

Chapitre 15 Item 118 – Principales techniques de rééducation et de réadaptation

- I. Rôles et compétences des différents professionnels de santé dans un projet de rééducation et de réadaptation
 - II. Objectifs de rééducation et principales techniques mises en œuvre par les professionnels de rééducation et de réadaptation
 - III. Règles générales des modalités de prescription de la rééducation
-
-

Objectifs pédagogiques

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

I Rôles et compétences des différents professionnels de santé dans un projet de rééducation et de réadaptation

A Médecins

Le médecin a la responsabilité de prescrire ou de ne pas prescrire la rééducation. Il doit donc en connaître les indications, les contre-indications et les objectifs. La prescription suppose un diagnostic médical précis et des objectifs clairement énoncés. La réalisation de la rééducation a pour préalable l'établissement d'un programme.

B Auxiliaires médicaux

La législation distingue sept métiers de rééducation représentés par les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens, les orthoptistes, les pédicures-podologues et les diététiciens. Toutefois, les psychologues, les assistants socio-éducatifs, les ortho-prothésistes, les podo-orthésistes, les infirmiers et les aides-soignants sont d'autres auxiliaires médicaux susceptibles d'intervenir dans un programme de rééducation. Le chapitre 2 détaille les métiers de rééducation.

C Programmes de rééducation

Un programme de rééducation est adapté à chaque patient. Il est constitué de séances dont il faut définir le type, le nombre total et la fréquence. Ces paramètres confèrent au programme de rééducation son intensité et sa durée. Un programme de rééducation doit être suivi d'évaluation des résultats impliquant le médecin et les auxiliaires médicaux, s'adapter à l'évolution et à la survenue d'éventuelles complications.

Les programmes de rééducation simples impliquent la collaboration du médecin quelle que soit sa spécialité et d'un auxiliaire médical, kinésithérapeute ou orthophoniste essentiellement.

L'encadré 15.1 regroupe les indications les plus courantes d'un programme de rééducation simple.

Les programmes de rééducation complexes nécessitent la collaboration d'un médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR) et de plusieurs auxiliaires de rééducation. Les rôles du médecin spécialiste en MPR sont indiqués dans l'encadré 15.2

Encadré 15.1

Indications courantes d'un programme de rééducation simple (kinésithérapie ou orthophonie)

- Rééducation des problèmes simples et courants d'orthopédie, de traumatologie et de rhumatologie comme les conséquences de l'arthrose des membres, la pathologie rachidienne chronique, les pathologies péri-articulaires, les entorses de cheville.
- Lutte contre les conséquences de l'immobilité et du décubitus chez les personnes âgées.
- Pathologies bronchiques comme les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et bronchiolites.
- Traitement d'une incontinence urinaire de la femme.
- Réalisation d'un bilan et rééducation d'un bégaiement ou de troubles de l'articulation de l'enfant, voire de troubles du développement plus complexes dans le cadre éventuel d'un retard scolaire.

Encadré 15.2

Rôles du médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation

- Diagnostic, suivi médical et traitement des diverses conséquences et complications d'affections pourvoyeuses de handicap chronique.
- Évaluation des éléments constitutifs du handicap (déficiences, limitations d'activités, restrictions de participation) pour prescription de rééducation complexe ou expertise.
- Évaluation du pronostic et de la place de la rééducation.
- Élaboration du projet thérapeutique du patient :
 - prescription et coordination d'actes complexes de rééducation ;
 - aide à l'orientation et à la réinsertion ;
 - coordination et suivi de la réadaptation ;
 - suivi médical au long cours des personnes handicapées.
- Les auxiliaires de rééducation interviennent de façon coordonnée et collaborent aux soins de rééducation ainsi qu'à l'évaluation du patient dans le cadre du programme.

II Objectifs de rééducation et principales techniques mises en œuvre par les professionnels de rééducation et de réadaptation

Les objectifs globaux de la rééducation peuvent être des objectifs de récupération anatomique ou fonctionnelle, d'entretien ou de compensation d'un handicap. Ils nécessitent d'aborder les différents déterminants du handicap – déficiences, limitation d'activités, défaut de participation – pour un patient donné, ainsi que les facteurs contextuels, environnementaux ou individuels aggravant. La rééducation peut avoir pour objectif de :

- réduire des déficiences : la rééducation contribue à la guérison dans de très nombreuses situations – douleurs, déficit moteur, encombrement bronchique, troubles de déglutition... –, mais aussi à la récupération d'une désadaptation cardiaque ou d'une lésion neurologique limitée ;

- réduire les conséquences des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation : lorsqu'une déficience n'est plus réductible, la fonction peut être améliorée ou même totalement restaurée grâce à la rééducation par l'entraînement de compensations et d'éventuels appareillages (par exemple, l'appareillage d'un amputé de membre inférieur permettant la marche et la course à pied).

A Masso-kinésithérapie

1 Indications

- Douleur.
- Œdèmes et troubles trophiques.
- Raideurs articulaires.
- Faiblesse musculaire.
- Altération de la commande motrice.
- Troubles du tonus musculaire.
- Troubles sensitifs.
- Instabilité articulaire.
- Gênes aux déplacements.
- Intolérance à l'effort.
- Gênes à la préhension.
- Encombrement bronchique.
- Certains troubles vésicosphinctériens.

En outre, un décret paru en 2006 (décret 2006-415 du 6 avril 2006) autorise les kinésithérapeutes à prescrire un certain nombre de dispositifs médicaux concernant notamment la prévention des escarres et la déambulation.

2 Principales techniques

- Massages : on distingue les pressions glissées superficielles ou profondes, les pressions statiques utilisées dans les contractures musculaires, le massage transverse profond pour le traitement de certaines tendinites et le drainage lymphatique.
- Techniques d'entretien ou de récupération d'amplitudes articulaires : il s'agit de postures ou de mobilisations articulaires (à bien distinguer des manipulations articulaires non autorisées dans l'arsenal thérapeutique habituel, qui consistent à entraîner une articulation au-delà de son amplitude physiologique) :
 - postures consistant au maintien d'une articulation dans une position prolongée ;
 - mobilisations actives autant que possible par le patient en l'absence de troubles moteurs ;
 - mobilisations passives : soit manuelles effectuées par le masseur-kinésithérapeute, soit mécanisées par des robots « arthromoteurs ».
- Entretien ou renforcement musculaires : il nécessite progressivement évidemment une contraction musculaire active de la part du patient et doit se faire contre résistance (pesanteur, résistance manuelle ou mécanisée). Parmi les principales techniques, on distingue le renforcement isométrique qui se fait sans déplacement articulaire (très utilisé), le renforcement isotonique, contre charge constante, et le renforcement isocinétique, à vitesse constante (surtout en pathologie du sport).

- Renforcement de la sensibilité proprioceptive : il fait appel à des exercices en contrainte articulaire sans le contrôle visuel.
- Réentraînement à l'effort : il fait appel à différents exercices (principalement endurance) adaptés aux capacités du patient et évolutifs.
- Techniques sensorimotrices et de contrôle des mouvements anormaux utilisées en neurologie centrale.
- Techniques de drainage respiratoire.
- *Biofeedback* : utilisation d'instruments permettant de renforcer la conscience du mouvement exercé par un signal sonore ou visuel.
- Physiothérapie. Il s'agit des traitements par les agents physiques suivants :
 - électrostimulation soit musculaire dans un but de renforcement ou dans un but fonctionnel, soit dans un but antalgique (*transcutaneous electrical nerve stimulation* ou TENS) ;
 - ultrasons ;
 - chaleur et cryothérapie (froid) ;
 - kinébalnéothérapie : rééducation en immersion qui, en allégeant le poids du corps, a un effet antalgique, permet une mise en charge partielle de fractures ou d'articulations instables et facilite le mouvement en cas de paralysie.

B Ergothérapie

1 Indications

- Déficience motrice, sensitive, articulaire du membre supérieur.
- Pertes d'autonomie liées à des limitations d'activités physiques ou cognitives :
 - troubles de la préhension ;
 - perte d'autonomie dans les déplacements ;
 - troubles des fonctions supérieures (mémoire, praxie, fonctions exécutives, communication).
- Installation et positionnement.

2 Principales techniques

- Entraînement par des activités liées à la vie quotidienne, mais aussi professionnelles, domestiques, artisanales, ludiques (jeux sérieux).
- Confection d'orthèses pour le membre supérieur.
- Confection ou mise à disposition d'aides techniques (notamment fauteuil roulant) et d'assistances technologiques (notamment à la communication) pour améliorer l'autonomie.
- Aménagement de l'environnement. L'ergothérapeute a un rôle important dans les conseils pour l'aménagement de l'environnement, aussi bien domestique qu'urbain, d'une personne handicapée pour diminuer les restrictions de participation. Il peut s'agir de modifications d'emplacement ou de type de mobilier, de la réalisation de travaux (élargissement de portes, suppression de marches, changement des revêtements de sol...) et l'aménagement domotique pour des personnes lourdement handicapées.
- Éducation.

C Orthophonie

Les principaux troubles nécessitant la rééducation orthophonique diffèrent selon l'âge. Ce sont :

- les troubles de la voix (dysphonie) ;
- les troubles de l'articulation (dysarthrie) ;
- les troubles du langage qu'il soit parlé ou écrit ;
- les troubles de la communication dans leurs aspects non langagiers ;
- les difficultés d'intégration scolaire ;
- les troubles de déglutition.

III Règles générales des modalités de prescription de la rééducation

A Objectifs thérapeutiques

Le besoin de rééducation ne repose pas sur un simple diagnostic d'une maladie mais sur l'évaluation des déficiences et de leur retentissement, des limitations d'activité et des restrictions de participation (*cf.* chapitre 1). Ainsi, l'évaluation des besoins conduit le médecin à :

- établir les objectifs thérapeutiques avec le patient ;
- prescrire une rééducation ;
- choisir la modalité ou le champ sanitaire de prise en charge :
 - rééducation externe le plus souvent pour la plupart des pathologies nécessitant une rééducation simple ou en relais de l'hospitalisation ;
 - hospitalisation spécialisée dans les situations les plus complexes (exemple après un accident vasculaire cérébral sévère) en MPR : soit hospitalisation complète, soit hospitalisation de jour.

Le choix des objectifs prend en compte les besoins et les aspirations de la personne. Ainsi, un diagnostic d'arthrose de genou ne conduit pas nécessairement à la prescription de kinésithérapie. Ce sont la constatation clinique de certaines déficiences (flessum, amyotrophie, douleurs ou instabilité), la plainte du malade qui est souvent de l'ordre des limitations d'activité (réduction du périmètre de marche, difficulté pour se relever d'un siège bas) ou des restrictions de participation (difficultés à assumer ses obligations professionnelles) et la réponse aux autres thérapeutiques qui conduiront à décider de la prescription de la rééducation et détermineront le choix des outils d'évaluation.

B Modalités de prescription

1 Prescription de masso-kinésithérapie

La prescription de masso-kinésithérapie doit comporter obligatoirement :

- les coordonnées complètes du prescripteur ;
- la date ;
- le nom et le prénom du patient ;
- la nature de la prescription : « masso-kinésithérapie » ;
- l'indication médicale de la masso-kinésithérapie (région à traiter).

D'autres mentions peuvent être ajoutées :

- l'intitulé « kinébalnéothérapie » ou « rééducation en piscine » si cette technique est indiquée ;
- les éventuelles contre-indications (par exemple, électrostimulation) ;

- la mention « à domicile » si nécessaire ou avec transport sanitaire assis ou couché le cas échéant ;
- la mention « accident de travail » si besoin (comme pour toute ordonnance).

Si le traitement est lié à une affection de longue durée (ALD), il faut utiliser la zone adéquate de l'ordonnance bizona.

Si la rééducation doit être effectuée tous les jours, c'est-à-dire pour des problèmes respiratoires, dimanche et jours fériés inclus, il faut le préciser.

Il est conseillé d'associer à l'ordonnance un courrier précisant le diagnostic et tous les éléments nécessaires du contexte clinique.

L'indication du nombre et de la fréquence des séances de masso-kinésithérapie sur l'ordonnance n'est pas obligatoire. Le nombre de séances de masso-kinésithérapie peut être établi par le masseur-kinésithérapeute.

Le masseur-kinésithérapeute adresse un bilan au prescripteur à la fin du programme de rééducation.

Cas particulier de la rééducation masso-kinésithérapique couverte par un référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS)

Des référentiels validés par la HAS déterminent, pour 14 indications de rééducation, le nombre de séances de masso-kinésithérapie prises en charge par l'assurance maladie au-delà duquel une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre le traitement (**tableau 15.1**). Les autres situations ne sont pas soumises à une demande d'accord préalable.

Si nécessaire, il reste possible d'étendre le nombre de séances prises en charge par l'assurance maladie. Quelques séances avant d'atteindre la limite déterminée par le référentiel, le masseur-kinésithérapeute effectue un bilan. S'il estime qu'une prolongation de la rééducation est nécessaire, il en informe le prescripteur.

À la suite de cette concertation, le masseur-kinésithérapeute peut faire une demande d'accord préalable auprès du service médical de l'assurance maladie, en joignant la prescription (ou sa copie) et l'argumentaire qu'il aura établi pour motiver cette demande de prise en charge des séances supplémentaires. Une non-réponse du contrôle médical à la demande d'accord préalable sous 15 jours vaut accord pour la poursuite du traitement. En cas de refus, celui-ci est notifié au patient par sa caisse d'assurance maladie. Le masseur-kinésithérapeute en est également informé.

Tableau 15.1

Indications de masso-kinésithérapie couverte par un référentiel de la Haute Autorité de santé (à titre indicatif)

Indications de rééducation	Nombre de séances avant accord préalable	Demande d'accord préalable
Entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances	À partir de la 11 ^e séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	À partir de la 16 ^e séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou unicompartmentaire	1 à 25 séances	À partir de la 26 ^e séance

Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	À partir de la 41 ^e séance
Libération du nerf médian au canal carpien	–	Dès la 1 ^{re} séance
Ménissectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	À partir de la 16 ^e séance
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances	À partir de la 51 ^e séance
Prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	À partir de la 16 ^e séance Ou À partir de la 31 ^e séance si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Prise en charge d'une cervicalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	À partir de la 16 ^e séance Ou À partir de la 31 ^e séance si 30 séances pour cervicalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances	À partir de la 26 ^e séance
Après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	1 à 30 séances pour une série d'actes	À partir de la 31 ^e séance
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	1 à 30 séances	À partir de la 31 ^e séance
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	1 à 10 séances	À partir de la 11 ^e séance
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	1 à 25 séances	À partir de la 26 ^e séance

2 Prescription d'orthophonie

La prescription d'orthophonie débute par une demande de bilan. La prescription du bilan d'orthophonie est accompagnée, si possible, des motivations de la demande et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescriptions de bilan peuvent être demandés :

- un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire : à l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur ; si des séances de rééducation sont nécessaires, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine ; sauf contre-indication médicale, l'orthophoniste établit une demande d'entente préalable ;
- un bilan orthophonique d'investigation : à l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste ; le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique ; l'orthophoniste établit une demande d'entente préalable.

À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur.

C Arrêt de la rééducation

1 Circonstances d'arrêt de la rééducation

L'arrêt de la rééducation comme tout traitement est un acte réfléchi. Lorsque les objectifs ont été clairement définis avec le patient et les auxiliaires de rééducation, l'arrêt de la rééducation ou la poursuite de celle-ci sont aisément prononcés.

L'arrêt est logique :

- lorsque les objectifs sont atteints ou que le patient est devenu asymptomatique ;
- lorsque les objectifs ne sont pas atteints parce que :
 - la prescription n'était pas adaptée : la rééducation n'est pas la solution ;
 - la rééducation est mal tolérée et n'est donc finalement pas adaptée, même bien faite ;
 - le patient n'est pas coopérant.
- Parfois, les techniques de rééducation doivent être modifiées.

2 Rééducation d'entretien

Dans certaines situations, une rééducation d'entretien par un professionnel est nécessaire. Il s'agit bien là de rééducation, comme en cas de forte spasticité d'un malade hémiplegique ou paraplégique. La rééducation d'entretien nécessite alors habituellement un rythme de deux séances par semaine.

Le plus souvent, il faut pouvoir proposer un autoentretien plutôt qu'un entretien médicalisé. Le masseur-kinésithérapeute apprend au patient un programme d'exercices personnels pour pérenniser les résultats obtenus aussi bien dans les pathologies chroniques de l'appareil locomoteur que dans les pathologies neurologiques si celles-ci ne sont pas trop sévères ou que les troubles cognitifs ne l'empêchent pas. Il s'agit, par exemple, de la lombalgie chronique ou de l'hémiplégie peu spastique.

Les programmes d'autorééducation doivent être simples et ne comprendre qu'un nombre limité d'exercices. L'intérêt de ces programmes doit être expliqué au patient avec conviction par le médecin et le masseur-kinésithérapeute au besoin à plusieurs reprises.

La prescription discontinue de courtes séries de séances (10 à 15) peut être justifiée pour :

- retrouver un niveau fonctionnel précédent mais qui s'est détérioré au fil du temps ;

- réviser la qualité technique des exercices effectués par un patient dans son programme d'auto-entretien.

Les activités physiques encadrées par un éducateur sportif spécialisé sont parfois proposées comme alternatives ou complément d'une rééducation d'entretien.

Points clés

- Les techniques de rééducation et de réadaptation sont nombreuses. La rééducation vise à aider l'individu à réduire les déficiences et les limitations d'activités, alors que la réadaptation vise à l'aider à s'y adapter lorsqu'elles sont stabilisées et persistantes. Il est important de connaître les indications de ces techniques afin de les prescrire à bon escient, après avoir établi un diagnostic et déterminé, avec le patient, des objectifs.
 - La masso-kinésithérapie comporte des techniques permettant de lutter contre :
 - la douleur ;
 - les œdèmes et troubles trophiques ;
 - les raideurs articulaires ;
 - la faiblesse musculaire ;
 - l'altération de la commande motrice ;
 - les troubles du tonus ;
 - les troubles sensitifs ;
 - l'instabilité articulaire ;
 - l'intolérance à l'effort ;
 - les gênes à la préhension ;
 - l'encombrement bronchique ;
 - les troubles vésicosphinctériens.
 - L'ergothérapie est une discipline de rééducation et réadaptation ayant pour objectif le maintien et l'accession de l'individu à un maximum d'autonomie dans son environnement quotidien. Elle ne peut être appliquée qu'en milieu hospitalier ou institutionnel.
 - L'orthophonie est indiquée dans les troubles de la voix, de la parole et du langage, qu'il soit parlé ou écrit. Les troubles de la déglutition sont également souvent pris en charge par l'orthophoniste.
 - L'appareillage désigne à la fois les matériels et leurs applications. Il comprend les prothèses, destinées à suppléer un organe, et les orthèses, destinées à corriger une fonction perdue ou perturbée. Elles peuvent être utilisées de façon transitoire dans l'attente d'une normalisation ou de façon définitive.
 - La prescription de la masso-kinésithérapie et de l'orthophonie passe par la définition des objectifs. Ces objectifs se situent à trois niveaux :
 - réduction de la déficience (objectifs symptomatiques) ;
 - réduction des limitations d'activités (objectifs fonctionnels) ;
 - compensation du désavantage (objectifs situationnels).
 - Les divers objectifs doivent être clairement exprimés au patient, à sa famille et à l'ensemble de l'équipe qui prend en charge le malade.
 - La rédaction de l'ordonnance est un acte médical qui doit comporter un certain nombre d'éléments et doit être accompagné d'une évaluation des résultats.
-

