défis sont nombreux : remplir les critères pour prendre en charge correctement des pathologies complexes, renforcer l'offre ambulatoire, concevoir les processus réadaptatifs avec un regard neurologique, s'adapter à la démographie médicale et anticiper les regroupements hospitaliers tout en gardant son identité, bien vivante et célébrée en ce mois de juin !

REMERCIEMENTS

Les Drs Dachy et Gazagnes remercient Madame Anna-Maria Bulinckx, infirmière, pour son aide précieuse à la rédaction de cet article.



CORRESPONDANCE

Marie-Dominique GAZAGNES - mariedominique.gazagnes@chu-brugmann.be
Bernard DACHY - Bernard.DACHY@chu-brugmann.be