Prescription de physiothérapie au cabinet médical

Le physiothérapeute est un acteur indispensable dans la prise en charge des patients souffrant de pathologies ostéo-articulaires. Après un bilan initial basé sur les indications du médecin prescripteur, il établit un diagnostic physiothérapeutique en termes de déficiences et d'efficiences. Il propose ensuite différentes techniques thérapeutiques, actives ou passives, et peut enseigner au patient des exercices à pratiquer chez lui. Cet article décrit les modalités de prescription pour le médecin, les principales techniques utilisées par le physiothérapeute et leurs indications dans les pathologies ostéo-articulaires courantes. Une collaboration étroite, par une communication régulière entre médecin prescripteur et physiothérapeute, est recommandée afin d'optimaliser la prise en charge du patient.

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1852-7

J.-L. Rossier
A. Zaninetti-Schaerer
O. Isoard Mateoiu
M. Dominicé Dao

Prescription of physical therapy by the physician
The physical therapist is an essential actor of the medical management of patients with osteo-articular problems. After an initial evaluation, based on the information provided by the prescribing physician, he provides a «physiotherapeutic diagnosis» in terms of deficiency. He then proposes a number of passive and active techniques and may teach the patient exercises to practice at home. This article outlines prescription information for the physician, describes the main techniques used by the physical therapist and makes prescription recommendations for common osteo-articular problems.

INTRODUCTION

Le but de cet article est d'offrir un guide au médecin de premier recours qui prescrit de la physiothérapie. Notre choix a été motivé par la fréquence élevée des problèmes ostéo-articulaires dans les consultations médicales, comme dans la pratique ambulatoire des physiothérapeutes. Plutôt que l'exhaustivité, nous souhaitons faire mieux connaître les modalités de collaboration avec les physiothérapeutes, les principales techniques utilisées pour le système musculosquelettique et leurs indications pour les pathologies ostéo-articulaires les plus fréquentes en cabinet. Il est important que le médecin prescripteur sache quels traitements privilégier pour des affections spécifiques, dans un souci de qualité, d'efficacité et d'économicité des soins. Dans cette optique, les contacts avec le physiothérapeute se doivent d'être étroits et collaboratifs.

COMMENT PRESCRIRE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE ?

Physioswiss propose un modèle de prescription largement utilisé, mais non obligatoire.[1] En effet, il n'y a aucune base légale pour imposer un modèle de «bon de physiothérapie» et le médecin peut donc prescrire de la physiothérapie sur le support qui lui convient le mieux, y compris une ordonnance.

Cependant, certaines indications sont indispensables sur le «bon» pour que l'assureur entre en matière pour le remboursement : a) le n° de concordat et les coordonnées du médecin prescripteur, b) la date de la prescription et le nombre de séances prescrites, c) l'identité et les coordonnées du patient, d) la ou les région(s) à traiter et e) le diagnostic succinct (tel que «lombalgie», «dorsalgie»). Le médecin peut indiquer le diagnostic médical précis sur une notification séparée destinée au physiothérapeute, afin de préserver le secret médical vis-à-vis de l'assureur.

La LAMal indique clairement les conditions de prise en charge de séances de physiothérapie. Le nombre maximum de séances par prescription est de neuf. Le premier traitement doit intervenir dans les cinq semaines qui suivent l'émission de la prescription, qui est valable trois mois. Au-delà de 36 séances, le médecin

conseil de la caisse maladie ou accident peut demander au médecin prescripteur de justifier par écrit la poursuite de la thérapie.[1] La LAMal ne prévoit pas l'accès direct à la physiothérapie, c'est le médecin qui la prescrit. Cependant, le patient est libre de choisir son physiothérapeute. Dans certains cantons (Genève en particulier), le physiothérapeute a le droit de traiter des patients en accès direct, mais le traitement n'est alors pas remboursé par l'assurance.

L'exercice de la profession de physiothérapeute dépend d'une autorisation de pratiquer cantonale. En raison d'un échec des négociations entre Physioswiss et Tarifsuisse SA (anciennement santésuisse), la convention tarifaire liant ces deux entités a été résiliée. A partir du 1er juillet 2011, les physiothérapeutes adressent leurs factures directement aux patients, selon le principe du tiers garant.

Le médecin prescripteur peut proposer des buts et des moyens de traitement, à titre indicatif. Néanmoins, la conception du traitement et la fréquence des séances sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du physiothérapeute. Le physiothérapeute décide donc de manière autonome quelles interventions il va mettre en œuvre pour atteindre l'objectif de traitement de la manière la plus efficace et la plus rentable possible, et négocie ces objectifs avec le patient.[1] Lorsqu'il y a divergence entre le médecin et le physiothérapeute, un contact téléphonique permet de convenir d'une stratégie de traitement commune et concertée.

La durée d'une séance peut varier mais, le plus souvent, elle est de 25 minutes. Le physiothérapeute n'a pas la possibilité de facturer du temps supplémentaire pour le suivi – obligatoire – du dossier, ni pour la rédaction d'un rapport aux médecins ou pour des contacts téléphoniques, voire des rencontres avec d'autres professionnels.

Les soins en physiothérapie sont classés par forfaits. Chacun de ces forfaits possède sa propre numérotation et sa propre valeur en points, valables pour toute la Suisse, mais la valeur en francs du point est attribuée par les autorités de chaque canton. Selon la complexité du cas et les comorbidités du patient, ou si du matériel spécifique (taping par exemple) est utilisé, un supplément peut être ajouté au traitement de base, ou des forfaits complexes peuvent être appliqués.

TRAVAIL DU PHYSIOTHÉRAPEUTE

Le physiothérapeute reconnaît un certain nombre de symptômes biomécaniques et fonctionnels comme consécutifs de problèmes réversibles ou irréversibles touchant son domaine de compétence, *la kinèse* (le mouvement), et se manifestant dans l'organisation neuromotrice, sensorielle, ostéo-articulaire ou des systèmes organiques internes de l'individu.[2] Le rôle du physiothérapeute est de rétablir, améliorer ou maintenir les fonctions corporelles et les capacités de l'individu au quotidien, en l'aidant à élaborer des stratégies pour faire face à des maladies chroniques ou aux conséquences d'un accident, y compris par l'éducation thérapeutique.[3] Il intervient en prévention secondaire, tertiaire et, de plus en plus, en prévention primaire. Le raisonnement clinique sous-tend la démarche physiothérapeutique, basée sur les preuves *(Evidence based practice)* tirées de la recherche appliquée en physiothérapie, dont émanent des directives/guidelines.[4]

L'Association suisse de physiothérapie propose de classer la profession en plusieurs champs professionnels : le système musculosquelettique (MSQ), neuromoteur et sensoriel/psyché et des organes internes et vaisseaux. Bien que le patient soit indivisible et l'approche physiothérapeutique éminemment holistique, nous allons ici traiter principalement du domaine MSQ, plus largement source de consultation dans le cadre des prescriptions en médecine de premier recours.

Le champ d'application MSQ en physiothérapie concerne la prise en charge des individus présentant des dysfonctions de mobilité, de force, d'état trophique des tissus de soutien (muscles, tendons, nerfs, ligaments, articulations) et les douleurs qui peuvent en découler, en tenant compte des activités du patient, de son environnement, de ses participations et de ses projets.

Le *diagnostic physiothérapeutique* est la synthèse de la démarche clinique, mettant en évidence les déficiences et efficiences du patient. La déficience est identifiée par le/la physiothérapeute sur la base d'informations obtenues à partir de l'histoire de la maladie, des symptômes et signes cliniques et des examens et tests que le physiothérapeute exécute ou demande.[5] A cette définition, on peut ajouter les dimensions de limitation d'activité et de restriction de participation résultant de cette déficience (ou vice-versa), des mécanismes pathobiologiques dominants et des descriptions des sources tissulaires potentiellement incriminées (figure 1).

En fonction du diagnostic physiothérapeutique, du patient et de son expérience, le physiothérapeute propose des objectifs de traitement et choisit les techniques adéquates pour améliorer les fonctions et les activités du patient.

TECHNIQUES PRINCIPALES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Une manière classique de répertorier les techniques en physiothérapie est la suivante :

- l'approche *active* d'une part, selon laquelle le patient doit jouer lui-même un rôle important dans sa récupération. Il doit prendre une part active à ses traitements : le renforcement musculaire, les étirements, la proprioception, la rééducation posturale, l'apprentissage moteur, les activités fonctionnelles et l'éducation thérapeutique sont au cœur même du plan de traitement. Les techniques actives se distinguent des *exercices prescrits* que le patient va pratiquer seul.
- L'approche *passive* d'autre part, qui inclut toutes les modalités de traitement que le physiothérapeute administre au patient : les mobilisations articulaires (mouvements physiologiques et mouvements accessoires) comme le Kaltenborn, Maitland, ou Sohier ; les massages, dont le massage transverse profond (MTP) ; les étirements musculaires, articulaires, neuroméningés ; les techniques de relâchement myofascial (points gâchettes ou «trigger points», etc. ; les agents physiques : électrothérapie (neurostimulateur transcutané ou TENS), ultrasons, ondes de choc extracorporelles) ; bandes adhésives (taping) rigide ou souple (K-taping), cryothérapie (glace), chaleur, etc.

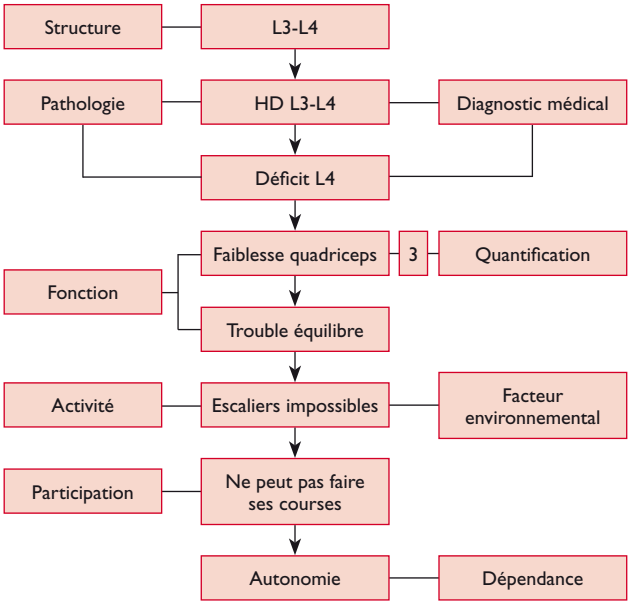

Figure 1. Diagnostic physiothérapeutique

Une **Hernie Discale (HD) L3-L4 (pathologie)** provoque une compression de la racine nerveuse de L4 **(structure)**, donc une atteinte des structures, avec un déficit moteur et sensitif des structures innervées par cette racine **(diagnostic médical)**.

Cela entraîne, entre autres, une faiblesse du quadriceps, cotée à 3 au testing **(quantification)**, ainsi qu'un trouble de l'équilibre, représentant les **déficiences (ou atteintes des fonctions)**.

La montée et descente d'escaliers deviennent impossibles sans appui des membres supérieurs **(limitations d'activité)**, or la personne a quelques marches sans rampe au bas de son immeuble **(facteur environnemental)**.

Une des répercussions en est l'impossibilité d'effectuer ses courses indépendamment et donc une perte de son autonomie **(restriction de participation)**.

Bandes adhésives rigides (tape classique)

Le taping est un moyen de contention. L'objectif principal est d'immobiliser une articulation ou restreindre un mouvement. Il peut donc s'utiliser pour : protéger une articulation faible ou lésée, favoriser la guérison ligamentaire, diminuer un œdème, etc.

Bandages adhésifs élastiques (actifs, kinésiotaping, K-taping)

L'utilisation de bandages adhésifs élastiques collants ayant les propriétés de la peau (poids, épaisseur, élasticité) va influencer la fonction articulaire, musculaire mais surtout circulatoire (veineuse, lymphatique), ainsi que les nocicepteurs (action neuro-proprioceptive) chez des patients sportifs ou non. Le physiothérapeute choisit les techniques d'application des bandes en fonction des buts thérapeutiques. Les objectifs principaux sont de favoriser et conserver le plus possible une mobilité indolore, d'améliorer la proprioception, ainsi que la circulation sanguine et lymphatique.[6]

Etirements et mobilisations neuroméningés

Comme les autres structures de l'appareil locomoteur, le système nerveux fonctionne dans un équilibre entre ses propres caractéristiques et les éléments qui l'entourent. L'allongement physiologique des nerfs peut être altéré par de nombreuses dysfonctions, perturbant la neurodynamique, et une douleur peut apparaître. La mobilisation du système neuroméningé est une technique qui permet d'envisager une amélioration des symptômes douloureux, notamment périphériques, qui peuvent se manifester lors des dysfonctions articulaires rachidiennes ou au niveau des membres. Même un sujet très algique pourra bénéficier de cette technique, du fait de la mobilisation le plus souvent à distance du lieu de la lésion.[7-9]

Proprioception

Il existe une proprioception consciente (statésthésie, kinesthésie) et une inconsciente (ajustements posturaux). Lors d'une activité, des effets de *feed-forward* (anticipation) et de *feed-back* (rétroaction) sont sollicités. La proprioception comprend les stimuli sensitifs, leur intégration et les réponses musculaires qui en découlent. Lors de déséquilibres, différentes sources sensorielles entrent en jeu. La rééducation proprioceptive, mise en jeu essentiellement par des exercices de déséquilibration, vise à privilégier certaines de ces sources en fonction des problèmes rencontrés et des objectifs définis.

Contrôle moteur/apprentissage moteur

Le contrôle moteur est la capacité du système nerveux central de réguler ou diriger les mécanismes essentiels au mouvement durant l'exécution d'activités finalisées. L'apprentissage moteur peut être défini comme une série de processus associés à la pratique ou à l'expérience, amenant à une acquisition ou une modification du mouvement. Il implique la participation complexe des systèmes de perception, de cognition et d'action, que la thérapie va solliciter en fonction des problématiques et des objectifs de rééducation.

Rééducation posturale

La rééducation posturale englobe plusieurs techniques (par exemple : Mézières), dont les principes de base se ressemblent. L'objectif principal est de demander au patient un travail actif par des postures et des respirations spécifiques, afin d'étirer des chaînes musculaires rétractées et de normaliser le tonus.

Mobilisations articulaires (physiologiques et accessoires)

Les mobilisations physiologiques consistent à faire bouger une ou plusieurs articulations dans leurs mouvements principaux. Elles peuvent être exécutées activement ou passivement.

Les mobilisations spécifiques consistent à faire passivement les mouvements accompagnants ou nécessaires au mouvement principal d'une articulation, par exemple par rotations, glissements, roulements, tractions, etc.

Ces mobilisations sont utilisées pour récupérer l'amplitude optimale d'une articulation, donc sa fonction. Elles ont aussi, voire surtout, des effets analgésiques via la stimulation de mécanorécepteurs ou grâce à la réduction de pression à l'intérieur de l'articulation ou sur une structure adjacente, mais aussi des effets neurovasculaires.

Tableau 1. Pathologies ostéo-articulaires fréquentes et indications physiothérapeutiques

Pathologies ostéo-articulaires	Techniques de physiothérapie
Tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule • *Avec conflit sous-acromial* • *En cas de tendinopathie calcifiante*	• Mobilisation gléno-humérale • Recentrage actif/passif de la tête humérale • Renforcement musculaire des muscles abaisseurs de l'humérus, des rotateurs, et des muscles de la scapula • Etirements musculaires • Reprogrammation neuromusculaire • *Recherche de voies de passage antalgiques* • *Ondes de choc*
Capsulite rétractile	• Mobilisation articulaire passive et active en travaillant toujours en dessous du seuil douloureux • Enseignement d'exercices de mobilisation progressive (pendule, etc.)
Cervicalgies non spécifiques	• Mobilisations articulaires passives du rachis cervical • Etirement des muscles courts extenseurs et renforcement des courts fléchisseurs, enseignement d'exercices • Travail proprioceptif et postural
Syndrome de l'angulaire de l'omoplate	• Massage transversal profond • Etirements musculaires passifs et actifs, enseignement d'exercices • Travail proprioceptif et postural
Lombalgies aiguës non spécifiques (< 6 semaines d'évolution)	• Pas d'indication à prescrire de la physiothérapie
Lombalgies chroniques non spécifiques (> 12 semaines)	• Mobilisations articulaires passives (lombaires, sacro-iliaques, hanche, thorax, etc.) • Renforcement musculaire de la sangle abdominale (obliques, transverse) • Etirement/renforcement des muscles spinaux, de la hanche (iliopsoas, fessiers, etc.) et des membres inférieurs (ischio-jambiers, droit antérieur, etc.) • Enseignement d'un programme d'exercices actifs • Rééducation posturale, proprioception (exercices sur un ballon) • Ecole du dos et conseils ergonomiques • CAVE: importance de la prise en charge multidisciplinaire
Coxarthrose	• Mobilisations articulaires en décoaptation de hanche • Relâchements et étirements musculaires (adducteurs, abducteurs, iliopsoas, rotateurs, etc.) • Renforcement musculaire ciblé
Périarthrite de hanche	• Massage transversal profond • Etirements musculaires (moyen fessier, pyramidal) actifs et passifs, enseignement d'exercices • Mobilisations articulaires des membres inférieurs, du rachis
Gonarthrose	• Etirement des chaînes musculaires postérieures (ischio-jambiers, gastrocnémiens, etc.) • Renforcement musculaire ciblé • Proprioception • Conseils sur l'activité physique (et la perte de poids)
Syndrome fémoro-patellaire	• Exercices de recentrage de la rotule • Renforcement musculaire ciblé (vaste médial) • Etirements des structures latérales • Taping • Electrostimulation
Tendinopathie du genou (patte d'oie, tenseur du fascia lata, etc.)	• Etirements musculaires ciblés • Taping • Massage transversal profond • Mobilisations articulaires passives
Fasciite plantaire	• Massage transversal profond • Etirement des chaînes musculaires postérieures • Renforcements musculaires du pied • Mobilisations articulaires passives des membres inférieurs • Ondes de choc en deuxième intention • Conseils sur l'activité physique (et la perte de poids)

Massage transversal profond (MTP)

Le massage transversal profond de Cyriax consiste à masser transversalement le tendon, le ligament et le muscle selon un rythme et une intensité de pression constants, au moyen d'un ou plusieurs doigts, jusqu'à diminution de la douleur locale.

Les principales indications sont les pathologies tendineuses, ligamentaires, musculaires non métaboliques, entrant dans un cadre sportif ou de geste répétitif, provoquant une douleur à la contraction isométrique pour le tendon, à l'étirement pour le muscle et le ligament.

Points gâchettes *(trigger points)*

Les points gâchettes sont les conséquences d'une contracture des fibres musculaires. Il se forme alors des points de tension à l'intérieur des muscles, pouvant entraîner la contracture du muscle tout entier. Les points gâchettes se traduisent par des nodules palpables au niveau des muscles. La thérapie consiste à appliquer des pressions selon un protocole bien précis, avec pour effet, la détente du muscle et la restauration de la mobilité.

INDICATIONS POUR LES PATHOLOGIES OSTÉO-ARTICULAIRES LES PLUS COURANTES

Le tableau 1 présente les indications des différentes techniques de physiothérapie pour les pathologies ostéo-articulaires communément rencontrées en médecine de premier recours. Ce tableau est basé sur des recommandations d'experts et sur la littérature disponible.[10-15]

CONCLUSION

Quelle que soit la technique de physiothérapie employée, celle-ci ne peut être pleinement efficace que si le patient adhère à son traitement et y participe activement. Il est important que le médecin prescripteur explique à son patient quel type de traitement il va recevoir, dans quel but, et qu'il l'avertisse si ce traitement est douloureux (MTP, ondes de choc). Il joue ainsi un rôle important pour motiver son patient à pratiquer régulièrement les exercices enseignés par le physiothérapeute. Un contact téléphonique avec ce dernier permet de préciser les objectifs spécifiques de la prescription en début de traitement. De même, un retour du physiothérapeute sur le traitement employé, les effets obtenus et la poursuite de la thérapie, permet au médecin de mieux planifier le suivi du patient. Une collaboration étroite entre le médecin et le physiothérapeute est donc indispensable à une optimalisation de la prise en charge des patients. ■

Remerciements

Nous remercions chaleureusement M. Jacques Guillermin pour sa lecture attentive et critique du manuscrit et pour la figure 1 qu'il nous a gracieusement fournie.

Implications pratiques

- Les prestations de physiothérapie font partie des prestations de base de la LAMal, et leurs conditions de remboursement sont précisément établies
- Le médecin indique au physiothérapeute le diagnostic médical et peut proposer des buts et moyens de traitement sur sa prescription. Le physiothérapeute va établir son propre diagnostic physiothérapeutique avant d'élaborer avec le patient son plan de traitement
- Une collaboration étroite entre médecin prescripteur et physiothérapeute est essentielle pour assurer une prise en charge optimale du patient, et doit respecter le secret médical

Adresses

Drs Anne Zaninetti-Schaerer, Oana Isoard Mateoiu et Melissa Dominicé Dao
Service de médecine de premier recours
Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences
HUG, 1211 Genève 14
anne.zaninetti@hcuge.ch
oana.isoard@hcuge.ch
melissa.dominice@hcuge.ch

Jean-Luc Rossier
Haute école de santé
Filière physiothérapie
Rue des Caroubiers 25
1227 Carouge
jean-luc.rossier@hesge.ch

Dr Anne Zaninetti-Schaerer
Av. Industrielle 1
1227 Carouge

Bibliographie

1 ** Site de l'Association suisse de physiothérapie. www.physioswiss.ch
2 Dunant J. Concept professionnel physiothérapie, 1994. (données non publiées, communiquées par l'auteur).
3 Huber O, Monin D, Paillex R. et al. La physiothérapie en mutation. Société suisse pour la politique de santé. Physioswiss.
4 PEDro (Physiotherapy evidence based data base) www.pedro.org.au/
5 Sahrmann S. Diagnosis by the physical therapist – a prerequisite for treatment. Physiotherapy 1988;68: 1703-6.
6 Kerkour K, Meier JL. Bandages adhésifs élastiques de couleur: description et application pratique. Rev Med Suisse 2009;5:1560-3.
7 Shacklock M. Neurodynamics. Physiotherapy 1995; 81:9-16.
8 Paillat B. Etirements neuroméningés. Kinésithérapie Scientifique 2003;437:47-52.
9 Buttler D, Gifford L. The concept of adverse mechanical tension in the nervous system. Physiotherapy 1999;75:622-9.
10 Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev 2003;(2):CD004258.
11 Harris GR, Susman JL. Managing musculoskeletal complaints with rehabilitation therapy: Summary of the Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on musculoskeletal rehabilitation interventions. J Fam Pract 2002;51:1042-6.
12 * Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American college of physicians and the American pain society. Ann Intern Med 2007;147: 478-91.
13 * French HP, Brennan A, White B, Cusack T. Manual therapy for osteoarthritis of the hip or knee – a systematic review. Man Ther 2011;16:109-17.
14 Fagan V, Delahunt E. Patellofemoral pain syndrome: A review on the associated neuromuscular deficits and current treatment options. Br J Sports Med 2008;42: 789-95.
15 ** Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. N Engl J Med 2004;350:2159-66.

* à lire
** à lire absolument