

L2

Date : 23/03/12

Professeur : Fournier Mehouas

Nombre de pages : 15



# UE Appareil Locomoteur

**Ronéo n° : 33**

Intitulé du cours : La lombalgie chronique mécanique

**Chef Ronéo : Sarah Iacono**

**Binôme : Agathe et Alison**

**Corporation des  
Carabins Niçois**

UFR Médecine  
28, av. de Valombrese  
06107 Nice Cedex 2  
[www.carabinsnicois.com](http://www.carabinsnicois.com)  
[vproneo@gmail.com](mailto:vproneo@gmail.com)

*2 - 3 petites phrases pas très claires et 2 - 3 endroits où on ne comprend pas l'enregistrement et on s'en excuse, mais rien de bien méchant rassurez-vous.*



# BNP PARIBAS

## ***La lombalgie chronique mécanique***

### **I. Rappel de physio pathologie :**

Le rachis lombaire a 3 fonctions : **stabilité** (permet de tenir debout), **mobilité** (on peut se pencher en avant, en arrière...) et **protection** de la moelle épinière.

Au niveau du rachis lombaire on a une *unité fonctionnelle*, car il y a un espace de mobilité vertébrale avec le *disque qui se situe en avant*, le *système apophysaire en arrière*, autour les structures capsulo-ligamentaires puis le corps vertébral. C'est très important d'avoir cette notion anatomique, car dans la lombalgie chronique mécanique vont pouvoir être concernées : la *pathologie discale*, et les *pathologies en rapport avec une arthrose apophysaire postérieure*.

Le disque intervertébral (très hydraté) a le rôle principal d'amortisseur au niveau du rachis. La colonne, il faut bien l'imaginer dans sa configuration tridimensionnelle, comme des cubes empilés les uns sur les autres et entre chaque cube on a comme un coussinet qui amorti. Cette fonction d'amortisseur va risquer de s'altérer en fonction des *personnes* (plus ou moins prédisposées) en fonction des *contraintes* et en fonction de son *hydratation*. Donc c'est une structure fragile qui se détériore au long de la vie. Néanmoins, il y a des moyens de limiter la détérioration.

Lorsqu'il y a une atteinte du disque (= discopathie), il va y avoir une anomalie de fonctionnement au niveau de cette unité, donc des difficultés au niveau de la mobilité et des modifications de répartitions des pressions et des charges au niveau des vertèbres. Cela va favoriser l'apparition d'une arthrose vertébrale. S'il y a un problème au niveau de cette unité, il y a un risque de lombalgie chronique, mais pas obligatoirement, grâce à des moyens qui permettent de limiter l'installation d'un tableau de lombalgie.

Attention il n'y a *pas de parallélisme*, on peut très bien avoir des disques très abimés mais une symptomatologie peu importante, et on peut très bien avoir des gens avec des lombalgies intenses avec une discopathie modérée.

La fréquence est énorme, il y a environ 2 personnes sur 3 qui vont avoir un problème de discopathie et ça représente 13% des arrêts du travail.

### **II. La Lombalgie chronique mécanique :**

C'est une pathologie liée à plusieurs causes :

- Problèmes **mécaniques**,
- **Professionnels** (ex : qq qui travaille dans le bâtiment sera plus exposé que qq qui a un travail sédentaire),
- **Psychologiques** (d'où l'expression « en avoir plein le dos ». Il a été démontré que le stress donne des problèmes de dos).
- Nouvelle notion : **facteurs génétiques** qui participeraient à l'apparition d'une discopathie dégénérative. Il semblerait qu'il y ait des gènes prédisposés à coder le collagène des disques.

La prise en charge du lombalgie chronique a comme pôle tous ces facteurs. Il ne faudra pas se cantonner uniquement à essayer de soulager en donnant par exemple des antalgiques (même s'il ne faudra pas les négliger), mais il faut intégrer le problème dans tous les facteurs qui sont susceptibles de faire chroniciser les lombalgies.

Notre disque va être dans un état beaucoup plus dégénératif si on le malmène avec : *l'utilisation, l'usure, l'usage, le vieillissement...* Le disque sera moins efficace à 80ans qu'à 20ans.

Il y a deux autres aspects qui rentrent en jeu :

- Un aspect mécanique : plus on va mettre des charges sur la colonne, plus il faudra les amortir, plus les disques seront soumis à des pressions importantes. Par exemple : un déménageur va avoir des disques bien plus malmenés que quelqu'un qui aura un job tranquille.
- Et un aspect alimentaire. L'hydratation est un élément important dans la préservation d'un état satisfaisant au niveau du DIV.

Pourquoi l'aspect mécanique est en partie lié à l'aspect alimentaire ? Que vous portiez une commode c'est une chose mais quelqu'un de même taille qui va peser 10kg de plus ou de moins n'aura *pas les mêmes pressions* exercées au niveau des DIV. Donc cet aspect de poids ou de prise de poids récente, (sans être obèse) est un élément mécanique.

### **III. Authentifier les LCM**

Dans quel cadre va-t-on parler de LCM ? Lorsque l'on a une **douleur** :

- **En région lombaire**, qui peut avoir une **irradiation** au niveau des cuisses, surtout de la face postérieure des cuisses et s'arrête au niveau des genoux, elle est *tronquée*. Sinon on parlerait de lombo-radicalgie, sciatalgie ou cruralgie...Très souvent ca s'arrête au niveau de la fesse.
- **Mécanique** c'est-à-dire qui augmente avec les efforts et diminue / disparaît avec le repos (# inflammatoire).
- **Chronique** : évolue depuis plus de 3mois.

#### 1. A éliminer

Il faut avant tout, chercher à éliminer un **rhumatisme inflammatoire**.

Il faut examiner notre patient par un examen clinique complet avec étude de la force musculaire, de la sensibilité, des réflexes, examen neurologique. Il ne faudra pas hésiter à compléter l'examen clinique par des bilans (biologie de base : bilan inflammatoire de base = NFS et CRP) pour voir si on est bien en dehors d'un contexte inflammatoire. Puis, si on a rien trouvé, on aura recours à des examens d'imagerie. On commence par une radiographie du rachis lombaire de face, de profil puis du bassin de face, éventuellement complété par scanner et IRM.

Attention, avant de faire tel ou tel examen il faut se poser la question de pourquoi on le fait (pas la peine de faire des examens inutiles) si vous êtes sûrs que votre patient à une LCM et que vous pensez que votre prise en charge peut tout à fait régler le problème, ce n'est pas la peine d'aller lui faire un IRM. Et il faut l'expliquer aux patients parce que parfois les patients arrivent à l'hôpital avec une montagne d'exams d'IRM mais ils n'ont pas eu la radio de base.

Il faut éliminer une éventuelle **ostéoporose** même si l'ostéoporose n'est pas douloureuse mais au moins voir s'il n'y a pas une légère déminéralisation visible à la radio qui engagerait à voir plus loin dans ce bilan là. Attention ce n'est pas la radio qui fait le diagnostic d'ostéoporose.

A éliminer également : **Maladie de Paget**, une **métastase**, **Spondylodiscite** (atteinte du disque) **inflammatoire ou septique**, tumeurs...

#### 2. On classe selon certains critères

Donc vous avez fait votre examen clinique, l'interrogatoire, on sait que le patient a une LMC. Maintenant, on doit cerner le contexte du patient.

Il faut tenir compte de *l'âge*, de la *surcharge pondérale ou obésité*, du *sexe*, de la *profession*, et voir s'il y a des *anomalies* (congénitales ou acquises), des *troubles statiques* (c'est pourquoi la radio face profil du rachis lombaire est importante car c'est elle qui permet d'apprécier cette statique) ou une *spondylolisthésis* (décalage d'une vertèbre par rapport aux autres qui peut exercer une compression au niveau de la queue de cheval par ex).

### 3. Connaitre

Il faudra toujours rechercher d'éventuelles complications, car notre attitude de prise en charge va s'adapter à la clinique du patient.

- Il peut s'agir d'un type qui a une lombalgie chronique depuis plus de 3 mois, qui a mal quasiment tout le temps (ça s'arrête 3 jours puis ça repart). Il a donc une ***douleur très importante, qui récidive*** et qui oblige le patient à prendre des antalgiques de pallier 2 voir plus, avec une réduction de ses activités, une impotence fonctionnelle etc... On ne va pas forcément poser l'indication chirurgicale de suite, il faut analyser les douleurs, utiliser l'EVA et surveiller en fonction du traitement.
- Il faut voir s'il y a des ***irradiations***. Dans la lombalgie chronique on parle d'irradiations tronquées. Si vous voyez que l'irradiation est vraiment plus systématisée, si c'est pluri radiculaire (peut intéresser aussi bien le trajet L4 ou L5, avec une cruralgie, une sciatgie, si c'est bilatéral, si c'est à bascule...), on va penser plutôt à un ***problème de canal lombaire*** rétréci sur plusieurs niveaux.
- Il faut bien faire l'examen moteur, neurologique, sensitif et réflexe. Si vous avez un ***déficit moteur*** (sciatique paralysante) votre prise en charge va diverger.
- ***Syndrome de la queue de cheval*** : après les vertèbres L2 vous arrivez au niveau de la queue de cheval, donc s'il y a une compression à ce niveau là on peut avoir des signes de souffrance avec ***déficit moteur*** et des ***troubles vésico-sphinctériens***.

Il faut être vigilant dans le fait de rechercher ces signes, parce que les patients ne vont pas forcément vous le dire. Les gens qui ont une incontinence urinaire ne vont pas oser vous le dire spontanément si vous ne la recherchez pas. Donc il est important de rechercher ces signes là et de prévenir le malade. Qu'on soit dans la LCM ou qu'on soit dans le cas d'une hernie discale (toute hernie discale ne sera pas chirurgicale), s'il y a une incontinence urinaire, qu'on rentre dans le cadre d'un syndrome de la queue de cheval, on ne prendra pas le patient en charge de la même façon.

Pas dans le cadre de la LCM, mais notion importante : « Très souvent les gens qui ont mal, quand il y a une compression, selon le degré de la compression, si vous attendez trop longtemps vous n'aurez pas de récupération ».

*Exemple d'un jeune qui avait une lombalgie qui trainait, douleurs qui irradiaient (cadre de sciatgie), très importantes. Un weekend il a eu simultanément une incontinence urinaire, un pied qui se relevait moins bien et une disparition des douleurs. Ce qui est dangereux, c'est qu'il peut se dire « c'est bon j'ai plus mal, le reste va passer » alors que non, s'il n'a plus mal c'est qu'il a une atteinte sensitive. Il faut donc bien informer les patients. Le type ça lui est arrivé le samedi matin, il a attendu le lundi, mais c'était trop tard. Il a gardé sa paralysie et son incontinence.*

Il ne faut pas attendre quand les signes apparaissent.

### 4. Evaluer :

Il faut savoir évaluer la ***douleur*** (EVA, échelle verbale, échelle de Dallas, version française) et la force musculaire. La ***force musculaire*** (testing musculaire) s'évalue sur une échelle qui va de 0 à 5.

- **0** : On demande au patient de relever le pied mais il ne se passe rien.
- **1** : Contraction musculaire perçue cliniquement mais aucun mouvement.
- **2** : contraction avec mouvement.
- **3** : le mouvement peut s'exercer contre pesanteur.
- **4** : le mouvement peut s'exercer contre résistance.
- **5** : c'est une force normale.

On apprécie la **raideur** par le Schobert : soit on mesure la *distance doigt-sol quand le sujet se penche en avant*, soit de la même façon on va prendre un *repère au niveau du rachis au niveau de L5 et quand le sujet se penche en avant on voit de combien le repère se déplace*.

Il existe des **échelles fonctionnelles** notamment des échelles spécifiques aux lombalgies. On évalue beaucoup l'aspect fonctionnel et l'aspect qualité de vie. Exemple : si un jogger de 45 -50ans arrête de faire du jogging parce qu'après 10m il a mal au dos, et que sa vie c'était le jogging, ce n'est pas forcément une réussite.

Il faut aussi évaluer **l'aspect psychologique** : il faut dédramatiser voir banaliser cet aspect là parce qu'on est encore dans cette société avec pas mal de sujets tabous. Venir consulter un médecin parce qu'on a des lombalgies c'est facile, mais consulter un psychiatre c'est plus difficile. Et c'est souvent quelque chose qui ressort et il faut le prendre en charge.

Il existe aussi des **échelles** qui permettent d'apprécier le **risque de passage à la chronicité** et des **échelles de qualité de vie** qu'on utilise régulièrement.

#### 5. Echelle de VALAT (pas à retenir)

Faite sur plus de 2000 patients qui étudiait les types de lombalgies, qui appréciait les difficultés lors de marches courtes, lors de la montée des escaliers, qui étudiait la notion et la durée de l'arrêt de travail et voir s'il y avait pratique d'un sport. Et en fonction des résultats on considérait donc le risque de passer à la lombalgie chronique.

## **IV. Prise en charge thérapeutique**

Il y a des infos primordiales, il faut prendre le temps d'expliquer aux patients les conseils d'hygiène vertébrale, ce qu'on peut faire ou qu'on doit éviter de faire. Si le patient intègre bien ces informations vous aller lui permettre de préserver un passage à ... (inaudible, désolées).

### 1. Traitements médicamenteux :

Quand on est sur des périodes courtes (ce n'est pas vraiment une lombalgie chronique, même si ça peut être des périodes avec des douleurs plus importantes sur un fond chronique) on aura recours aux traitements classiques comportant l'association de 3 classes de médicaments :

- **Antalgiques** (palier 1, palier 2, voire plus exceptionnellement),
- **AINS** (en respectant les contre-indications),
- **Myorelaxants** (décontracturants musculaires).

Les **myorelaxants** sont importants car, si par exemple on se casse le bras, on va le soutenir pour protéger la zone douloureuse. Quand on a mal au dos, on ne peut pas le soulager en le portant, donc on va se contracter au niveau de la musculature para vertébrale. Cette contraction va devenir une contracture douloureuse → **Cercle vicieux**.

Très souvent quand on examine ces patients on va mettre en évidence des contractures para vertébrales et quand on les palpe on va provoquer des douleurs (ils font des bonds) pas forcément au niveau des disques vertébraux mais sur les zones très contracturées. Donc association des trois médicaments.

Les **antidépresseurs tricycliques** à faible dose ont une efficacité certaine. Mais pour certains patients, donner des antidépresseurs alors qu'ils viennent pour un mal de dos, c'est très difficile à faire accepter.

Donc il faut prendre le temps de leur expliquer qu'on n'est pas forcément dans une dépression mais que ces médicaments ont prouvé leur efficacité. *Il y a plusieurs facteurs qui interviennent dans la douleur et on n'a pas tous un ressenti identique de la douleur.* C'est ce qu'on appelle le seuil de ressenti de la douleur qui va intervenir. Or, on sait que les antidépresseurs tricycliques permettent de monter ce seuil et plus il est haut, moins on va ressentir la douleur.

Donc ce sont des *traitements en compléments* des autres traitements et qui vont avoir un rôle important dans notre prise en charge.

Les **infiltrations épidurales de corticoïdes** sont aussi un moyen que l'on utilise et des **infiltrations des articulaires postérieurs** (préférable de les faire sous contrôle scanner car on va piquer vraiment à l'endroit à l'origine de la douleur).

## 2. Traitements non médicamenteux : On essaye de soulager la douleur.

### a. *Par la kiné on va prescrire :*

- Des **massages**. Il y a massages et massages, il faut prescrire la technique de massage que vous voulez en fonction de votre examen clinique. Dans le cadre de contractures musculaires hyperalgiques, on va prescrire des massages décontracturant. Si on n'a pas trop de contractures et qu'on a plutôt une zone assez diffuse, douloureuse, on va prescrire un massage doux. Il faut que les massages soient assez prolongés. Les limites : bien être immédiat et en post séance, mais pas prolongé. Mais le massage peut très bien arrêter une crise aiguë.
- De la **physiothérapie** ou **électrothérapie à visée antalgique** (courant antalgique, le kiné met des électrodes et règle en fonction de la fréquence pour avoir une action antalgique).
- La **fangothérapie** (très importante) : c'est l'application de chaleur. Ici on est *en dehors d'un contexte inflammatoire* (il est dangereux de mettre de la chaleur à une tumeur osseuse, à une infection osseuse ou à une spondylarthrite ankylosante). Il n'y a pas de limite dans le temps, les patients peuvent s'endormir avec, ça peut les aider à dormir et ça peut être répété dans la journée. C'est un moyen *non agressif* (sauf cas d'une patiente « *débile* » qui a réussi à se cramer la peau).
- Le **TENS** : c'est la neurostimulation trans-cutanée. C'est un moyen qu'on a malheureusement tendance à ne pas prescrire, surtout prescrit par les algologues, alors que ça marche très souvent. On va *court-circuiter le circuit de la douleur*. On pose de petites électrodes de chaque côté de la colonne, sur les zones douloureuses. Les électrodes sont reliées par des fils à un boîtier. On peut mettre le boîtier dans sa poche et quand on a mal on le branche (plutôt que de se bourrer de médocs) et ça marche vraiment bien. La seule limite concerne la *prise en charge* parce que ce sont des appareils qui coûtent (environ 200 euros) et on n'a pas tous les moyens de se l'offrir. Sinon on peut prescrire sous forme de location pour un mois ou deux, pour que les gens essayent (pas de risques de l'acheter pour rien si ça ne marche pas) et puis il y a possibilité d'achat avec prise en charge.
- La **balnéo thérapie** qui sous entend piscine médicalisée. C'est une technique qui marche bien parce qu'on est dans la chaleur (T° de l'eau entre 35 et 37°C). C'est une bonne température pour prendre un bain mais pour travailler dans l'eau, c'est épuisant. Donc on utilise la chaleur (rejoint la fangothérapie) : décontraction musculaire, et on est en apesanteur. Pour les gens qui ont des LCM avec une raideur, c'est un moyen qui leur permet de réinitialiser la mobilité du rachis.

**b. Autres moyens à visée antalgique non médicamenteux :**

- **Les manipulations vertébrales** : comporte des avantages et des inconvénients. Elles doivent être faites par un médecin qui a appris à faire les manipulations, après un examen clinique et éventuellement un bilan complémentaire. *A l'époque où la prof était interne elle a vu arriver un patient d'une cinquantaine d'années qui avait été manipulé par son kiné sur des douleurs cervicales et le pauvre avait des métastases cervicales.*
- **Les orthèses lombaires**, c'est-à-dire des ceintures lombaires plus ou moins contraignantes, avec des renforts. Il y a la ceinture de base, la ceinture avec des systèmes de baleines, et éventuellement des lombostats, qui sont des corsets vraiment durs en plexi dur pour immobiliser la zone douloureuse. Ces orthèses lombaires, on ne va pas s'amuser à les prescrire par hasard, c'est quelque chose qui s'évalue. Donc on a plusieurs sortes de ceintures et une fois prescrite il y a différentes façon de la porter et tout ceci se fait avec un suivi médical.
- **Acupuncture** : Moyen qui parfois fonctionne, fait par un médecin après examen clinique.
- **Cures thermales** : On les prescrit peu, pourtant ça marche pas mal mais avec certaines conditions. Certaines cures se font en mode accéléré, ce qui est généralement mal vécu au niveau du dos, c'est trop intense et provoque des douleurs. Donc ce n'est pas prescrit en période de crises douloureuses, ça se prévoit à l'avance (on le prévoirait maintenant pour cet été) et ça peut être très fatiguant et douloureux après coup. On aura un bénéfice à moyen terme voir à long terme.
- **Les règles et conseils d'hygiène vertébrale** : Le renforcement musculaire a un rôle primordial. Avec l'âge on a une perte de muscles (notamment du dos, donc les disques s'altèrent) et une prise de poids (au niveau du ventre, surtout les hommes). Avec la logique de notre morphologie de lordose lombaire, si vous êtes dans une lordose lombaire avec des muscles para vertébraux qui ne tiennent plus et un ventre qui part en avant on a tout pour aggraver les conflits et la souffrance discale. Il faut donc *renforcer la ceinture abdominale* et la *musculature para vertébrale*. Ce renforcement musculaire ne se fait pas n'importe comment. On ne va pas dire à un patient qui souffre depuis 4 mois, qui n'a plus de muscles, et qui a pris du ventre de s'inscrire dans une salle de gym, il va s'y retrouver bloqué. C'est quelque chose qui doit se faire de façon *progressive*, au départ *quelques séances de kiné* de façon à lui montrer les mouvements à faire, puis surtout faire comprendre au patient qu'il faut que dans sa semaine il ait des créneaux de mouvements personnels pour un entretien musculaire (comme se brosser les dents). Ce renforcement musculaire doit être *doux* et doit se faire *en isométrie, sans déplacement*. Pas question de se muscler en soulevant des poids d'un autre monde ou en faisant des pompes, vous allez aggraver les choses.
  - Plus ou moins un **reconditionnement à l'effort**.
  - **Soutien psychologique** éventuel.
  - voire éventuellement des **mesures sociales de réadaptation** : on rentre dans le cadre compliqué. Il faut faire la part entre ce qui est indispensable et secondaire.

**c. Non recommandé :**

- Le **repos au lit**. Il est prouvé que plus on reste au lit, plus on perd du muscle, moins on a de chances de reprendre une vie normale. Il faut commencer une *activité physique* et la *kiné*. Il ne faut pas un matelas mou, à ressort, ou trop dur (oO). Il faut l'essayer car un matelas qui paraît trop dur à quelqu'un ne paraîtra pas trop dur à quelqu'un d'autre.

- Les **corticoïdes** par voie générale.
- Ionisations, laser.
- Les **tractions vertébrales**, ça se fait, mais ça se discute.

**d. Discussion sur le recourt à la chirurgie :**

La **prothèse discale** : on explique la symptomatologie douloureuse par l'absence d'efficacité d'un disque (déshydraté, aminci, quasi inexistant). Il paraît logique de se dire, que si l'on met quelque chose à la place du disque ça va améliorer le confort. Il y a de nombreuses personnes à qui on a posé une prothèse discale de façon excessive.

Même si ce n'est pas un gros geste chirurgical, que c'est une intervention rapide, que la personne peut se lever le lendemain matin et a en général beaucoup moins de douleur, ça reste quand même une chirurgie, qui comporte des risques. Avant d'y avoir recourt, il y a beaucoup d'autres moyens, il faut savoir temporiser.

**Arthrodèse rachidienne** : Venir bloquer une ou plusieurs hauteurs de DIV. Le fait de bloquer enlève la douleur.

Par exemple, pour un bras cassé, on met un plâtre et on a plus mal. C'est le même principe, mais on n'est pas dans la même logique au niveau biomécanique. Si on bloque sur un ou plusieurs niveaux ces DIV, les pressions qui doivent s'exercer, il faut bien qu'elles s'exercent quelque part. Elles vont donc se répercuter au dessus. Donc le risque, c'est de voir le problème se déplacer.

La chirurgie est posée trop facilement. Il arrive que certains patients soient opérés 15 fois de la colonne vertébrale, avec les risques notamment de déplacement du problème et de fibrose postopératoire que cela comporte.

La fibrose est une mauvaise qualité de cicatrisation des tissus sous-cutanés. C'est imprévisible. A cause de cela, certains patients auront encore plus mal en postopératoire qu'en pré opératoire.

### 3. Schéma de prise en charge

En première intention, il faut toujours y aller crescendo : Classique et éducation (vraiment très très importante).

Au niveau de la douleur on va donner le traitement médicamenteux classique, éventuellement compléter par des infiltrations et des antidépresseurs tricycliques. On peut composer également avec des cures thermales (thermalisme). On va éviter au maximum d'avoir recours à la chirurgie et il faut apprendre à vivre au quotidien avec cette douleur.

*C'est quoi les infiltrations ?* On va injecter de la cortisone directement, ce qui va avoir une activité inflammatoire locale puissant (d'où l'intérêt de les faire sous scanner). Elles peuvent être soit épidurales soit dans les articulations postérieures. Elles ne marchent pas toujours et on reste limité car on dit qu'il ne faut pas en faire plus de 3.

Le but est de **restaurer la fonction** : on a une personne qui a mal au dos, qui est bloquée. Dès qu'elle tourne elle a mal, donc elle va être encore plus précautionneuse, elle va encore moins faire de choses et va donc perdre encore plus de muscles.

Il faut une reprise des activités physiques (régulières, adaptées), une restauration de la fonction avec des activités physiques à faire seul (difficile), avec un kiné (conseillé), ou avec un programme pluridisciplinaire = les écoles du dos. Il faut faire comprendre au patient l'importance de cette prise en charge prolongée, toute sa vie, 2 à 3 fois par semaine.

**L'accompagnement psychologique** : il faut essayer de *détecter une anxiété*, un intérêt primaire, secondaire ou masqué (pas forcément conscient) de la personne et *savoir gérer sa douleur*.

**La réinsertion professionnelle** : il faut essayer au maximum, mais il faut parfois contacter le médecin du travail pour préconiser un reclassement professionnel, ce qui n'est, malheureusement, pas toujours facile.

Parfois, des patients demandent à faire un certificat pour être reconnu en tant que travailleur handicapé car la loi oblige les entreprises à avoir 6–10% de travailleurs handicapés.

#### 4. Importance du suivi :

Le suivi doit être **adapté à chaque patient** : si on prend l'exemple d'un patient, qui aime courir mais qui ne peut plus à cause de la douleur. On ne peut pas le laisser reprendre le sport comme ça. Il faut le suivre régulièrement, et lorsqu'il reprend le sport, il faut avoir fait un schéma de reprise du jogging (temps, terrain) au préalable. Si on ne le conseille pas, le sportif va croire que parce qu'il n'a plus mal, il peut reprendre sa partie de tennis pendant 3 heures → échec assuré. Il faut **répéter les examens, réévaluer le patient**, car ce n'est pas parce qu'on est dans le cas d'une LCM, qu'il n'y a pas une nouvelle pathologie qui peut apparaître. Il ne faut jamais rester sur l'idée que l'on s'est faite la première fois. Le but : **éviter la médicalisation excessive** et assurer un **accompagnement** thérapeutique réconfortant le patient. Il faut dire au patient de ne pas aller voir un chirurgien, car le chirurgien va vraisemblablement poser l'indication d'une intervention chirurgicale.

Dans un second temps :

- Ecole du dos,
- Eventuellement le suivi dans un centre / service de rééducation
- Centre de réadaptation professionnelle. Mais cela reste exceptionnel.

#### V. Conclusion

Le but c'est d'apprendre à mieux vivre avec.

## Notion de Handicap

C'est une notion pas si nouvelle que ça, mais que l'on peut aborder lorsque l'on a déjà une certaine notion médicale pour arriver à mieux comprendre à mieux interpréter.

*Qu'est ce qui se passe ?* Quelqu'un vient nous voir (par exemple un lombalgique), il a des plaintes, on fait un examen... Notre objectif c'est de poser un diagnostic pour pouvoir après, prescrire le traitement adapté. En fait, cette notion de handicap va au-delà de ce modèle traditionnel, parce qu'on va essayer d'analyser les implications sur la vie quotidienne. Le lombalgique, il a mal, il ne peut plus aller au ski, travailler, bricoler, il va être ronchon.

Lorsque la personne va chez le médecin, elle va lui dire j'ai mal là, mais il ne va pas lui dire je suis infect pour mon conjoint, je ne peux pas travailler etc...

### I. Intérêt de cette approche

C'est de mieux comprendre les facteurs à l'origine des handicaps, mais surtout, d'essayer d'identifier les besoins.

Il faut aussi essayer d'apporter des réponses appropriées aux différents problèmes.

Comme handicaps, il n'y a pas que les personnes qui ont mal au dos.

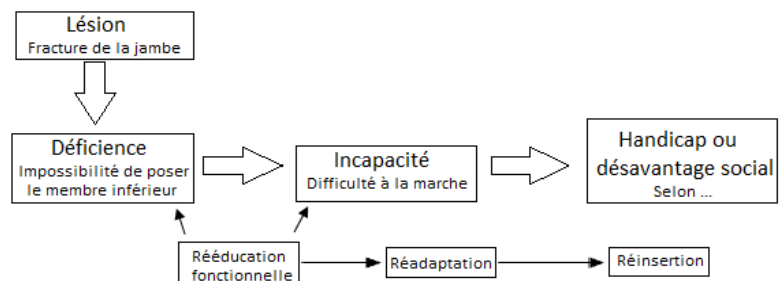
On peut être à l'extrême : type de 30 ans en bonne santé, qui a un accident de moto et se retrouve paraplégique.

### II. Médecine physique et réadaptation

S'appelait autrefois « *Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle* ». Maintenant ça s'appelle « *Médecine Physique et Réadaptation* » parce que c'est plus dans la prise en charge globale. Très souvent, il existe un handicap important avec beaucoup de choses à aborder. Et c'est souvent le rôle du médecin de médecine physique et réadaptation de prendre en charge l'ensemble, la globalité du problème.

#### 1. Modèle de WOOD :

Apparues dans les années 80, la **conception de Wood** repose sur la déficience, l'incapacité et le handicap.



Si la personne qui s'est cassée la jambe travaille sur son ordinateur, le handicap professionnel sera quasi nul.

S'il est footballeur, le handicap va être très énorme (s'il est bon, des millions d'€ sont en jeu, les assurances ne seront pas contentes).

A côté de l'activité professionnelle, si la personne habite en centre ville au rez-de-chaussée, elle pourra aller acheter son journal etc... Si elle habite en pleine campagne, ça deviendra plus compliqué.

Elle a écrit « selon... » car le handicap ou désavantage social sera une *question d'individu*, ce sera *personnel*.

Qui dit handicap ne dit pas forcément lésion : une maman promène son bébé dans une poussette. Elle veut traverser mais il y a des voitures sur le passage piéton qui lui laisse très peu de place. Elle est dans une situation de handicap. Cette même femme, sans son bébé pourra passer entre les voitures. C'est donc une *question d'individu* et de *situation sociale*.

La place de la rééducation : le but, quand on ne peut pas modifier l'incapacité (le paraplégique complet, restera paraplégique complet), c'est de travailler et essayer de réduire son handicap par différents moyens.

## 2. Les classifications de l'OMS

Après le modèle de Wood, il y a eu progressivement différentes classifications qui ont évolué.

Trois classifications de l'OMS :

- **CIM** : Classification Internationale des Maladies (diagnostics)
  - **CIH** : Classification Internationale des Handicaps (conséquences des maladies)
  - **CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (restrictions de participation à la société liées à la maladie et aux facteurs d'environnement).
- } Elle ne les a pas développés comme dans ses diapos

## 3. La CIF :

Actuellement, on est dans ce que l'on appelle la **CIF**, dans laquelle on ne parle pas de l'handicap mais de fonction. Cette modification est très significative de l'évolution de cette société, on ne parle plus de difficulté mais de possibilité.

Il va y avoir deux aspects dans la conception du handicap. On voit les problèmes organiques, la fonction organique et donc la personne en tant **qu'individu** avec ses *fonctions organiques*, ses *structures anatomiques*, la fracture de jambe etc... mais également la personne en tant **qu'être social** avec ses *capacités*, ses *activités* et sa *participation*.

Comme pour le paraplégique par exemple, qui habite en pleine campagne ou en centre ville avec un ascenseur qui arrive juste devant son pallier, on va essayer de *réduire les difficultés sur ces facteurs environnementaux*.

Définition (pas à savoir) : «L'état de fonctionnement et de handicap est le résultat de l'interaction dynamique entre le problème de santé et les facteurs environnementaux».

Par contre, ce qui est important, c'est que c'est quelque chose qui est reconnu au niveau des Nations Unies depuis décembre 93, ce qui prouve l'évolution de la législation des personnes handicapées dans notre société.

### Les objectifs de la CIF :

Au-delà de la prise en charge du patient et des aspects clinique et médical, ça va avoir différents intérêts.

Ca permet de faire des *études statistiques*, *d'approfondir les recherches*, il y a aussi un *aspect social* et *politique*, mais également un *aspect pédagogique*.

L'école primaire de nos jours, par rapport à il y a 30 ans : la place de l'handicapé et la notion de handicap apparaissent.

## **III. Les grandes classes de déficience**

### 1. Motrice : jambe cassée...

Il faut voir au delà de la rééducation motrice (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...). Il faut apprécier les capacités de locomotion et d'autonomie de locomotion qui peut tout à fait être améliorée par des aides techniques.

Ce qui n'est pas toujours facile à faire admettre à la personne handicapée, c'est-à-dire qu'on part du principe que le motif, c'est que la personne soit le plus possible indépendante et autonome. (Pas très français mais c'est ce qu'elle dit)

Exemples :

- **Diagnostic d'amyotrophie spinale** (forme de myopathie) de 2 jumelles de moins de 2ans. Elles sont complètement paralysées et les parents les déplacent en poussette.

Il a fallu faire comprendre aux parents que pour les aider à se développer au niveau psychomoteur, il fallait essayer de leur donner une certaine autonomie, en leur prescrivant un fauteuil roulant électrique. Elles avaient un minimum d'autonomie au niveau de la main leur permettant de manipuler un joystick.

Il y a quelques temps (ça ne se fait pas comme ça, il faut du temps car il ne faut pas que ce soit un échec, sinon après les gens ne voudront plus aller dans ce sens là), ils ont programmé des essais de fauteuils roulants électriques.

La législation actuelle, veut que la prescription d'un fauteuil roulant électrique, soit faite par un médecin de physique et réadaptation agréé. Donc, quand elle les a eus à la 1<sup>ère</sup> consultation, elle a déjà commencé à en parler.

La fois d'après, 3-4 mois après, la prof revient là-dessus, elle s'organise pour qu'on leur donne des infos, des consultations avec les ergothérapeutes, pour qu'on leur montre les fauteuils, pour qu'on les oriente chez des revendeurs afin qu'ils voient un petit peu ce que ça représentait et donc commencer un petit peu à évoluer.

La 2<sup>ème</sup> étape, c'est l'essai, donc on met l'enfant dans le fauteuil.

Avant les petites bien que parlant entres elles comme des enfants non malades, ne semblaient pas forcément épanouies et dès qu'elles ont été dans le fauteuil, qu'elles ont vu qu'elles pouvaient se déplacer comme elles voulaient, elles ont eu un sourire jusqu'aux oreilles.

Quand on parle **d'autonomie locomotrice**, c'est souvent au prix d'efforts énormes mais c'est primordial.

Quand on prend quelqu'un en charge au niveau de la médecine physique, on a tendance (à tort peut-être), en premier lieu de lui donner l'autonomie de marche. Puis après on essaye de développer l'autonomie des membres supérieurs. Cette autonomie locomotrice il faut absolument la développer.

- **Paraplégique** : il ne marche plus. On a 2 solutions. Soit on le laisse dans une lit et de 30 ans jusqu'à sa mort il y restera (sachant qu'un paraplégique a la même espérance de vie qu'une personne non paraplégique), soit on leur permet de se déplacer, de rentrer dans sa voiture, de conduire etc... grâce à un fauteuil roulant.

Son handicap sera toujours là, mais il sera moindre.

Importance de la notion d'accessibilité. Quand on entend les textes de loi : votez pour que les bâtiments publics soient accessibles aux handicapés, ça nous passe au dessus de la tête quand on n'est pas concernés. Pourtant c'est super important. Quand on voit les trottoirs pour quelqu'un qui est en fauteuil roulant, ce n'est pas toujours adapté.

Tous ces points législatifs très important, ont évolué grâce au modèle de Wood de 1980.

Un cours qu'elle nous fera dans les prochaines années concerne les complications de l'immobilité de l'alitement :

Quelqu'un qui est couché, même s'il n'est pas malade, développera tous les complications possibles et inimaginables. C'est pour ça, qu'il faut sortir la personne handicapée du lit, et au-delà, essayer de la sortir de chez elle et de lui permettre d'aller dans un maximum d'endroit où elle a envie d'aller, ce qui n'est pas facile car il y a le regard des autres et pleins de choses qui interviennent.

Par toutes ces notions là, il y a eu de nouvelles approches en rééducation, une adaptation et le développement, actuellement, avec l'informatique. On arrive maintenant à avoir une accessibilité au sens large du terme de choses qui était techniquement inenvisageable autrefois.

Exemple : la commande vocale. Pour un tétraplégique (paralysé au niveau cervical, il ne peut rien bouger en dessous), il y a des

*systèmes de commande à la voix. Il va pouvoir, par la voix pouvoir fermer ses volets, ouvrir les portes, allumer la TV... Cette personne, qui il y a quelque années n'aurait pas survécu à son accident, qui avant restait dans son lit parce que le fauteuil «était trop fatiguant, va pouvoir (grâce à des fauteuils et des systèmes informatiques perfectionnés) avoir une certaine vie sociale. Il y a également la chirurgie interventionnelle et certains traitements qui pourraient intervenir.*

2. Sensorielle : mal voyant...
3. Mentales
4. Viscérales : problèmes digestifs...
5. Multiplés : personnes âgées et enfants polyhandicapés nécessitant une prise en charge globale. La prise en charge des personnes âgées est faite par les gériatres. Les enfants polyhandicapés sont pris en charges par les médecins de rééducation.

#### **IV. Situations de handicap**

Quelles sont les situations de handicap ?

- Il faut raisonner par les **activités de base de la vie quotidienne**. Le premier objectif c'est de pouvoir faire sa toilette, s'habiller et manger. Puis après tout le reste.
- Après il y a la notion d'**isolement familial**. Si on prend une personne âgée, qui vit toute seule, aura tendance à être repliée sur elle-même. Si cette personne qui vit seule (sans forcément être déficitaire, juste avec des petites difficultés à marcher), habite en centre-ville, peut prendre l'ascenseur, elle aura un moyen d'intégration sociale, elle verra du monde. Alors que cette même personne qui vivra dans l'arrière pays, elle va s'exclure de part ses conditions de vie, de notre société, et va augmenter cette notion de handicap.

Elle parle d'une étude sortie la semaine dernière sur la longévité et la qualité cognitive en corrélation avec l'intégration sociale mais je ne comprends pas les détails dans l'enregistrement... Je ne pense pas que ce soit capital et l'essentiel est dit dans ces 2 lignes. DSL

- Les **loisirs**, le **travail**, la **qualité de vie**.

#### **V. La prise en charge des personnes handicapées :**

##### 1. La Sécurité Sociale :

Il y a plusieurs régimes à la sécurité sociale.

Le **régime général** (le plus classique) correspond à une sécurité sociale classique. On peut avoir à ce moment là, la prise en charge selon le handicap, éventuellement à 100% etc... Certaines personnes selon des conditions de ressources, vont avoir la CMU (Couverture Médical Universel).

Il va y avoir certaines conditions nécessaires, c'est tout ce qui arrive dans le cadre de l'accident du travail.

Ce qui est considéré comme accident du travail, c'est beaucoup plus restrictif qu'il y a quelques années. C'est ce qui survient à l'occasion du travail, sur le lieu ou sur le trajet HABITUEL du travail. Si jamais une personne fait un détour pour quelque raison que ce soit, et qu'il a un accident, ce ne sera pas reconnu comme accident du travail. Il y a de plus en plus de restrictions.

Il y a des législations des accidents du travail. Il y a des *avantages* (la personne en accident du travail va continuer à toucher son salaire grâce à des indemnités journalières tant qu'elle est en arrêt de travail) et des *limites* (on va vous dire

du jour au lendemain que vous n'êtes plus reconnu en accident du travail, voire même que depuis quelques semaines vous n'êtes plus reconnu comme tel). A partir de là, c'est très difficile de faire modifier les choses.

Ca c'est pour les accidents du travail qui sont très prolongés. Il faut voir si on arrive à reconnaître la validité etc.. mais c'est pas forcément une bonne chose.

Il y a des maladies professionnelles dont il existe une liste, et pour faire reconnaître une pathologie comme maladie professionnelle, il y a tout une procédure à effectuer.

Le **régime de responsabilité judiciaire**, c'est le tiers responsable. Il intervient par exemple pour quelqu'un qui est en voiture, passe au feu vert et se fait rentrer dedans et exploser la voiture, par quelqu'un qui a grillé un feu rouge.

C'est dans ce cadre là que le blessé est le mieux couvert, si la personne est assurée. Sinon il y a recours auprès de l'assurance du tiers responsable. De plus en plus, les gens ne sont pas forcément assurés. A ce moment là, c'est moins bien réparé, mais comme c'est devenu monnaie courante, il y a un fond de garantie qui permet d'avoir une couverture si le tiers responsable n'a pas d'assurance.

**L'assurance individuelle ou collective**, il est conseillé pour ceux qui pratiquent un sport d'avoir la licence pour être assuré. Si on balance une balle de tennis dans l'œil, c'est notre assurance qui va le prendre en charge.

## 2. Les soins

Le plus souvent, ils sont couverts par l'assurance maladie. Mais de plus en plus, il y a certaines limites.

Il y a notamment, certains médicaments qui sont moins remboursés voir déremboursés. Il y a certains actes qui sont plus ou moins remboursés. Tout cela fait partie de ce qui est couvert par l'assurance maladie.

Certaines choses sont exclues : l'ergothérapie, la psychomotricité pour les enfants polyhandicapés, le suivi par un psychologue ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les affections de longue durée (ALD) sont prises en charge à 100%, il y a une liste de 30 maladies. Il faut faire une demande, remplir un dossier auprès de la sécurité sociale, pour voir si le médecin reconnaît et accepte cette demande.

Il y a aussi des aides peu fréquentes : l'AME (Aide Médicale d'Etat), pour les gens en situation irrégulière...

Elle a eu un enfant pris en charge à 100% pour une myopathie, et elle trouvait que quelque chose n'était pas normal dans sa prise en charge. Et discrètement, la personne qui l'accompagnait qui faisait partie de l'AFM : Association Française contre les Myopathies) lui a dit que c'était un clandestin. Clandestins et pris en charge à 100% .....

## 3. L'appareillage

Il s'agit - D'**orthèses** pour les genoux par exemple qui viennent en aide en complément,

- De **prothèses** (pas prothèse totale de hanche, mais par exemple une prothèse d'amputé) = se substituent.

Il peut s'agir d'aide par matériel, adaptation architecturale etc...

Les **aides techniques**, leur prise en charge est très variable. En règle générale, il faut essayer d'être ingénieux, et que la personne puisse trouver la petite chose qui peut l'aider dans son entourage.

Elles peuvent être en partie financées en partie par les organismes de la sécurité sociale.

Et il y aura éventuellement une aide de la mutuelle (il faut avoir une mutuelle c'est important).

La sécurité sociale prend en charge 70% d'une hospitalisation, si on n'a pas de mutuelle, on doit payer les 30% restants.

La MDPH (Maison Départementale Pour le Handicap) a aussi une place dans le financement.

#### 4. Les aides à la personne

Par la MDPH, on a aussi les aides humaines à la personne.

Outre les infirmières et orthophonistes qu'on vous prescrit sur simple ordonnance, on peut avoir recourt à des associations ou à des auxiliaires de vie après dépôt d'un dossier auprès de la MDPH.

Le coût peut être très élevé d'autant plus si la durée est importante. Il existe des aides par le Conseil Général (CG), et par la MDPH, qui s'élèvent à plus de 10 000€ / mois !!!!

#### 5. Les finances

Il y a 3 classes d'invalidités :

- La 1<sup>ère</sup> catégorie : la personne peut travailler malgré son déficit / handicap.
- La 2<sup>ème</sup> catégorie : la personne ne peut pas travailler.
- La 3<sup>ème</sup> catégorie : la personne a besoin d'une tierce personne. 945,87€ / mois, avec ça, on ne va pas bien loin.

Les sommes allouées ne sont pas monstrueuses. Mais indirectement, on essaie d'avoir d'autres aides (humaines etc...).

*Pour une personne qui se retrouve en invalidité suite à un accident du travail et tombe en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie, il va gagner environ 900€, c'est moins que le SMIC.*

Il existe des financements, mais elle ne va pas rentrer dans les détails : APA (Allocations Personnalisées d'Autonomie) pour la personne de plus de 60ans. La MDPH avec des sommes qui peuvent être énormes, ne finance que jusqu'à 60ans. *Si on fait un AVC la veille de ses 60ans, on percevra des sommes monstrueuses, le lendemain de ses 60ans, on n'aura pas grand chose avec l'APA.*

*Elle a eu un patient de 80ans, qui avait eu une amputation des deux jambes et se déplaçait grâce à des prothèses et des cannes anglaises. Il avait une maison qui était inaccessible, et ne bénéficiait que de l'APA. C'était dramatique.*

*Ils ont pu prouver que l'amputation découlait de problèmes vasculaires et nerveux en rapport avec un diabète diagnostiqué à l'âge de 50ans, ce qui lui a permis de bénéficier de la MDPH et de pouvoir tout aménager chez lui.*

A retenir :

**Notion de la CIF :** on ne parle plus de handicap mais de participation et de fonctionnement. Il est important d'évaluer les patients pour savoir ce dont ils ont besoin. Le problème est de savoir qui doit évaluer, quand, comment, à quelle fréquence. C'est essentiellement la place du médecin de médecine physique.

La notion du concept de qualité de vie avec toutes ces échelles de qualité de vie qui se développent de plus en plus.

La complexité de cette notion et de cette prise en charge qui est pluridisciplinaire (le médecin de médecine physique va coordonner, l'ergothérapeute va visiter le domicile, l'assistante sociale va faire une étude des moyens).

*Il y a des progrès dans le ramassage des blessés, dans la prise en charge initiale, dans la réanimation et la rééducation.*

*Il y a des personnes qui vont vivre alors qu'ils n'auraient pas vécu il y a quelques années, mais avec des déficiences et un problème de désavantage social majeur, qui coutent à la société car il n'y a pas de structures adaptées donc il faut qu'ils retournent chez eux.*