

Rôle du médecin de médecine physique et réadaptation dans un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

J. Lanoiselée¹, J. Nizard², Y. Meas et Y. Lajat²

¹ Centre de Rééducation Fonctionnelle Maubreuil, Carquefou

² Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nantes

Résumé Le médecin de rééducation mérite d'être mieux intégré à la prise en charge des douloureux chroniques au sein des Centres de Traitement de la Douleur. En effet, il participera à la mise en évidence des déficiences notamment neurologiques ou ostéo-articulaires, des handicaps qui en résultent et des possibilités de réadaptation. La notion de déconditionnement à l'effort du douloureux chronique, très fréquemment retrouvé, mérite d'être connue des médecins et soignants de la douleur, car il peut, plus encore que la pathologie causale, participer au retentissement fonctionnel parfois majeur constaté chez le patient; et faire l'objet d'un traitement spécifique par réentraînement à l'effort progressif et dosé.

Notre expérience de plusieurs années de présence hebdomadaire d'un médecin de rééducation au sein d'un Centre de Traitement de la Douleur nous paraît très utile pour les patients et l'équipe pluridisciplinaire: le développement d'une culture commune d'évaluation et de la prise en charge mais aussi de filières de soins pour les douloureux chroniques, en particulier lombalgiques, fibromyalgiques, patients porteurs de rhumatisme inflammatoire, nous paraît un des éléments clés de la prise en charge pluridisciplinaire, au même titre que les coopérations indispensables avec les collègues de la sphère psychologique et socio-professionnelle.

Mots-clés: Médecine physique, réadaptation, douleur chronique, pluridisciplinarité, centre de traitement de la douleur

Summary The physiatrist deserves to be more completely integrated into the scheme of chronic pain management within Pain Treatment Centres. He can contribute to the detection of deficiencies (notably neurologic or osteoarticular) and associated handicaps and help determine the possibilities for rehabilitation. Exercise de-conditioning as a result of chronic pain is a fairly common state that should be understood by physicians and pain care teams. Even more than the pathology involved, it can contribute to the functional repercussions (sometimes major) observed in the patient. Specific treatment can be applied by means of progressive, carefully calculated exercise retraining.

In our experience, the presence each week of a physiatrist in the Pain Treatment Centre is very useful for patients and the multidisciplinary team. The development of a common approach for evaluation and management, as well as care systems for chronic pain (particularly low back, fibromuscular, and inflammatory rheumatic pain), appears to be a key element in multidisciplinary management, in the same way as the essential co-operation with colleagues in psychological and socio-professional sectors.

Key-words: Physical medicine, rehabilitation, chronic pain, Pain Treatment Centre.

Introduction

Une « pensée fonctionnelle », le souci de la prévention, l'attention à l'homme sont les trois caractéristiques de la Rééducation Fonctionnelle. (4)

Cette spécialité prend en charge le handicapé; celui-ci, au stade III de l'O.M.S., a perdu ses repères, son rôle social, professionnel, psychoaffectif.

La douleur chronique peut entraîner ce niveau de handicap, et le médecin de rééducation peut trouver sa place dans le réseau de prise en charge du douloureux chronique.

La médecine de rééducation a développé un rôle propre ou dans un certain nombre de situation de douleurs chroniques rebelles, notamment:

- les rachialgies communes, et particulièrement les lombalgies chroniques;
- les rhumatismes inflammatoires, notamment la polyarthrite rhumatoïde et les spondylarthropathies;
- les syndromes douloureux régionaux complexes.

Cependant, le programme de rééducation doit souvent prendre place au sein d'une stratégie pluridisciplinaire, particulièrement lorsque l'incapacité physique s'accompagne d'un retentissement psychologique et socio-professionnel marqué.

C'est notamment le cas pour les lombalgies chroniques, pour lesquels les meilleurs résultats de la « restauration fonctionnelle du rachis », sont obtenus chez des patients sélectionnés et motivés, (2). Les échecs ou les exclusions de la rééducation seule pouvaient être pris en charge dans le cadre d'un réseau de soins plus large.

Correspondance: Dr Julien Nizard, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nord, F-44093 Nantes Cedex.
E-mail: julien.nizard@chu-nantes.fr

La rééducation ne saurait être le recours du chirurgien ne posant pas d'indication (« *je ne peux rien faire pour vous* ») ou en cas d'échec de la chirurgie (« *je ne peux plus rien faire pour vous* ») pas plus que l'algologie ne doit être le dernier recours du rééducateur en échec.

Le médecin de rééducation mérite de travailler en synergie avec les autres acteurs de la prise en charge pluri-disciplinaire, avec la participation du patient, pour que **ses progrès fonctionnels deviennent un élément fort du contrat thérapeutique.**

Nous rappellerons donc le rôle propre du rééducateur, puis sa participation à la prise en charge pluridisciplinaire.

Rôle propre du médecin de rééducation

Une déficience locale au niveau ostéo-articulaire, par exemple lors d'une arthrose invalidante d'un membre inférieur, relève le plus souvent du binôme spécialiste d'organes (rhumatologue, orthopédiste) et rééducateur.

Il en va souvent autrement chez un douloureux chronique, pour lequel l'examen clinique pourra mettre en évidence, en sus d'une déficience, une désadaptation à l'effort, et un handicap psycho-social.

Le médecin de rééducation pourra agir sur ces différentes composantes.

Mise en évidence des déficiences

Les déficiences sont mise en évidence par des signes cliniques ayant un lien direct avec la lésion, en relation avec :

- un déficit neurologique : paralysie, troubles de la sensibilité, troubles de l'équilibre dont on évaluera l'importance pour juger du pronostic et de l'efficacité thérapeutique ;
- un déficit ostéo-articulaire, souvent en cause chez le douloureux chronique.

Le bon fonctionnement d'un segment articulaire dépend de la mobilité, la force musculaire et la stabilité.

Le bilan algo-fonctionnel évalue la douleur et son retentissement fonctionnel, et oriente la prise en charge, corrective (techniques de récupération), mais aussi préventive, surtout en cas de pathologie évolutive (rhumatisme inflammatoire, affection neurologique évolutive...) : les exemples ci-dessous illustrent cette démarche algo-fonctionnelle.

- a) Dans le cas d'un **déficit neurologique**, on évaluera la motricité, la sensibilité, ainsi que les éventuelles incidences musculaires et articulaires. La prise en charge aura pour objectifs de récupérer ou compenser un déficit et de prévenir les complications douloureuses par l'amélioration de la fonction et une mobilisation adaptées.
- b) Les **affections locomotrices sont une cause très fréquente de douleurs chroniques.**
 - Chez le lombalgique chronique (6), la déficience est souvent une perte de mobilité, de flexibilité lombaire et sous-pelvienne, associée à une perte de la force des spinaux et abdominaux. Le bilan permet d'évaluer ces différents paramètres (flexibilité, tests isométriques de Shirado sur les abdominaux, et de Sorensen sur les spinaux...), et de mettre en œuvre le programme de rééducation, basé le gain

en souplesse et en endurance (réentraînement à l'effort).

- Chez un patient porteur d'une gonarthrose (7), le bilan algo-fonctionnel évaluera la douleur, la mobilité et la stabilité du genou par rapport à des objectifs fonctionnels de vie quotidienne (marche, escaliers, conduite automobile...). Il permettra de mettre en œuvre une rééducation en moindre contrainte articulaire ; des moyens techniques (semelles amortissantes, cannes, éventuellement orthèses), et surtout l'exercice physique d'entretien (deux à trois heures de marche par semaine par exemple). L'abord rééducatif associe, là encore, la prise en charge d'une déficience localisée à une réadaptation à l'effort.
- Chez un sujet âgé polyarthrosique, la découverte d'une rhyarthrose, responsable d'une douleur de la base du premier métacarpien et d'une perte d'ouverture de la première commissure, fera envisager une réponse fonctionnelle et antalgique par l'utilisation d'orthèses et un travail d'ergothérapie spécifique.
- Chez le patient fibromyalgique, l'examen clinique permet de retrouver des points douloureux diffus à la palpation, des contractures musculaires, et souvent un volume respiratoire limité, avec un déconditionnement et une perte d'adaptation à l'effort, tous éléments qui guideront la prise en charge fonctionnelle, qui doit être ici, pour être efficace, particulièrement douce, progressive, et adaptée aux possibilités du patient.
- Chez un patient porteur d'une polyarthrite rhumatoïde, l'approche algo-fonctionnelle est particulièrement intéressante (8) : une arthrite de la radio cubitale inférieure, et une éventuelle luxation du tendon du cubital postérieur, attestées à l'examen par une tuméfaction avec touche de piano sur la styloïde cubitale, peut conduire à la déformation par luxation dorsale de la tête cubitale. L'analyse de cette déficience orientera l'abord ergothérapeutique, qui visera à diminuer les contraintes des articulations lésées et fera discuter la mise en place d'une orthèse facilitant ou préservant la fonction et diminuant la douleur. Le rééducateur prend alors en charge à la fois la douleur et un aspect fonctionnel.

La mise en évidence de la déficience est nécessaire, mais pas suffisante, et doit être associée à la recherche d'un déconditionnement à l'effort, qui peut faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

Recherche d'un déconditionnement et réentraînement à l'effort chez le douloureux chronique

Les cardiologues (1), ont été les premiers à utiliser le réentraînement à l'effort chez les patients cardiaques, en constatant que leur VO₂ max pouvait être améliorée (20% chez les cardiaques réentraînés), et leur qualité de vie améliorée.

- a) Le **déconditionnement à l'effort** correspond à une diminution des possibilités fonctionnelles du patient, chez lequel on observe :
 - la diminution de la puissance maximum aérobie ;
 - la diminution de la tolérance à l'exercice sub-normal ;

- la diminution de la force musculaire avec amyotrophie ;
- la désadaptation cardiaque, avec augmentation de la fréquence cardiaque à l'effort.

b) Modalités du réentraînement à l'effort

- après détermination de la fréquence cardiaque d'entraînement du patient (épreuve d'effort), la rééducation à l'effort peut être débutée, et consiste en des exercices dynamiques globaux : marche sur tapis roulant, cycloergomètre, manivelle, rameur, steppeur ;
- lorsque l'on ne peut débuter directement par des exercices globaux (états cardiaques limites), on propose au patient un reconditionnement musculaire segmentaire (surtout en poulithérapie) après avoir déterminé la force maximum d'un certain nombre de groupes musculaires. Ce réentraînement segmentaire ayant été efficace, on peut alors débuter le réentraînement à l'effort global ;
- enfin, l'électrostimulation musculaire peut être proposée en cas de déconditionnement majeur.

c) Indications

Ces programmes, utilisés avec succès chez les patients cardiaques, ont été validés chez :

- les patients présentant des anomalies métaboliques : diabétiques, et hyperlipémiques (9) avec amélioration de l'état dysmétabolique et amélioration de la qualité de vie ;
- les broncho-pneumopathes chroniques obstructifs (3), chez lesquels la puissance maximum aérobie ou la V02 max ont été corrélées à la VEMS ; ce qui permet de déterminer le seuil ventilatoire (en général 40% de la V02 max), et la fréquence cardiaque en rapport, éléments permettant d'adapter les modalités du réentraînement à l'effort ;
- les douloureux chroniques, particulièrement les lombalgiques chroniques, chez lesquels le réentraînement à l'effort, thérapeutique validée, permet d'améliorer leurs performances fonctionnelles, leur qualité de vie, et leur réinsertion socio-professionnelle (5).

Les programmes de réentraînement du lombalgique ont une durée de 3 à 6 semaines, avec en moyenne 4 à 6 heures d'activités quotidiennes. Chez les lombalgiques, mais aussi chez les patients porteurs de rhumatismes inflammatoires, les notions de repos thérapeutique et d'économie articulaire ont donc laissé la place au réentraînement à l'effort et à l'éducation gestuelle.

Les patients fibromyalgiques présentant régulièrement un déconditionnement à l'effort (10), de nombreuses méthodes physiques ont été proposées avec des résultats intéressants (mais dont l'efficacité à long terme n'a pas été démontrée), surtout sur la fonction et la qualité de vie, mais peu sur les douleurs. Leur principe commun est de refaire des efforts progressifs et dosés. Les activités physiques en piscine trouvent ici un intérêt indéniable.

- d) Dans tous les cas, le réentraînement à l'effort proposé par un kinésithérapeute libéral, ou, dans les cas plus sévères, par un Centre de Rééducation, doit être **cou-**

plé à la pratique d'une auto-rééducation régulière par le patient, seul gage du maintien des résultats.

Rôle du médecin de rééducation au sein de l'équipe pluri-disciplinaire

Ce réentraînement à l'effort et cette rééducation gestuelle sont des moyens proposés aux douloureux chroniques. Des objectifs fonctionnels précis et ciblés sont des éléments prioritaires du contrat thérapeutique. Aller mieux, reprendre une activité professionnelle sont des notions trop globales et il faudra définir une amélioration de gestes précis, une aptitude minimum à l'effort, à la marche, à la station assise, à la station debout, etc.

A côté de ces objectifs, il faudra préciser que la disparition de la douleur ne peut pas être le premier objectif de la prise en charge rééducative.

Au Centre de Traitement de la Douleur, le médecin de rééducation intervient de façon hebdomadaire, à la visite pluridisciplinaire du mardi depuis 2000. Il éclaire les patients sur l'évaluation fonctionnelle actuelle et les possibilités restantes ainsi que sur les possibilités de prise en charge rééducative soit ambulatoire, soit en centre spécialisé.

Une véritable filière de soins est alors mise en place entre le Centre de Traitement de la Douleur et le Centre de rééducation, particulièrement pour les patients lombalgiques, fibromyalgiques, ou porteurs de rhumatisme inflammatoire, mais aussi régulièrement pour les patients porteurs d'affections neurologiques douloureuses. Cette coopération s'avère très utile dans la pratique, autant pour le patient qui voit s'accorder les discours des différents acteurs le prenant en charge dans la filière de soins, que pour les soignants. En effet, à la suite de la mise en place de cette filière, des médecins, kinésithérapeutes, psychologues et soignants de centres de rééducation sont passés au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur et une **culture commune** se dégage permettant à chacun des acteurs de la filière de mieux comprendre ses points forts et ses faiblesses dans la prise en charge du douloureux, et surtout la complémentarité qu'il peut apporter à l'autre dans cette démarche commune. Un projet hospitalier de recherche clinique visant à évaluer l'efficacité comparative, chez le lombalgique chronique en arrêt de travail depuis plus de 3 mois, d'une telle filière de soins hospitalière séquentielle Centre de Traitement de la Douleur – Centre de rééducation versus prise en charge habituelle optimisée, vient d'être lancé en 2003, par nos équipes.

Les médecins et soignants du Centre de rééducation fonctionnelle intègrent progressivement le réseau douleur régional (Réseau Douleur de l'Ouest, REDO) et plusieurs journées de formation communes annuelles sont désormais organisées sur la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques, particulièrement lombalgiques, fibromyalgiques et rhumatisants au sein du réseau douleur et pour les associations de patients.

Conclusion

La coopération depuis 2000 d'un médecin de rééducation aux activités du Centre de Traitement de la Douleur s'est avérée très fructueuse et mérite, à notre sens, d'être développée : autant pour la pratique de soins, les patients tirant un bénéfice évident d'une concertation

médico-fonctionnelle avec utilisation d'outils d'évaluation communs, qu'en termes de formation – les formations pluridisciplinaires communes médecins et soignants de la douleur – médecins et soignants de la rééducation apparaissant utiles autant pour les soignants au sein du réseau Douleur que pour les associations de patients ; et enfin en terme de recherche clinique, les populations de patients pris en charge étant voisines, pour la douleur chronique locomotrice et neurologique.

Bibliographie

1. Casillas J.M., Patois-Verges B., Cohen M., Caillaux B.X., Guilbeau C. et Dulieu V. : In: *Reconditionnement à l'effort et handicap Effets du reconditionnement au cours des pathologies cardio-vasculaires*, Editions Frison-Roche, Paris, pp. 7-15, 2000.
2. Duquesnoy B., Delplace Y., Devos P. Delattre S. et Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie: Classement des lombalgies chroniques selon l'échelle de Dallas et un questionnaire semi-quantitatif (DALLI). *Rev. Rhum.* 11, 749, 1998.
3. Kemoun G. : In: *Reconditionnement à l'effort et handicap. BPCO et reconditionnement: du réentraînement à l'effort à la qualité de vie*, Editions Frison-Roche, Paris, pp. 43-57, 2000.
4. Maury M. : In: *Médecine de Rééducation*. Editions Flammarion Médecine, Paris, 1981.
5. Mayoux-Benhamou M.A., Poiraudau S., Lefevre-Colau M.M., Rabourdin J.P. et Revel M. : In: *Reconditionnement à l'effort et handicap. Reconditionnement au cours des rhumatismes et des rachialgies chroniques*, Editions Frison-Roche, Paris, pp. 59-68, 2000.
6. Poiraudau S., Lefevre-Colau M.M., Mayoux-Benhamou M.A. et Revel M. : Quelle rééducation pour quel lombalgique? *Rev. Prat.* 50, 1779-1783, 2000.
7. Ravault Ph. : Exercice physique et arthrose. *Rev. Prat.* 90, 27-29, 2000.
8. Simon L. : In: *Médecine de Rééducation*, Editions Flammarion Médecine, Paris, 1981.
9. Verges B. : In: *Reconditionnement à l'effort et handicap. Dysmétabolismes (diabète, hyperlipidémies) et activité physique*, Editions Frison-Roche, Paris, pp. 35-42, 2000.
10. Wigers S.H., Stiles T.C. et Vogel P.A. : Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5 year prospective study. *Scan. J. Rheumatol.* 25, 77-86, 1996.