

Chapitre 7 Item 118 – UE 5 – Principales techniques de rééducation et de réadaptation

- I. Définitions
 - II. Moyens thérapeutiques du domaine de la rééducation
 - III. Aspects juridiques et pratiques de la prescription de massokinésithérapie
 - IV. Principes de rééducation en fonction des pathologies de l'appareil locomoteur
-
-

Objectifs pédagogiques

Nationaux

- Argumenter les principes d'utilisation des principales techniques de rééducation et de réadaptation, en planifier le suivi médical et argumenter l'arrêt de la rééducation.
- Savoir prescrire la massokinésithérapie et l'orthophonie.
- Connaître le rôle et les principales compétences des différents professionnels de santé dans le projet de rééducation-réadaptation d'une personne en situation de handicap.

COFER

- Connaître les principales techniques de rééducation et de réadaptation, leurs principales indications.
 - Connaître les différents intervenants, médicaux et paramédicaux, dans un programme de rééducation et de réadaptation. Connaître les principes et les indications de la physiothérapie et de l'ergothérapie.
 - Savoir définir les objectifs thérapeutiques de la rééducation, savoir rédiger une ordonnance et savoir évaluer les résultats.
 - Connaître le principe de la rééducation du rhumatisme inflammatoire, de la coxarthrose et de la gonarthrose, de la lombalgie et de la tendinopathie.
 - Connaître les principaux appareillages, les matériels utilisés et leurs applications. Savoir les prescrire et connaître les modalités de prise en charge.
-

I Définitions

A Rééducation

La rééducation est un ensemble de traitements non médicamenteux. Appliquée à la rhumatologie, elle comprend : massages, physiothérapie, kinésithérapie, ergothérapie et appareillage.

Elle peut aussi être définie par son objectif principal et la stratégie de prise en charge qu'elle sous-tend. Ainsi, elle vise à l'autonomisation des patients par une action ciblée sur les déterminants du handicap dont les déficiences et incapacités.

B Réadaptation

La réadaptation dépasse le cadre de la rééducation. Elle intègre en effet l'ensemble des mesures médicales, sociales, éducatives et environnementales susceptibles de contribuer au maintien ou au retour des patients dans leur environnement. Cet objectif ne se substitue pas à celui d'une autonomisation. La réadaptation fait donc appel à des intervenants des domaines médical, paramédical et extramédical. Elle est en règle coordonnée par le médecin prenant en charge le patient.

II Moyens thérapeutiques du domaine de la rééducation

Les moyens de rééducation sont mis en œuvre en pratique rhumatologique par les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les orthoprothésistes sur prescription médicale. La kinésithérapie et l'ergothérapie sont réalisées au cours de programmes évolutifs allant en général d'un travail analytique vers un travail fonctionnel lors d'activités et de mises en situation de complexité croissante.

A Techniques antalgiques directes

Les techniques antalgiques directes ont pour objectif de diminuer la douleur. Elles comprennent les massages et la physiothérapie. Elles facilitent la réalisation d'exercices et d'activités à visée thérapeutique.

1 Massothérapie

Les massages consistent en diverses techniques manuelles à base d'effleurage, de pétrissage, de frictions et de vibrations. Ils intéressent les plans superficiels et les différents composants ab-articulaires de la région traitée. Ils sont à proposer avec prudence, pour des raisons de tolérance, en cas de lésion ou de fragilité cutanée et de poussée articulaire douloureuse.

2 Physiothérapie

La physiothérapie correspond à l'usage des agents physiques suivants : chaud, froid, laser, courants électriques et ultrasons. La thermothérapie comprenant le recours au chaud ou au froid en est l'élément le plus simple d'utilisation et le plus répandu. Le froid, à des températures inférieures ou égales à 0 °C, est un traitement antalgique recommandé en cas de douleur articulaire ou ab-articulaire. Les sources en sont divers dispositifs réfrigérés. Elles requièrent une exposition d'une quinzaine de minutes, indirecte – utilisation d'un linge en interface afin d'éviter toute brûlure cutanée – et pluriquotidienne. Le chaud, entre 45 °C et 55 °C, est utile au dérouillage articulaire et au relâchement musculaire. Il est proposé hors poussée pour les articulations périphériques ainsi qu'au cours des rachialgies communes en phase aiguë. Les sources les plus utilisées sont l'eau, les boues, différents dispositifs préchauffés et les rayonnements infrarouges. La fangothérapie consiste en l'usage de boues, la parafangothérapie en l'usage de boues et paraffine.

B Kinésithérapie

La kinésithérapie (littéralement « traitement par le mouvement ») est le principe actif essentiel de la rééducation en rhumatologie. Elle repose sur des techniques de mobilisation et postures, des exercices d'entretien et de renforcement musculaires, ainsi que sur des techniques de reprogrammation sensorimotrice.

Pour les patients ambulatoires, n'entrant pas dans le cadre de procédures de prise en charge multidisciplinaires, elle est habituellement initiée lors d'une quinzaine de séances supervisées et prolongée par une autorééducation pratiquée par l'intéressé, seul au domicile. Ces séances peuvent être réitérées de façon séquentielle après réévaluation clinique. Le prescripteur gardera à l'esprit lors de la définition de ses objectifs que la kinésithérapie ne vise aucunement la réalisation de performances athlétiques mais reste dans la perspective d'une optimisation fonctionnelle au cours des activités courantes.

La kinésithérapie entre également dans la composition de programmes multidisciplinaires plus lourds, tels qu'ils sont proposés en milieu hospitalier et en centre de rééducation.

La balnéothérapie, conjuguant les effets de la chaleur, d'une diminution des contraintes liées à la pesanteur et d'un renforcement de la stimulation proprioceptive, est une technique de rééducation intéressante en phase douloureuse aiguë et face à un enraidissement articulaire.

1 Mobilisation

Les techniques de mobilisation sont des exercices dynamiques dont l'objectif est l'entretien ou l'amélioration de l'amplitude des mouvements. Ils sont pour cette raison dits à dominante articulaire. Il est important d'expliquer au malade qu'un secteur d'amplitude limité en raison de l'altération structurale d'une articulation ne peut au mieux qu'être préservé. Le gain d'amplitude ne se conçoit que par un travail d'étirement ou d'assouplissement sur les structures ab-articulaires, lorsqu'elles sont impliquées : capsule, ligament, tendon, muscle. Sont distingués parmi ces techniques les mobilisations passives, les mobilisations actives et le contracter-relâcher. Ce dernier consiste à utiliser la phase d'inhibition musculaire suivant une contraction volontaire, pour l'étirement d'un muscle hypo-extensible.

2 Postures

Les postures sont des techniques statiques. Elles correspondent à des attitudes adoptées par un segment de membre ou par le rachis. Elles visent à s'opposer à une déformation ou à obtenir une position antalgique. Il peut s'agir de postures contre pesanteur, d'autopostures prises par le patient lui-même, ou de postures imposées, sous contraintes manuelles contrôlées par le kinésithérapeute.

3 Entretien et renforcement musculaires

L'entretien et le renforcement musculaires sont théoriquement réalisés sur un mode isométrique (contraction musculaire sans mouvement segmentaire), isotonique (contraction musculaire dynamique contre charge constante) ou isocinétique (contraction musculaire lors de mouvements de vitesse constante). L'intensité de l'effort demandé et sa durée permettent de distinguer le travail en résistance (intensité élevée et durée courte) du travail en endurance ou aérobie (intensité moins élevée et durée prolongée). Pour des raisons de tolérance, le choix se porte le plus souvent sur un travail isométrique sans charge imposée ou contrarié manuellement, ou sur un travail isotonique de faible intensité. L'effort sollicité est entrecoupé de phases de repos. Il apparaît logique d'orienter le travail vers le fonctionnement physiologique des muscles concernés, lors d'exercices concentriques (contraction lors du raccourcissement du muscle) ou excentriques (contraction lors de l'allongement). Ces exercices musculaires sont utilisés pour prévenir ou réduire faiblesse segmentaire, instabilité et amyotrophie, ainsi que pour s'opposer à d'éventuelles déformations.

4 Reprogrammation sensorimotrice

La technologie kinésithérapique utilisée en rhumatologie ne se résume pas à des techniques de mobilisation, de postures ou de sollicitation musculaire, c'est-à-dire à une kinésithérapie gymnique. Certaines techniques visent à induire une action motrice en réponse à une information sensitive, proprioceptive notamment. Elles peuvent être décomposées en un apprentissage en trois étapes : perception d'une position articulaire ou d'un mouvement censé déclencher une réaction musculaire ; acquisition du contrôle volontaire de la réponse motrice ; automatisation des séquences de perception et de réaction motrice. La mise en éveil des muscles stabilisateurs d'une articulation portante sur un plateau mobile en est un exemple.

C Ergothérapie

L'ergothérapie repose spécifiquement sur la pratique d'activités ludiques et artisanales dans le but d'une optimisation fonctionnelle. Encadrée par les ergothérapeutes, elle intègre aussi l'usage de techniques antalgiques directes et de kinésithérapie. Le confort, la sécurité (économie articulaire) et l'efficacité du geste y sont enseignés et recherchés. Ces objectifs sont parfois atteints par l'usage d'orthèses et d'aides techniques confectionnées à la demande. L'ergothérapie est une thérapeutique institutionnelle non ouverte à la pratique libérale.

D Appareillage

Les orthèses et les aides techniques sont des dispositifs externes fabriqués en série ou sur mesure. Leur confection est assurée par différents professionnels de santé formés à cet effet : orthoprothésistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, podologues et médecins. Leur indication n'est pas systématique. Elles doivent être adaptées à chaque patient, au moment où elles sont envisagées *de novo* et au cours du temps. Le petit appareillage correspond aux dispositifs médicaux fabriqués en série selon des tailles standardisées, ou confectionnés sans délai à titre provisoire. Le grand appareillage est réalisé sur mesure ou sur moulage en matériaux durables.

La prescription du petit appareillage est faite sur ordonnance médicale simple, celle du grand appareillage est faite par le rhumatologue, sur un formulaire Cerfa de quatre feuillets intitulé « Prescription médicale de grand

appareillage ». Ce document est à adresser par l'orthoprothésiste au médecin-conseil de l'Assurance maladie, accompagné d'une demande d'entente préalable.

1 Orthèses

Les orthèses entrent dans le cadre de la prescription du petit et du grand appareillage. En matériaux rigides ou semi-rigides, elles sont proposées pour immobiliser une articulation en position de repos ou de fonction, à des fins antalgiques. Dynamiques, élastiques ou articulées, elles visent à améliorer la proprioception et la stabilité, et à limiter les contraintes articulaires lors du mouvement.

L'utilisation d'orthèses est également applicable au rachis lombaire soit avec une immobilisation stricte pour obtenir une antalgie avant d'entreprendre un programme de rééducation, soit avec le port d'une ceinture de soutien lombaire visant à exercer un rappel postural et un renforcement du caisson abdominal pour faciliter la réalisation d'activités sollicitant le rachis lombaire (travaux de force, conduite automobile...). Au rachis cervical, la prescription de colliers cervicaux doit absolument être limitée à la phase aiguë d'une cervicalgie d'origine traumatique et abandonnée rapidement. Elle doit être proscrite dans les cervicalgies chroniques.

2 Aides techniques

Les aides techniques sont des moyens palliatifs extrêmement variés. Elles sont proposées pour le maintien d'activités spécifiques, lorsque les capacités fonctionnelles propres des patients sont dépassées. Il convient de ne pas les utiliser trop tôt dans l'histoire clinique ou de façon non ciblée. Le risque serait dans le cas contraire d'aggraver une incapacité partielle par défaut de sollicitation. Les cannes sont des aides techniques. Elles peuvent faciliter la déambulation mais aussi permettre la mise en décharge d'un membre inférieur lors de poussées articulaires.

III Aspects juridiques et pratiques de la prescription de massokinésithérapie

A Prescription de massokinésithérapie

La notion de prescription qualitative et quantitative de kinésithérapie a été supprimée par arrêté du 22 février 2000. La kinésithérapie reste toutefois une thérapeutique subordonnée à la prescription médicale sur ordonnance. Le choix technologique, le nombre et la fréquence des séances sont du domaine de la compétence du masseur-kinésithérapeute.

Il apparaît néanmoins utile en pratique de les mentionner à titre indicatif lors de la prescription et de faire figurer également sur cette prescription la région à traiter. Celle-ci ne fait curieusement plus partie des mentions obligatoires. Ces précisions ne peuvent que contribuer à une bonne collaboration entre le prescripteur et le masseur-kinésithérapeute.

La réalisation des soins à domicile, si nécessaire, les cadres particuliers d'accident du travail, de maladie professionnelle et d'affection longue durée doivent en revanche être mentionnés obligatoirement.

B Surveillance des patients traités par massokinésithérapie

La prescription de massokinésithérapie et ses objectifs doivent être explicités au patient. La massokinésithérapie est en règle proposée pour réduire la douleur, une ou plusieurs déficiences physiques, et aider le patient dans la réalisation des actes simples du quotidien. Ces différents éléments doivent être considérés comme des critères de jugement d'efficacité et donc être évalués avant et après traitement.

Les principes actifs incontournables de la massokinésithérapie sont, dans la majorité de ses indications rhumatologiques, des exercices physiques. Sauf conditions particulières, une prise en charge individuelle, pendant au moins trente minutes à chaque séance, est nécessaire à l'obtention d'un résultat thérapeutique. Ces informations doivent être communiquées au patient pour qu'il devienne partie prenante dans sa prise en charge. Une consultation de suivi en début et en fin de programme est nécessaire. Elle a pour objectif de vérifier la réalisation du traitement, d'apprécier sa tolérance et l'éventuelle nécessité d'adaptation, ainsi qu'à terme d'évaluer l'effet thérapeutique obtenu.

IV Principes de rééducation en fonction des pathologies de l'appareil locomoteur

Les indications de la rééducation en rhumatologie ne peuvent être envisagées que dans le cadre d'une prise en charge globale intégrant les thérapeutiques pharmacologiques et les moyens non médicamenteux. Le choix des techniques y est logiquement guidé par une analyse des déficiences et des incapacités. Les indications les plus courantes sont représentées de façon schématique dans le **tableau 7.1**. Les différents moyens à disposition peuvent être mis en œuvre en ambulatoire ou lors de séjours hospitaliers. Ce dernier cadre est particulièrement propice à la prise en charge d'affections rhumatologiques lourdes, au cours de programmes multidisciplinaires relativement intensifs, tels que les procédures de restauration fonctionnelle pour lombalgies chroniques

invalidantes. La mise en œuvre coordonnée des différents moyens médicaux, paramédicaux et non médicaux, concourant au maintien ou à la restitution de la place d'un patient autonome dans son environnement, est alors du registre de la réadaptation.

Points clés

- L'objectif de la rééducation et de la réadaptation est d'améliorer, voire de restituer l'autonomie du patient.
 - La rééducation comprend différents moyens thérapeutiques qu'il faut savoir adapter au patient et à la pathologie traitée : physiothérapie, massokinésithérapie, ergothérapie et appareillage.
 - Le médecin doit savoir prescrire, suivre et évaluer une rééducation en fonction de la pathologie et du but thérapeutique.
-

Tableau 7.1 Rééducation rhumatologique : indications et moyens.

Indications	Moyens de rééducation
Épaules douloureuses chroniques	
– Kinésithérapie : mobilisation passive et active ; renforcement musculaire global et spécifique (abaisseurs extrinsèques : grand dorsal et grand pectoral)	
Capsulite rétractile de l'épaule	
– Kinésithérapie : mobilisation globale et spécifique glénohumérale ; entretien musculaire global	
– Autorééducation : mobilisation ;	

entretien musculaire	
– Balnéothérapie : mobilisation ; entretien musculaire	
Tendinopathies superficielles	
– Techniques antalgiques directes : massages (transverses profonds) ; physiothérapie (ultrasons)	
– Kinésithérapie : mobilisation articulaire ; étirement et renforcement musculaires	
Rachialgies communes chroniques	
– Kinésithérapie : mobilisation axiale ; renforcement musculaire axial ; étirement musculaire sous-pelvien (lombalgies)	
– Autorééducation : mobilisation ; postures ; entretien/renforcement musculaire	
Arthrose des membres inférieurs	
– Poussée : repos ; décharge ; mobilisation douce ; postures	
– Hors poussée : mobilisation ; renforcement musculaire (gonarthrose : appareil extenseur du genou) ; autorééducation	

(mobilisation, postures, entretien/renforcement musculaire)	
Rhumatismes inflammatoires	
– Poussée : orthèses périphériques ; physiothérapie ; mobilisation douce ; ergothérapie	
– Hors poussée : mobilisation ; postures ; entretien musculaire ; ergothérapie ; orthèses et aides techniques à la demande ; autorééducation (mobilisation, postures, entretien musculaire)	