

Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.

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.

DÉFINITION ET MOYENS THÉRAPEUTIQUES DU DOMAINE DE LA RÉÉDUCATION

L'objet de la médecine physique et de réadaptation (ancienne médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelle) est de redonner un fonctionnement le plus proche possible de la physiologie au patient, de manière à retrouver une autonomie.

La rééducation vise à diminuer les facteurs associés à **la déficience** de l'appareil locomoteur, à réduire les **incapacités** et à prévenir le **handicap** (définitions au chapitre 2).

Différents moyens thérapeutiques sont utilisés :

- la physiothérapie ;
- l'ergothérapie ;
- les principaux appareillages (grands et petits appareillages) ;
- l'orthophonie (non traitée dans ce manuel) ;
- la masso-kinésithérapie.

Ces différents moyens thérapeutiques doivent être adaptés aux conditions physiques, psychologiques et sociales de l'individu.

Physiothérapie

Elle consiste à utiliser des agents physiques à visée thérapeutique, comportant :

- **l'électrothérapie**, utilisation du courant électrique à visée antalgique via :
 - l'électrostimulation motrice (courant excitomoteur discontinu visant à induire une contraction musculaire),
 - l'ionisation ou ionophorèse ou courant continu (visant à faire pénétrer dans les tissus cutanés un produit actif),
 - la **TENS** (électrostimulation antalgique transcutanée, utilisée essentiellement dans le traitement des douleurs neurogènes chroniques) ;
- **la thermothérapie**, utilisation de :
 - la chaleur (fangothérapie ou parafangothérapie par boue, lampe infrarouge chauffante) à visée essentiellement sédative et anti-inflammatoire,
 - la cryothérapie : utilisation de vessie de glace, de pulvérisation de gaz ou de bains écossais (alternance de chaud et de froid) ;
- **les ultrasons**, utilisation des vibrations dans les milieux hydriques au sein des tissus de soutien et ayant essentiellement une vertu antalgique.

Ergothérapie

Elle prend en charge des situations avec diminution de la capacité gestuelle pour une optimisation des fonctions restantes par l'utilisation d'aides techniques ou à partir de techniques de rééducation de préhension. L'objectif de l'ergothérapie est le maintien ou l'accession de l'individu à un maximum d'autonomie dans son environnement quotidien (aménagement du domicile, etc.). L'ergothérapie nécessite une prise en charge hospitalière (pas d'ergothérapeute en libéral).

Grands et petits appareillages

En rhumatologie sont surtout utilisées les orthèses (appareillage amovible de suppléance) : orthèses d'immobilisation ou de fonction pour les membres, orthèses plantaires et chaussures orthopédiques, orthèses rachidiennes (ceinture de maintien, corset). Ces orthèses exercent soit un rôle antalgique par l'immobilisation ou la limitation du mouvement, soit un rôle fonctionnel : orthèse de posture ou de fonction.

Dans le cas de prescription d'un « grand appareillage » (corset rachidien, chaussures orthopédiques), la prescription médicale comporte, outre l'ordonnance décrivant le matériel, un formulaire spécial (« prescription médicale pour grand appareillage ») que le malade doit envoyer à son organisme d'assurance maladie pour accord préalable.

TECHNIQUES DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

Techniques passives

Ces techniques visent à modifier les propriétés des tissus (élasticité et souplesse) dans le but d'obtenir l'indolence et de permettre le gain d'amplitude articulaire :

- massages (superficiels) essentiellement sédatifs, pétrissage (détente musculaire), massages transverses profonds (pathologie tendineuse) ou pincé-roulé (traitement des cellulalgies), massages de cicatrices (obtention de plan de glissement) ;
- drainages lymphatiques manuels antioedémateux ;
- mobilisation passive, ne nécessitant pas la participation de la commande volontaire motrice du patient :
 - les postures : mise en tension progressivement croissante jusqu'à l'étirement maximal (sans dépasser le seuil douloureux) d'une articulation, essentiellement utilisées dans les rétractions musculotendineuses. Elles sont réalisées soit de façon manuelle par le masseur-kinésithérapeute, soit par aide matérielle (orthèse de posture),

- les tractions : aspect particulier des mobilisations, utilisées essentiellement en traumatologie pour les tractions axiales (traumatisme de la hanche et du cotyle) et en rhumatologie pour les tractions rachidiennes cervicales ou lombaires.

Techniques actives

Elles imposent la participation volontaire du patient et reposent sur le travail musculaire soit analytique (travail d'un groupe musculaire exclusif) soit global avec reprogrammation motrice (travail d'une « fonction » du membre).

Renforcement musculaire analytique

Il repose sur :

- le travail isométrique (ou statique à longueur constante sans déplacement des segments osseux) : il présente un intérêt quand une articulation est immobilisée ou très douloureuse ;
- le travail dynamique : soit le travail est effectué avec un appui (travail dit en chaîne fermée), soit sans appui (travail en chaîne ouverte) ;
- le travail isotonique à charge constante, visant à augmenter le volume du muscle, la contraction musculaire mobilisant l'articulation : il s'agit de musculation proprement dite ;
- le travail isocinétique à vitesse constante : la vitesse de l'exercice est imposée avec renforcement contre résistance qui est contrôlée par un dynamomètre.

Les contractions musculaires qui mobilisent les articulations peuvent être faites soit en concentrique (qui rapproche les insertions musculaires) soit en excentrique (qui éloigne les insertions musculaires).

Technique de reprogrammation motrice

Elle est essentiellement axée sur le réapprentissage global du geste et de la fonction (équilibre, marche, gestes quotidiens ou professionnels) ou par une rééducation proprioceptive (sensitivomotrice, par exemple en cas d'entorse de cheville). On cherche à obtenir une amélioration des capacités d'anticipation de la contraction musculaire.

Ces techniques se réalisent soit à sec, soit en milieu aquatique (dit balnéothérapie, rééducation en décharge partielle grâce à la force d'Archimède).

ASPECTS JURIDIQUES ET PRATIQUES DE LA PRESCRIPTION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPEUTES

Prescription médicale

Elle est obligatoire. À partir de celle-ci, le kinésithérapeute formule une demande de prise en charge respectant la nomenclature. La prescription médicale doit comporter de façon obligatoire :

- la région à rééduquer ;
- l'objectif thérapeutique ;
- la périodicité et le rythme des séances ;
- la réalisation à sec ou en balnéothérapie ;
- la notion de soins à domicile ou au cabinet ;
- si la kinésithérapie doit débiter rapidement c'est à dire avant l'accord de la caisse d'assurance maladie, la prescription doit comporter la mention « acte urgent » ;
- si le patient est pris en charge en affection longue durée ou s'il s'agit d'un accident de travail ou de soins postopératoires, l'ordonnance doit comporter ces mentions.

On peut mentionner :

- le nombre de séances (qui par décret récent peut être déterminé par le kinésithérapeute après réévaluation) ;
- le diagnostic (nature et origine des douleurs), le kinésithérapeute étant tenu au secret médical ;
- les indications ou les contre-indications à certaines techniques.

Suivi de la rééducation

Les objectifs doivent être formulés sur l'ordonnance et la rééducation doit être évaluée. L'évolution de paramètres cliniques doit être mentionnée en s'aidant le plus souvent de mesures instrumentales (amplitudes articulaires, force musculaire, diamètre musculaire, etc.).

Il est préférable de prescrire peu de séances de rééducation et de revoir régulièrement le patient. Le masso-kinésithérapeute doit, lors de la prise en charge d'un patient, formuler un bilan initial et il doit également fournir un bilan final au médecin prescripteur.

En fonction de la réponse du patient ou de la survenue de complications (aggravation des douleurs, algodystrophie, etc.), il faut remettre en cause les modalités de rééducation. L'absence de résultats doit faire discuter soit le mode de réalisation de la rééducation, soit la pertinence de cette rééducation.

PRINCIPES DE RÉÉDUCATION EN FONCTION DES PATHOLOGIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Rhumatisme inflammatoire

Lors des phases inflammatoires, la physiothérapie antalgique, en particulier par le froid (vessie de glace), est indiquée, ainsi que la prévention des attitudes vicieuses (attelle de repos).

À distance des poussées, le renforcement musculaire se fait en technique isométrique (économie articulaire) : il vise à récupérer les amplitudes articulaires.

Dans la polyarthrite rhumatoïde, une attention particulière sera accordée aux préventions des déformations et à l'adaptation du geste, des ustensiles et du domicile par l'ergothérapie.

Dans la spondylarthropathie, les exercices sont fondés sur le travail en extension du rachis et la conservation des amplitudes respiratoires. La rééducation doit également se baser sur l'apprentissage d'un autoprogramme (lutte quotidienne contre l'enraidissement).

Coxarthrose et gonarthrose

Dans les arthroses de membres, il apparaît nécessaire de prévenir toute attitude vicieuse (*flexum*) par des postures, de maintenir l'amplitude articulaire, et de renforcer les muscles clés (renforcement isométrique du quadriceps, ischio-jambiers pour le genou ; muscles fessiers à la hanche). Le travail postural global est très important.

Ces techniques visent à retarder mais également à préparer la chirurgie.

Pathologie rachidienne commune

La rééducation a peu de place dans la lombalgie aiguë au début de l'évolution (qui guérit dans plus de 90 % des cas quoi qu'on fasse). La rééducation a pour but de dédramatiser et rassurer, d'encourager la reprise précoce des activités et de prévenir la pérennisation des douleurs dans les formes aiguës. Une immobilisation segmentaire par corset ou collier est possible, sur une courte période, de manière à maintenir l'activité. La rééducation vise à obtenir l'antalgie, mais aussi, secondairement, un renforcement musculaire paravertébral pour prévenir les poussées évolutives.

Dans les formes d'évolution prolongée de lombalgie, un reconditionnement basé sur des techniques de renforcement musculaire doit être proposé, celle-ci s'intégrant dans une prise en charge multidisciplinaire (assistante sociale, psychologue, médecins, kinésithérapeute).

Une enquête ergonomique doit également être proposée visant à la recherche de facteurs de risques professionnels.

Pathologie tendineuse

Les différents modes de rééducation sont :

- la physiothérapie à visée anti-inflammatoire et antalgique ;
- l'immobilisation segmentaire par attelle ;
- les massages transverses profonds et les étirements des corps musculaires ;
- le travail musculaire de type excentrique (diminue les récives dans les tendinopathies d'Achille, etc.).

L'objectif est la récupération progressive de l'élasticité du tendon. Chez le sportif, il faut penser à adapter les gestes techniques.

Points clés

- L'objectif de la médecine physique et de réadaptation est de redonner un fonctionnement le plus proche possible de la physiologie du patient.
- Elle utilise différents moyens thérapeutiques qu'il faut savoir adapter au patient et à la pathologie traitée : physiothérapie, masso-kinésithérapie, ergothérapie et appareillage.
- Le médecin doit savoir prescrire, suivre et évaluer une rééducation en fonction de la pathologie et du but thérapeutique.