

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

**J. Lanoiselée\*, J. Nizard\*\*, Y. Meas, Y. Lajat\*\***

**\* Centre de Rééducation Fonctionnelle Maubreuil, Carquefou**

**\*\*Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nantes**

## **Résumé**

**Mots-clés :** médecine physique- réadaptation –douleur chronique- pluridisciplinarité- centre de traitement de la douleur

## **Correspondance**

Docteur Julien Nizard, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nord, 44 093 Nantes cedex, France. Tel : + 33 2 40 16 51 73 . email : julien.nizard@chu-nantes.fr

## **Introduction**

Une « pensée fonctionnelle », le soucis de la prévention, l'attention à l'homme sont les trois caractéristiques de la Rééducation Fonctionnelle. (M. Maury (1))

Cette spécialité prend en charge le handicap ; 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 syndrômes 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 de la « restauration fonctionnelle du rachis », sont obtenus chez les patients les **sélectionnés et motivés**, (Duquesnoy, 1998). Les échecs ou les exclusions auraient peut être pu être pris en charge dans un cadre plus élargi.

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.

## **I. 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.

### **1) 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 (2), 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 (3), le bilan algofonctionnel 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 3heures 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 (4) : 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 ergothérapique, 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.

## **2) Recherche d'un déconditionnement et réentraînement à l'effort chez le douloureux chronique.**

Les cardiologues (5), ont été les premiers à utiliser le réentraînement à l'effort chez les patients cardiaques, en constatant que leur VO<sub>2</sub> 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 en peut débiter 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 débiter 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 (6) avec amélioration de l'état dysmétabolique et amélioration de la qualité de vie.

- les broncho-pneumopathes chroniques obstructifs (7), 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 du patient, leur qualité de vie, et leur et sa réinsertion socio-professionnelle (8).

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 (9), 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 **couplé à la pratique d'une auto-rééducation régulière par le patient, seul gage du maintien des résultats.**

## **II – 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. Le patient reste le centre du dispositif, aussi le premier élément du contrat est d'avoir des objectifs fonctionnels. Les objectifs fonctionnels doivent être très précis et ciblés. Aller mieux, reprendre une activité professionnelle sont des notions trop globales et il nous faut définir une amélioration de gestes précis, une aptitude minimum à l'effort, à la marche, à la station assise, à la station debout, etc...

Par ailleurs, à côté de ces objectifs nous devons préciser que la disparition de la douleur ne peut pas être le premier objectif de la prise en charge.

**Au Centre de Traitement de la Douleur,**

## **Conclusion**

## **Références**

1) M. MAURY  
In Médecine de Rééducation

**Grossiord - J. Pheld 1981**  
Flammarion Médecine Edition.

---

2) S. POIRAUDEAU - M-M. LEFEVRE- COLAU - M-A. MAYOUX-BENHAMOU - M. REVEL

**Quelle rééducation pour quel lombalgique ?**

Rev Prat 2000,50 :1779-83.

3) RAVAULT

**Réflexions Rhumatologiques**

T4 – n° 27 mars 2002.

4) SIMON L. Médecine de Rééducation . Edition Flammarion Médecine, Paris, 1981.

---

---

---

5) J-M. CASILLAS - B. PATOIS-VERGES - M. COHEN - B-X CAILLAUX - C.  
GUILBEAU - V. DULIEU

In Reconditionnement à l'effort et handicap

**Effets du reconditionnement au cours des pathologies cardio-vasculaires.**

Page 7 à 15.

---

6) B. VERGES

In Reconditionnement à l'effort et handicap

**Dysmétabolismes (diabète, hyperlipidémies) et activité physique .**

Page 35 à 42.

---

7) G. KEMOUN

In Reconditionnement à l'effort et handicap

**BPCO et reconditionnement : du réentrainement à l'effort à la qualité de vie.**

Page 43 à 57.

---

8) M-A. MAYOUX-BENHAMOU - S. POIRAUDEAU - M-M. LEFEVRE-COLAU - J-P.  
RABOURDIN - M. REVEL

In Reconditionnement à l'effort et handicap

**Reconditionnement au cours des rhumatismes et des rachialgies chroniques.**

Page 59 à 68.

---

9) Clark SR - Jones KD - Burckhardt CS - Bennett R.

Curr Rheumatol Rep 2001 Apr ;3(2) : 135-46(ISSN : 1523-3774).

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. 1998 ; 11 : 749.