

RÉÉDUCATION

D'autres accords avec son corps

DOSSIER

OBJECTIFS

24 Conjuguer autonomie et projet de vie

PARCOURS DE SOINS

27 Des étapes à choix multiples

QUI FAIT QUOI ?

30 À chaque praticien, ses compétences

LE CHOIX DU KINÉSITHÉRAPEUTE

32 « Mieux vaut qu'il ait un intérêt pour le handicap concerné et en connaisse les spécificités. »

NOUVELLES TECHNOLOGIES

34 Prolonger le travail des rééducateurs

REMBOURSEMENTS

36 Attention aux restes à charge

PROCHAIN DOSSIER

Protéger ses proches après sa mort

Objectifs

Conjuguer autonomie et projet de vie

Sa définition en fait "l'action de traiter un malade afin de rétablir chez lui l'usage normal d'une fonction ou d'un membre". Mais avec un handicap ou une maladie invalidante, la rééducation sert avant tout à retrouver ou conserver son indépendance. De manière à mieux appréhender son futur projet de vie.

Pourquoi se rééduquer ? La réponse dépend généralement de difficultés éprouvées et/ou d'objectifs fixés. Mais il est des cas où la rééducation demeure une évidence. Après un accident ou de la chirurgie, par exemple. Son but ? Aider à récupérer au plus vite et au mieux les fonctions de l'organisme ayant pu être affectées : motrices, cognitives ou neuro-végétatives, c'est-à-dire touchant les organes internes (système vasculaire, température corporelle, sphère urogénitale, etc.).

Restaurer les fonctions touchées

C'est grâce à une rééducation précoce utilisant la plasticité cérébrale pour créer de nouvelles routes remplaçant celles endommagées que la victime d'un AVC, par exemple, pourra retrouver l'usage de ses membres si elle est devenue hémiparétique. Ses capacités cognitives – mémoire, langage, apprentissage, etc. – également. L'héminégligence, sorte d'"oubli" de la moitié de son environnement, allant souvent de pair avec l'hémiplégie dans ce type d'accident.

De son côté, c'est en travaillant sur les réflexes et la force de son moignon qu'une personne amputée se donnera les moyens d'un bon équilibre ultérieur. Une phase de préparation importante car la force et

les amplitudes articulaires permettront de lui éviter de boiter.

Pour le blessé médullaire, paraplégique ou tétraplégique, la rééducation initiée va également chercher à récupérer des capacités motrices, en fonction de la situation – lombaire, dorsale ou cervicale – de la lésion et de son étendue, complète ou non. Les circuits dérivatifs étant moins nombreux au niveau de la moelle que dans le cerveau. En parallèle d'une rééducation spécifique pour gérer les troubles vésico-sphinctériens.

Accompagner la croissance

Pour les enfants, la rééducation revêt un autre enjeu : leur permettre de grandir de la manière la plus harmonieuse possible. Un véritable challenge pour certains, notamment ceux atteints de paralysie cérébrale (PC). Pour eux, il s'agit, dès le plus jeune âge, d'éviter de s'approprier un schéma psychomoteur pathologique, à savoir la représentation de leur corps et de son fonctionnement. De limiter, ensuite, les problèmes qui, du simple fait de la croissance, s'ajouteront à des anomalies primaires entravant le mouvement – mauvaise organisation musculaire, déficit de la commande, troubles du tonus.

En effet, le squelette grandit et tire sur des muscles qui résistent.

Du fait d'une asymétrie entre muscles agonistes et antagonistes, cette traction s'exerce de travers et risque de conduire à des rétractions musculaires et des déformations osseuses. Si rien n'est fait, la situation peut encore se compliquer et entraîner une perte d'efficacité du mouvement, accompagnée d'une dépense accrue d'énergie pour le réaliser. Les rééducateurs vont donc accompagner ces enfants tout au long de leur croissance pour qu'ils utilisent au mieux leurs membres, avec de l'amplitude et de la force.

Lutter contre la spasticité

La spasticité, caractérisée par une augmentation du tonus musculaire – muscles contractés trop fort au repos, de manière trop intense à la moindre sollicitation ou de façon répétée sans pouvoir s'arrêter – s'avère courante dès qu'il y a une atteinte cérébrale ou médullaire. Elle se retrouve donc chez des personnes ayant fait un AVC, ayant eu un traumatisme crânien, chez les enfants atteints de PC, les paraplégiques et tétraplégiques mais aussi les





© Fotolia

En rééducation, le projet individualisé se construit à partir d'une discussion entre l'équipe rééducatrice, le patient et sa famille. L'idée étant de définir des objectifs prioritaires.

De nouvelles méthodes pour moins de douleurs chez les enfants

L'idée était assez répandue : si cela fait mal, c'est que c'est efficace. À tel point que même les enfants avaient fini par l'intégrer. Mais au tournant des années 2010, focus sur leur ressenti. Une étude de 2012, menée par le CHRU de Brest avec le Centre de rééducation Kerpape, a ainsi mis en évidence que chez ceux atteints de paralysie cérébrale, la principale source de douleurs était... les étirements pratiqués en séance de kinésithérapie. Pourquoi faire mal ?

Les rééducateurs sont donc tournés aujourd'hui vers d'autres pratiques, plus motivantes. « Plus fun », selon le Pr Sylvain Brochard, MPR pédiatrique au CHRU de Brest et à la Fondation Ildys, pour qui l'engagement moteur s'obtient en procurant du plaisir. Utiliser en séance toutes les ressources possibles, des plus simples, comme la trottinette, le skate, les ballons, les jeux de manipulations, aux plus modernes, jeux vidéo et robotique...

Le meopa, gaz antalgique et anxiolytique, s'utilise toujours en centre de rééducation mais sur des indications particulières comme le post-opératoire quand l'enfant a déjà vécu le stress de l'intervention chirurgicale. Ou pour les injections de toxine botulique que les rééducateurs essaient de rendre le moins traumatisantes possibles. Pratiquées avec tout un rituel, de la "crème magique" et parfois éventuellement de l'hypnose aux Hôpitaux de Saint-Maurice, en région parisienne ou à l'aide d'une tablette avec laquelle le patient "se venge" de son soignant en réalité virtuelle au Centre des Massues à Lyon.

personnes souffrant de sclérose en plaques. Là, elle touche surtout les membres inférieurs, gênant ainsi les déplacements et donnant parfois une démarche un peu robotique.

Si la spasticité constitue la principale cause de rétractions musculaires, parfois sévères, elle n'est pas la seule. Rester alité(e), par exemple, laisse les muscles dans une situation très inégalitaire. Si aucune autre position n'est adoptée, les jambes repliées par exemple, les muscles vont raccourcir et les cartilages s'amincir.

Or, dans le traitement de la spasticité, si la pharmacologie – baclofène, injections de toxine botulique... – est bien présente, comme parfois la chirurgie, ce sont surtout la kinésithérapie et l'ergothérapie qui amélioreront la situation. Avec des étirements et un travail sur la commande volontaire de la motricité.

Réduire les douleurs

La rééducation trouve aussi sa place dans la prise en charge des douleurs. Celles résultant de mauvaises positions, comme un mal de dos ou dans les épaules. Mais aussi les douleurs neuropathiques ressenties par les blessés médullaires, les personnes atteintes de sclérose en plaques, les victimes d'AVC et de traumatismes crâniens. Fourmillements, décharges électriques, sensations d'étau..., ces douleurs se soulagent difficilement. Les massages, les mobilisations nerveuses et articulaires, les ultra-sons, des traitements par le chaud et le froid agissent en complément de la pharmacologie.

Pour les personnes amputées, souvent victimes de douleurs fantômes, une thérapie par le miroir peut être proposée. Dans l'optique de faire travailler de nouveau les zones qui commandaient le mouvement

du côté amputé et y canalisaient la douleur.

Prévenir des complications

C'est par l'action que nous maintenons notre structure physique. Le mouvement permet la dilatation des vaisseaux, la minéralisation des os et l'entretien des cartilages. Dès lors que la verticalité s'avère impossible ou, à défaut, une position assise stable, les fonctions vitales, rénales, cardiaques se trouvent menacées. La rééducation a donc également pour but de prévenir des complications.

Chez les personnes paraplégiques et tétraplégiques, cette prévention passe par celle des escarres, lésions résultant d'un arrêt de la microcirculation sanguine. Une escarre peut se constituer vite, s'infecter et nécessiter un traitement lourd qui entraînera un alitement prolongé. ▶▶▶



Agir au cas par cas

En rééducation, il n'y a pas de réponse unique. C'est toujours du cas par cas et le projet, individualisé, se construit à partir d'une discussion entre l'équipe rééducatrice, le patient et sa famille. L'idée étant de définir des objectifs prioritaires. Or, ils ne sont pas toujours partagés.

Ainsi, cet homme victime d'un accident de plongée a-t-il très mal vécu « l'obsession pipi-caca » des

soignants quand lui, paraplégique incomplet, voulait travailler au maximum sur la récupération motrice.

Autre exemple, celui de cette musicienne qui, à la suite d'un AVC, est restée hémiplégique. Difficile pour elle de parvenir à une récupération optimale de sa main et de trouver, en libéral, des kinésithérapeutes suffisamment spécialisés pour la faire progresser.

Les massages, les mobilisations nerveuses et articulaires, les ultra-sons, des traitements par le chaud et le froid agissent en complément de la pharmacologie pour soulager les douleurs. Celles résultant de mauvaises positions, celles neuropathiques ou les fourmillements, décharges électriques, sensations d'étau.

L'objectif de la rééducation, au final, étant de permettre aux personnes de vivre au plus près de leurs aspirations, au maximum de leurs capacités. ▀

par Corinne Manoury

Vers des pratiques validées par les preuves ?

En France, en matière de rééducation, des guides de bonnes pratiques sont édités par des sociétés savantes, Sofmer (Société française de médecine physique et de réadaptation) et Cofemer (Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation). Une sorte de médecine qui s'appuie sur les "éminents".

Mais dans un contexte international de médecine basée sur les preuves, des études contrôlées se développent. En ce qui concerne la paralysie cérébrale et la rééducation fonctionnelle, une grande enquête nationale a ainsi été lancée par la Fondation paralysie cérébrale pour faire un état des lieux des pratiques et recenser les besoins et attentes des patients et de leur famille.

Quelle différence entre rééducation et réadaptation ?

La rééducation s'appuie sur le travail et contient une notion de progrès. Avec recherche de la récupération de l'amplitude et de la force.

La réadaptation, elle, consiste à permettre à la personne de retrouver la meilleure autonomie dans son environnement. À apprendre à faire avec ce qu'elle a. C'est en grande partie le travail de l'ergothérapeute qui va évaluer et prendre en charge les difficultés de la vie quotidienne avant de préconiser des aménagements. S'occuper également de la gestion des médicaments, en trouvant des solutions comme des alarmes pour les personnes atteintes de troubles de la mémoire. La réadaptation, c'est aussi, et surtout, trouver les aides techniques et se les approprier, qu'il s'agisse de manier un outil pour éplucher une pomme ou d'apprendre à maîtriser un fauteuil roulant.

Rééducation et réadaptation peuvent se faire en parallèle. Mais l'objectif final du cumul des deux reste bien de parvenir à la meilleure réinsertion sociale et professionnelle.

Des étapes à choix multiples

Aujourd'hui en France, le système de santé tente de tisser autour de chaque patient une offre qui lui correspond au fil de l'évolution de ses besoins.

La porte d'entrée dans le parcours de rééducation est parfois les urgences. Une blessure médullaire, un accident vasculaire cérébral (AVC), un traumatisme... Le parcours initial est rapidement fléchi, notamment grâce à ViaTrajectoire, un outil informatique permettant aux hôpitaux d'orienter les patients dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) adaptés à leurs besoins, disponibles et les plus proches de leur domicile.

Mais bien d'autres bornes d'entrée existent pour celles et ceux ayant des besoins en rééducation au long cours et connaissant des phases de décrochage et des reprises. Par exemple, les personnes paraplégiques souhaitant revoir transferts ou positionnement au fauteuil ou celles atteintes d'une maladie évolutive comme la sclérose en plaques (Sep). Pour ces dernières, repérer les voies d'accès à la rééducation s'avère primordial. Trop souvent, à moins de faire une grosse poussée, elles s'adaptent seules aux séquelles. « Jusqu'à être adressées par leur médecin traitant alors qu'elles ne bougent plus de leur fauteuil », témoigne Anne Avale, cadre supérieur du pôle SSR adultes et du pôle plateaux ressources rééducation réadaptation dans et hors les murs des Hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne).

Face à des douleurs, des difficultés, il faut toujours pouvoir analyser les besoins. Le médecin traitant, le neurologue ou un

rééducateur peuvent bien sûr réorienter une personne vers un nouveau parcours de rééducation. Mais mieux vaut un suivi régulier – annuel pour l'adulte, tous les six mois pour l'enfant – avec son médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR).

Une personne peut être réorientée vers un nouveau parcours de rééducation par son médecin traitant, le neurologue ou un rééducateur. Mais pour intervenir au plus près de ses besoins, mieux vaut un suivi régulier avec son médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR).

L'hospitalisation complète en SSR

Dans le cas de séquelles importantes d'un traumatisme crânien, d'un AVC (hémiplégie avec déficit moteur empêchant la marche et difficulté d'élocution, par exemple), d'une blessure médullaire, les premiers temps de la rééducation peuvent être longs et nécessiter une hospitalisation complète en Soins de suite et de réadaptation (SSR).

À l'hôpital ou à la clinique, tous les rééducateurs sur place



© Fotofilia

▶▶▶ répondent aux besoins. Ils se connaissent et coordonnent leur travail sous l'autorité du médecin de MPR. Un plateau technique adapté au type de pathologie s'y trouve. Tous les bilans sont réalisés et le projet personnalisé de soins (PPS) construit avec le patient afin de préparer le retour au domicile ou en milieu spécialisé. La rééducation s'axe souvent sur la stimulation – motrice, sensorielle, cognitive. Idéalement, le projet de soins précise une date prévisionnelle de sortie d'hospitalisation et les relais envisagés, privés ou publics (hospitalisation à domicile, HAD, hôpital de jour, HDJ ou prise en charge par des libéraux en ville), comme les aides techniques et humaines nécessaires.

Avant le retour définitif à la maison, des sorties ou permissions thérapeutiques sur une journée ou un week-end sont toujours organisées pour que la personne expérimente ses progrès dans son environnement habituel. Le milieu hospitalier reste irréel : le repas est servi, la personne lavée et l'espace exigü. Revenir chez soi permet de mieux appréhender ses éventuels besoins en aides techniques

Privilégier les filières spécialisées

Il existe en France une offre de soins de qualité en MPR pédiatrique et adulte mais encore parfois hétérogène, mal structurée et, surtout, opaque pour l'utilisateur ne sachant pas qui contacter.

Or, il existe des filières spécialisées permettant de bénéficier de consultations, établissements, plateaux techniques, services et professionnels spécialisés. S'adresser à des réseaux et associations peut aider à trouver la juste filière de proximité susceptible d'offrir la prise en charge la plus adaptée.

et humaines ou les progrès de rééducation à accomplir.

L'hôpital de jour ou de semaine

L'hôpital de jour (HDJ ou HJ) ou de semaine peut être proposé comme transition entre une hospitalisation complète et un relais en ville. Par exemple lorsque la personne assez autonome peut vivre chez elle mais a encore d'importants besoins en rééducation ne pouvant

pas être satisfaits par des libéraux en ville. Ce, soit parce qu'il faut un plateau technique spécialisé, soit faute de libéraux ayant les compétences spécialisées nécessaires ou simplement accessibles, ou encore lorsqu'une coordination avec le projet de réadaptation s'avère nécessaire.

Il peut également être proposé pour des personnes à domicile. « La prise en charge hospitalière, le fait de revenir à une rééducation soutenue et pluridisciplinaire, avec des objectifs redéfinis, ainsi que revoir du monde à l'extérieur de chez soi reboostent », explique Florence Colle, chef du service de MPR à l'Hôpital Sainte-Anne (Paris).

L'hospitalisation à domicile

Lorsque la personne vit chez elle mais garde une dépendance telle qu'un suivi en HDJ ou avec des libéraux en ville n'est pas envisageable, des équipes d'hospitalisation à domicile (HAD) de rééducation se déplacent à domicile. Elles la font travailler jusqu'à ce qu'elle puisse aller jusqu'au cabinet d'un rééducateur en ville. C'est le cas, par exemple, aux Hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne). Elles se distinguent des équipes mobiles SSR qui se déplacent

seulement pour évaluer les besoins en réadaptation, dans l'environnement de la personne, faire des préconisations ou finaliser une intervention comme la livraison d'un fauteuil roulant. Mais ce type d'offre reste rare en France.

Dans certaines filières (AVC, traumatismes crâniens, enfants), il existe des équipes mobiles venant en appui des professionnels libéraux ou des professionnels dans les établissements. Ainsi, à Limoges (Haute-Vienne), l'équipe Hémipass vérifie les besoins à domicile ou, pour un traumatisé crânien, la bonne adaptation du poste de travail en milieu professionnel. Aux Hôpitaux de Saint-Maurice, l'équipe Cecoia intervient, quant à elle, en Foyer d'accueil médicalisé (Fam) ou Maison d'accueil spécialisée (Mas) pour assurer la jonction avec l'Institut médico-éducatif (IME) et maintenir le lien entre le sanitaire et le médico-social.

Le suivi en libéral en ville

Lorsqu'une personne a peu de séquelles ou lorsqu'il s'agit





© Fotolia

S'adresser à des réseaux et associations peut aider à trouver la juste filière de proximité susceptible d'offrir la prise en charge la plus adaptée.

d'entretenir les acquis de la rééducation initiale, de prendre en charge les aspects chroniques d'un handicap, comme les rétractions, la douleur alors que la personne est devenue autonome, le suivi se fait en ville avec des rééducateurs libéraux.

La rééducation doit être prescrite par un médecin (traitant, de MPR, neurologue...). Cette prescription doit indiquer ses objectifs mais le rééducateur a la liberté de choix des moyens pour amener la personne à les atteindre : tant la durée des séances que leurs fréquence et contenu.

En théorie, en ville, la personne a une plus grande liberté de choix du rééducateur qu'à l'hôpital – du moins pour ceux remboursés par la Sécurité sociale (lire pages 36-37). En pratique, certaines régions manquent cruellement de professionnels et le choix est tout aussi contraint. Cette prise en charge en ville peut parfois se faire à domicile.

Les courts séjours, accueils temporaires, vacances rééducatives

Les courts séjours ou les accueils temporaires en SSR ou en établissements médico-sociaux représentent un dernier volet des parcours possibles de rééducation.

Des établissements de SSR pédiatriques proposent notamment des accueils sur les vacances scolaires, alliant programme de rééducation global et activités éducatives et ludiques. Elles représentent une opportunité pour travailler sur la participation sociale et l'accès aux loisirs et entrent dans le cadre du droit au répit pour les familles/aidants. ▶

par Adélaïde Robert-Géraudel

Éviter la rupture

Dans l'enfance, la rééducation représente une occupation quotidienne ou presque. L'enfant est cocooné, se plie docilement à la contrainte. À l'adolescence, cela se complique. Une envie d'être davantage comme les autres, un ras-le-bol du carcan rééducatif : lassitude et abandon guettent. En cas de rupture de parcours, le médecin traitant peut remettre l'adolescent, comme l'adulte, dans le circuit de soin. Les familles doivent donc s'appuyer sur ce relais indispensable.

Si l'adolescent poursuit son parcours, il est confronté, vers 18-19 ans, au passage obligé vers les services d'adultes, moins spécialisés. Un adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale, suivi jusque-là dans une structure spécialisée dans l'IMC/PC (paralysie cérébrale), peut ainsi se retrouver dans un service de neurologie générale qui lui semblera moins familier. Néanmoins, depuis quelques années, des consultations relais associant le médecin pédiatre et le futur spécialiste correspondant chez l'adulte facilitent cette transition. Là encore, il est important que les familles en demandent l'accès.

TÉMOIGNAGE

« J'ai choisi des professionnels libéraux avec la particularité de faire de la neurologie. »

Thomas, 28 ans, victime d'une rupture de malformation artériovoineuse en 2013.

« Les conséquences de mon accident ont été une hémiplégié touchant les membres supérieurs et inférieurs. Ma jambe a récupéré à 95 %. Pour mon bras gauche, cela a été plus compliqué au niveau de la main et du poignet. Il n'y a maintenant plus que les doigts à réveiller. Mais je suis resté un an sur l'ouverture du pouce. J'ai aussi beaucoup travaillé en contrainte induite. Le bras fonctionnel est immobilisé dans une écharpe pour n'utiliser que l'autre.

Aujourd'hui, je n'ai plus que des séances de kinésithérapie quotidiennes. J'ai choisi des professionnels libéraux avec la particularité de faire de la neurologie. Et pour ne pas me lasser, j'en ai pris quatre pour que chacun m'accompagne sur des points spécifiques : le poignet, les doigts, la jambe et de manière globale. Dans ce dernier cas, mon corps se retrouve dans des situations compliquées pour faire des choses précises. Par exemple, être à quatre pattes, lever une jambe et le bras opposé, regarder l'horloge et ouvrir la main. »

propos recueillis par Corinne Manoury

Qui fait quoi ? À chaque praticien, ses

Médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien... les professionnels de la rééducation ne se subdivisent pas par fonction ou organe comme les médecins. Ils ont chacun leur approche et leur domaine.

Pour mener à bien votre rééducation, vous pouvez faire appel à un seul rééducateur mais le plus souvent nécessiter un suivi pluri-professionnel, coordonné par un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), afin de vous assurer une prise en charge complète. Ces professionnels paramédicaux mettront en œuvre des moyens complémentaires pour vous aider à atteindre vos objectifs inscrits dans votre projet personnalisé de soins (PPS). Ils dépendent de vos priorités et de l'expertise globale que les rééducateurs ont de vos besoins.

Le médecin de MPR : la pierre angulaire de la rééducation

Dr Florence Colle, chef du service de MPR à l'Hôpital Sainte-Anne, Paris*.

« Le médecin de MPR est le généraliste du handicap. Il accompagne les patients en phase subaiguë, en phase chronique ou lors de nouveaux événements. Par exemple, ceux atteints de sclérose en plaques qui nécessitent une réintensification de leur mode de rééducation lors d'une poussée. Il analyse les déficiences et la perte d'autonomie sur tous les aspects, qu'ils soient cognitifs ou moteurs. En prenant le plus possible en compte les patients dans leur environnement social et professionnel.

Il travaille en partenariat avec de nombreux acteurs, comme les neuro-orthopédistes si la spasticité a entraîné des rétractions nécessitant des interventions chirurgicales, les orthésistes pour l'appareillage, les médecins du travail lors de la reprise de l'activité, etc.

Il intervient auprès des malades mais aussi de leurs proches si les patients sont d'accord. C'est cette prise en charge du patient dans toutes ses dimensions et cette nécessité de garder à l'esprit l'espoir à proposer qui m'ont séduite dans ce métier. »

L'ergothérapeute : le pragmatisme au service du quotidien

Marion Lemaire, service HAD de réadaptation de l'Hôpital Sainte-Anne, Paris.

« En tant qu'ergothérapeute, je propose au patient une rééducation dans son environnement et autour des actes de sa vie quotidienne. Toilette, habillage, prise et préparation des repas, courses mais aussi loisirs, prise des traitements... Au départ, j'évalue son autonomie dans son cadre de vie et j'analyse l'origine de ses difficultés. Ainsi, si une personne ne réussit pas à ouvrir une bouteille, je regarde si c'est par manque de force ou parce qu'elle se perd dans les étapes : dévisser la bouteille, la prendre, la porter à sa bouche, la reboucher, la reposer. Si c'est le cas, je vais

répéter le mouvement jusqu'à ce qu'il redevienne un automatisme. Si ce n'est pas possible, je lui propose des astuces et j'évalue son besoin en aide technique ou humaine.

C'est ce caractère pragmatique dans les problématiques du patient qui me plaît. Le fait de trouver des solutions de manière extrêmement concrète – le bon positionnement au lit ou au fauteuil pour éviter les douleurs, par exemple – en tenant compte des habitudes et exigences de vie de la personne et de son entourage. »

Le kinésithérapeute : une approche variée et globale

Elena Melgosa Sierra, service de MPR de l'Hôpital Sainte-Anne, Paris.

« Le kinésithérapeute est sollicité pour des interventions très variées. À l'hôpital, je m'occupe surtout de personnes ayant eu un AVC. Je les accompagne, au rythme d'une séance de quarante minutes par jour, pour qu'elles récupèrent le maximum d'autonomie afin de repartir chez elles dans les meilleures conditions. Je travaille sur les transferts (allongé/assis, assis/debout, du lit au fauteuil...), la marche, le contrôle postural. Je fais de la stimulation neuromotrice pour retrouver le contrôle moteur perdu.

C'est un travail varié et global, loin de se réduire à des massages. Il comprend une part d'accompagnement psychologique, notamment pour l'acceptation des séquelles.

En ville, le kinésithérapeute prend le relais. En phase plus chronique, il peut aussi travailler l'entretien de la mobilité articulaire, le renforcement

* Au moment de la réalisation de ce dossier.

DICO+

Aphasie : trouble du langage allant de la difficulté de trouver ses mots à une perte totale de la faculté de s'exprimer.

compétences

musculaire, pour prévenir rétractions et enraidissements. Chaque kinésithérapeute a ses techniques, ses outils et adapte sa prise en charge au patient. »

L'orthophoniste : pas seulement pour le langage

Anaëlle Manteaux, service de MPR et de HAD de l'Hôpital Sainte-Anne, Paris.

« Le rôle de l'orthophoniste est de travailler la déglutition

la communication, l'attention, la mémoire ou les fonctions exécutives permettant, par exemple, de s'adapter à une situation nouvelle ou d'inhiber certains comportements. J'exerce notamment avec des patients aphasiques. Je cherche à restaurer leur langage oral lorsque c'est possible ou à communiquer autrement. Ainsi, je peux les inviter à désigner sur une planche de communication des pictogrammes, des photos ou des mots selon ce qu'ils parviennent à utiliser. J'interviens auprès de la personne et, autant que possible, de son entourage afin de choisir les items les plus pertinents lors des échanges au quotidien.

Accompagner les patients et leurs proches, les aider à trouver des solutions concrètes pour mieux communiquer, par exemple, est une des richesses de mon métier. »

La psychomotricienne : l'équilibre bien-être

Laetitia Pavlowski, cabinet libéral, Vélizy-Villacoublay (Yvelines).

« En libéral, mes patients me sont envoyés souvent par des généralistes ou des neuropédiatres. Des enfants prématurés me sont aussi

adressés par le réseau de périnatalité Maternité en Yvelines et périnatalité active (Mypa) et le réseau pédiatrique du Sud-Ouest francilien (Psof). Après l'entretien d'accueil permettant d'initier la relation thérapeutique, je réalise un bilan psychomoteur et j'établis le projet thérapeutique.

Mon approche est la plus globale possible. En effet, je cherche à retrouver un équilibre entre le bien-être moteur, psychique et relationnel. Chez un enfant

avec un handicap moteur, j'essaie de lui faire prendre du plaisir à bouger. Je vais utiliser ses centres d'intérêt ou son imaginaire pour créer des jeux de ballons ou un parcours adaptés. Si son corps est douloureux, je vais favoriser le plaisir sensoriel. Par la médiation corporelle, le jeu, je vais aussi travailler la confiance et l'estime de soi. »

par Adélaïde Robert-Géraudel



Afin de vous assurer une prise en charge complète, vous pouvez exiger un suivi pluri-professionnel, coordonné par un médecin de MPR.

TÉMOIGNAGE

« La rééducation me permet de retrouver une certaine stabilité. »

Philippe, 50 ans, atteint de sclérose en plaques.

« Je n'ai pas eu besoin de rééducation avant 2016, année où j'ai été licencié. Je me déplaçais sans canne et peu de personnes connaissaient mes problèmes de santé. Mais quand j'ai dû retrouver du travail, ma sclérose en plaques a progressé. Ma marche, mon élocution et mes capacités cognitives en général se sont dégradées. Mon neurologue m'a prescrit un bilan : j'ai eu le choix entre un suivi en centre de rééducation ou des praticiens libéraux. J'ai opté pour la deuxième solution.

Je vois un kinésithérapeute deux fois par semaine. Les séances dépendent un peu des humeurs de chacun. Il s'agit de massages, d'étirements, de travail sur les postures pour l'équilibre. Il me donne aussi des conseils pour travailler à la maison. La rééducation est vraiment utile et me permet de retrouver une certaine stabilité. Je me rends aussi chez un orthophoniste une fois par semaine. Nous travaillons la parole, la mémoire. Je réapprends à faire les choses simplement et une à la fois. »

propos recueillis par Corinne Manoury

Le choix du kinésithérapeute

« Mieux vaut qu'il ait un intérêt concerné et en connaisse les

Le kinésithérapeute est là pour que vous atteigniez les objectifs de votre projet de soins. Il a pour cela toute liberté de moyens. Mais à qui confier sa rééducation ? Éclairages du Dr Julia Hamonet-Torny, médecin de médecine physique et de réadaptation à l'IEM de Couzeix et au CHU de Limoges (Haute-Vienne).

Faire Face : Lorsqu'un médecin prescrit des séances de kinésithérapie, il n'est pas facile de savoir vers qui se tourner. D'autant que, par déontologie, il se refuse à donner le nom d'un praticien.

Julia Hamonet-Torny : On peut tenir compte de différents critères : l'accessibilité du cabinet, celle du matériel nécessaire à sa rééducation (verticalisateur, barres parallèles...), la proximité mais aussi, et surtout, l'aspect relationnel et humain. Sans oublier la connaissance que le kinésithérapeute aura du type de handicap à traiter. Mieux vaut, en effet, qu'il ait un intérêt pour le handicap concerné et en connaisse les spécificités.

S'il s'occupe d'un enfant, il doit en avoir l'habitude et savoir développer une relation de confiance, en gérant la douleur, en entretenant la motivation et en impliquant les parents afin de les former comme relais à domicile.

Mais dans certaines régions, il y a peu de kinésithérapeutes, tous ne se déplacent pas à domicile et les cabinets ne sont pas toujours accessibles. Le choix s'avère donc restreint.

Par ailleurs, en cas de besoins importants en rééducation,



« Pour motiver les patients, les kinésithérapeutes varient les approches, proposent des supports ludiques ou travaillent avec des aides robotisées. Changer de manière de travailler, de matériel, de lieu, peut aider à redonner du souffle. »

mieux vaudra se tourner vers des centres de rééducation spécialisés et, pour l'enfant, se renseigner sur l'offre de rééducation sociale (Sessad, IEM).

À la fois parce que le plateau technique s'y trouve plus complet (bassins de balnéothérapie – y compris pour des séances individuelles –, salles Snoezelen*...) mais aussi parce qu'un ensemble de rééducateurs spécialisés non remboursés en ville (ergothérapeute, psychomotricienne, etc.) y consulte.

FF : Comment faire pour rester motivé(e) après des mois de rééducation ?

J.H-T : Pour motiver les patients, les kinésithérapeutes varient les approches, proposent des supports ludiques ou travaillent avec des aides robotisées (voir pages 34-35). Le fait de changer de manière de travailler, de matériel, de lieu en allant dehors, par exemple, peut aider à redonner du souffle. Il faut aussi ménager des pauses même si la régularité est indispensable.

* Contraction de *sneeffelen* (renifler, sentir) et de *doezelen* (sommoler), cette approche suppose d'allier exploration sensorielle, détente et plaisir. Une lumière tamisée et une musique douce meublent l'espace.

rêt pour le handicap spécificités. »

Chez l'enfant atteint d'infirmi-
motrice cérébrale (IMC), à moins
d'une forte spasticité, il ne faut
pas hésiter à s'arrêter une ou deux
semaines. Il est possible aussi
de changer de rééducateur ou
d'en alterner. Une autre astuce
parfois efficace : des séances
en binôme avec un autre enfant.
Une compétition amicale se met
alors en place et permet non
seulement une pair-émulation
mais aussi de travailler les aspects
relationnels. Ce travail de groupe
stimule également l'adulte.

Enfin, parfois, la motivation est
en berne car il y a une perte de
sens : la personne ne voit plus ses
progrès ou ne voit pas la nécessité
de se rééduquer. Des séances
d'éducation thérapeutique peuvent
alors rappeler les enjeux, les
bénéfices.

**FF : Et que penser des
kinésithérapeutes avançant
leur pratique de la "méthode"
Mézières, Padovan, Bobath,
Médek, etc. ?**

J.H-T : Chacune de ces méthodes
a été créée dans un certain
contexte. Mézières pour la
lombalgie, Bobath initialement
pour les AVC, Le Métayer pour
l'IMC... Pour un thérapeute
s'occupant d'une population
hétérogène, cela n'a pas
forcément de sens de s'afficher
comme adepte de telle ou telle
"méthode". Ensuite, l'apport de
ces méthodes est aujourd'hui
intégré aux moyens enseignés aux
kinésithérapeutes qui choisiront,
dans leur palette d'outils,
lesquels employer face à tel ou
tel patient. Enfin, la rééducation
constitue aujourd'hui un pan de la
médecine fondée sur les preuves
(lire page 26). Attention donc
aux méthodes pour lesquelles

il n'existe aucune évaluation ni
comparaison.

Mais sinon, chacun peut s'autoriser
des techniques complémentaires.
L'important est qu'elles n'excluent
pas le recours aux autres,
soient englobées dans le projet
personnalisé de soins, fassent
l'objet de transmissions entre
professionnels et soient évaluées
avec un bilan avant et après.

Je vois parfois des familles
organiser des levées de fonds
pour partir à l'étranger suivre la
méthode Unetelle. Pourquoi pas.
Il y a une dimension de voyage
thérapeutique et cette dynamique
est porteuse. Ce que je trouverais
regrettable c'est que ces familles
partent chercher, et payent cher,
ailleurs ce qui se fait en France
faute de le savoir. ▶

propos recueillis par
Adélaïde Robert-Géraudel

Des réseaux à connaître

Le Réseau régional de rééducation et de
réadaptation pédiatrique en Rhône-Alpes
(R4P) ou le Réseau enfance et handicap du
grand Sud-Ouest (Rehso) rassemblent des
professionnels du secteur hospitalier, libéral
et médico-social. Leur but ? Identifier les
personnes et les lieux ressources pour en
faciliter l'accès, qu'il s'agisse de libéraux en
ville, des possibilités de courts ou moyens
séjours en services de soins de suite et de
réadaptation (SSR), dans les établissements
publics comme privés (associatifs)...

Pour savoir quels kinésithérapeutes
contacter dans votre région, n'hésitez
pas à vous adresser à ces réseaux, aux
associations de patients et aux filières de
soins spécialisées identifiées.

TÉMOIGNAGE

« En France, ce qui était épuisant c'étaient les nombreuses consultations à droite, à gauche. »

**Christine, mère d'un adulte atteint d'IMC, a opté pour une rééducation
multisensorielle.**

« Mon fils, né en 1982, a été pris en charge par un Camps qui pratiquait la guidance
parentale. On y expliquait aux parents comment faire travailler l'enfant à la maison.
Cela nous convenait mais nous souhaitions nous investir davantage. Nous avons
entendu parler de la méthode Doman aux États-Unis. C'est une méthode multisen-
sorielle proposant une prise en charge globale. À partir d'une évaluation, l'équipe
soignante établit un programme pour six mois. Il peut porter sur la vue, l'ouïe, la
parole, l'écriture, la marche mais aussi la santé, la nutrition... »

Après quelques années de consultations en France, où la méthode n'est pas reconnue,
nous avons pris l'habitude de partir deux fois par an aux États-Unis. Là, la vie s'ali-
gnait sur la rééducation avec beaucoup d'heures. Mais les progrès nous motivaient.

Difficile de comparer avec d'autres méthodes. Chaque enfant est différent. Mon
fils mène aujourd'hui une vie pratiquement normale, a étudié à la fac alors qu'on
prédisait qu'il ne marcherait pas, qu'il ne pourrait pas apprendre à lire, à écrire
et à s'exprimer. Surtout, en France, ce qui était épuisant, c'étaient les nombreuses
consultations à droite, à gauche. De s'entendre également dire que quand il marche-
rait mieux, il verrait mieux. »

propos recueillis par Corinne Manoury

Nouvelles technologies

Prolonger le travail des rééducateurs

Capteurs, réalité virtuelle et robots ont fait leur apparition dans les centres de rééducation. La raison ? Recueillir plus de données et mieux les analyser. Tout en offrant aux patients de nouveaux éléments de motivation.

Il y a d'abord eu la Wii. Avec sa manette à déplacer dans l'espace et son tapis capteur de pression, la console de jeux grand public, sortie en 2006, est rapidement devenue un outil pour

les rééducateurs. En plongeant leurs patients dans une partie de tennis, un combat de boxe ou une descente à ski, la Wii les obligeait à retrouver leurs réflexes, à refaire des mouvements naturels et spontanés. Avec, à la clé, un feedback sur leurs mouvements et la possibilité, tout en s'amusant, de les répéter davantage que lors des séances de kinésithérapie ou d'ergothérapie classiques. Un bon point car la répétition joue sur la plasticité cérébrale.

La voie était donc ouverte pour utiliser la réalité virtuelle comme assistante du rééducateur mais les jeux du commerce ont vite montré leurs limites. « *C'était intéressant mais pas très adapté. Trop rapide, non paramétrable et avec trop de distractions. Beaucoup d'équipes se sont dit qu'il fallait construire des jeux vidéo pour des pathologies précises* », explique le Pr Isabelle Laffont, responsable du département de médecine physique et de réadaptation au CHU de Montpellier.

Des *serious game* qui existent aujourd'hui, dont chaque tâche a été pensée avec les médecins, kinésithérapeutes et ergothérapeutes. À l'instar du Médimoov. Cette plateforme utilise une caméra pour capturer le mouvement et trouve des indications tant en rééducation post-AVC que chez les personnes

paraplégiques pour travailler les postures sans s'en rendre compte.

Se mesurer à soi-même

Des *serious games* hautement paramétrables par le rééducateur. Ils vont ainsi lui permettre à partir d'une amplitude de membre supérieur constatée au départ, par exemple, de challenger son patient. Si ce dernier est héminégligent, c'est-à-dire sans réelle conscience de la moitié de son environnement, le jeu l'emmènera dans des zones où il n'irait pas. Selon le Dr Renaud Péquignot, du pôle soins de suite et de réadaptation adultes aux Hôpitaux de Saint-Maurice, il favoriserait même la prise de conscience de leurs troubles chez des patients persuadés de ne pas en avoir.

Ces jeux présentent aussi l'avantage d'enregistrer les données générées par le patient avec ses mouvements. « *En les utilisant, nous comprendrons mieux la construction du mouvement, la récupération motrice et nous pourrons mieux définir nos protocoles* », précise le Pr Isabelle Laffont.

Travailler sur les troubles moteurs et cognitifs

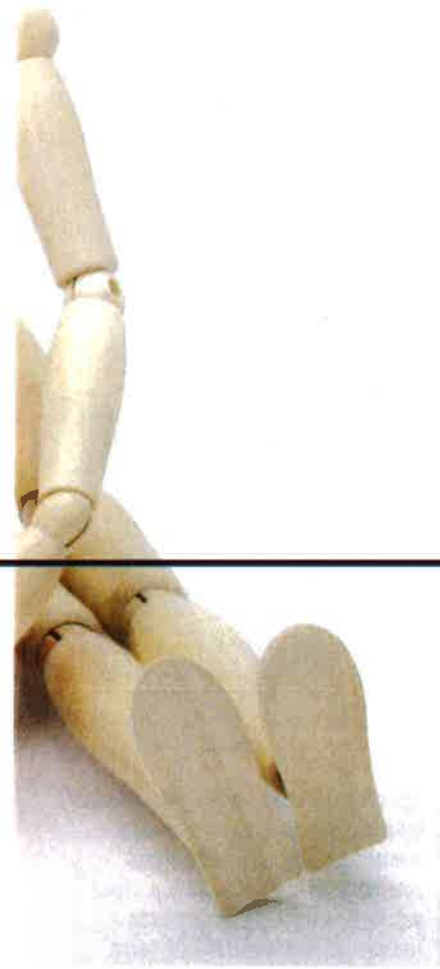
Mais les nouvelles technologies dans la rééducation, ce sont aussi les robots qui se combinent d'ailleurs souvent avec les

© Fotolia

Afin de complexifier le jeu, le rééducateur peut ajouter des distracteurs, comme obliger la personne à chercher les tomates pour préparer un sandwich dans un temps donné.

jeux vidéo. Notamment pour la rééducation des membres supérieurs. Ainsi, l'orthèse exosquelette Arméo peut-elle être considérée comme une interface motorisée de jeu. Tandis que le robot REAplan, développé et testé en Belgique sur les adultes, fait, lui, l'objet d'un programme de développement et d'intégration de *serious game* pour la rééducation des enfants atteints de paralysie cérébrale. Objectif : travailler en même temps sur les troubles moteurs et cognitifs. Un exemple ? Celui d'une sandwicherie dans laquelle un client passe une commande. Il faut réaliser le sandwich dans un temps donné. Pour complexifier le jeu, le





recréer des réseaux et retrouver les réflexes de coordination.

Entrent dans la deuxième catégorie, les exosquelettes de compensation : le Rewalk, l'Ekso ou l'Atalante français de la société Wandercraft. Des aides techniques, donc, également utilisées en rééducation car il y a une contraction des muscles pour accompagner la marche. Surtout, l'objectif est là aussi de donner l'illusion au cerveau qu'il fait le mouvement.

Cependant, les nouvelles technologies ne servent pas à grand-chose sans les thérapeutes et leurs connaissances. « Dans une société hyper technologique et centrée sur l'image, nous oublions parfois les bases. À savoir, commencer par l'examen clinique. Car si l'on ne sait pas ce que l'on cherche,

on ne trouvera pas », insiste le Dr Michel Thétio, responsable de l'Unité fonctionnelle d'analyse du mouvement (Ufam) aux Hôpitaux de Saint-Maurice. Une unité qui, à l'aide d'un ensemble d'instruments – tapis avec capteurs, caméras, etc. –, permet de saisir cet événement furtif qu'est le mouvement et d'en faire une analyse quantifiée : vitesse, cadence, appui, empreinte plantaire et déséquilibre gauche-droite pour la marche, par exemple. Et de prendre ensuite, en multidisciplinaire pour les cas complexes, des choix thérapeutiques.

Quand elle dit que les nouvelles technologies prolongent l'action des thérapeutes, Isabelle Laffont ne dit pas autre chose. ▶

par Corinne Manoury

rééducateur peut ajouter des distracteurs, comme obliger la personne à chercher les tomates. Le robot lui, fonctionne en mobilisation passive, mode actif aidé ou en résistance selon la force et les besoins du patient.

Donner au cerveau l'illusion de la commande

Quant aux robots dédiés aux membres inférieurs, ils se divisent en deux catégories. Ceux de rééducation à la marche, tel que le Lokomat. Pour le faire fonctionner, le patient est sanglé et des prothèses motorisées installées sur ses jambes. Le robot donne le rythme : l'appui sur les articulations et les muscles qui bougent font remonter au cerveau des informations sensorielles dans le but de



© DR

Aliénor, cadre socio-éducative en charge de l'équipe d'éducateurs et rééducateurs dans une maison d'accueil spécialisée.

AVIS D'EXPERT

« Avec les nouvelles technologies, les patients s'avèrent plus acteurs de leur rééducation. »

« Nous sommes très tournés vers les nouvelles technologies. Nos résidents ont pour la plupart des pathologies stables. L'objectif est donc essentiellement de les maintenir en forme en paramétrant les appareils.

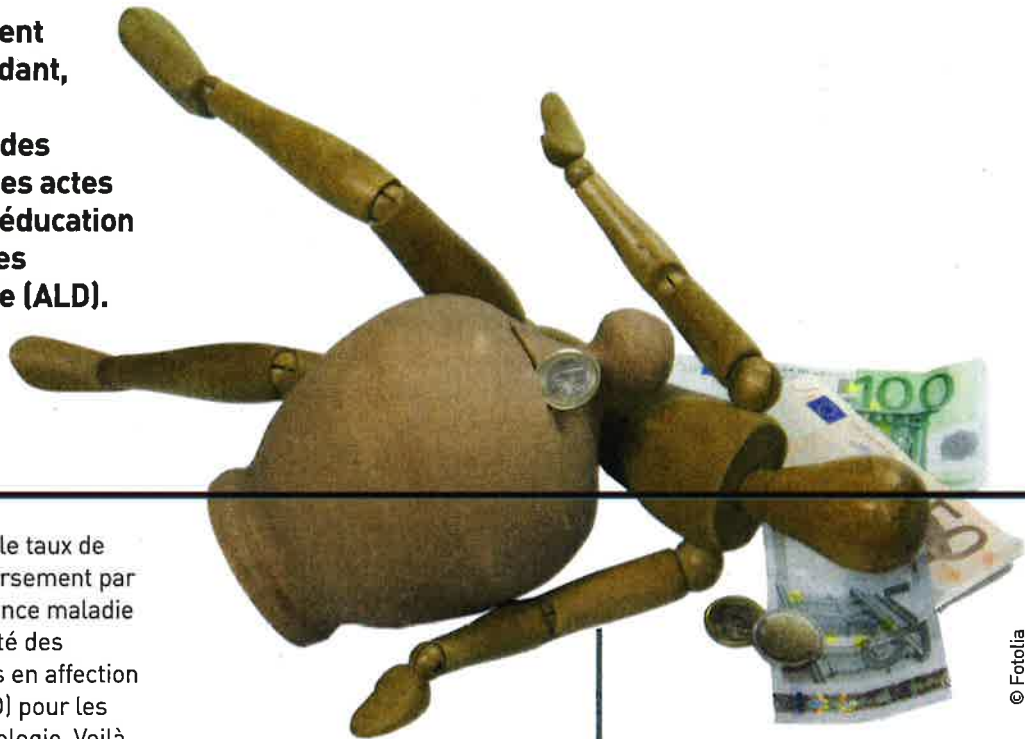
Nous disposons d'une plateforme de jeux vidéo, d'un vélo électrique et d'une application sur tablette pour les capacités cognitives. La plateforme entièrement paramétrable enregistre toutes les données. En bougeant, les personnes y déplacent un bateau ou un avion, vont chercher des légumes pour exécuter une recette, doivent couper des fleurs... Il peut donc y avoir une partie cognitive, du travail sur la motricité fine, la précision. Les mouvements sont ceux du tronc, des bras ou des cervicales, en fonction de la mobilité de chacun.

Avec les nouvelles technologies, les patients s'avèrent plus acteurs de leur rééducation. Mais cela ne remplace pas les séances manuelles qui, elles, permettent de ressentir le mouvement. Pour des pathologies comme la sclérose en plaques, l'intérêt réside dans une moindre perception des poussées. »

Remboursements

Attention aux restes à charge

Sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral invalidant, parapésie, insuffisances médullaires... La plupart des pathologies nécessitant des actes longs ou récurrents de rééducation sont reconnues comme des affections de longue durée (ALD). Ce qui n'exclut pas de devoir ouvrir votre porte-monnaie.



100 % c'est le taux de remboursement par l'assurance maladie des dépenses de santé des personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) pour les soins liés à leur pathologie. Voilà pour la théorie.

Dans la pratique, ces dépenses ne sont couvertes qu'à hauteur de 88 % selon l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé. Ceux-ci s'élèvent même, en moyenne, à 752 € par an et

par personne. Avoir une bonne mutuelle reste encore le meilleur moyen de s'en prémunir.

Recourir à des pratiques non reconnues par la Sécurité sociale comme la réflexologie plantaire ou la gymnastique holistique pour compléter votre rééducation, pourquoi pas. Certaines complémentaires santé remboursent jusqu'à cinq séances par an ou proposent un forfait "médecine douce".

Mutuelle : les points à vérifier

Exemple : les séjours en centres de soins de suite et de réadaptation sont couverts par l'assurance maladie à 100 % en cas d'ALD. Mais seules les complémentaires santé peuvent prendre en charge le forfait journalier – 20 € par jour – ou le supplément "chambre particulière" (montant facilement à 50 € par jour) de façon limitée ou non selon les contrats. Vérifiez donc ces deux points sur le vôtre.

En outre, de nombreux patients doivent faire appel à des auxiliaires médicaux non conventionnés (ostéopathes, ergothérapeutes...) ou recourir à des pratiques non reconnues par la Sécurité sociale (réflexologie plantaire, approche d'éducation

somatique comme la méthode Feldenkrais ou la gymnastique holistique) pour compléter leur rééducation. Certains contrats ne prévoient rien. D'autres remboursent jusqu'à cinq séances par an dans la limite de 50 € la séance ou proposent un forfait "médecine douce". Ces garanties, quoique généralement insuffisantes, représentent au moins un coup de pouce.

Enfin, les bienfaits des cures thermales n'étant plus à démontrer en matière de rééducation, regardez ce qu'offre votre mutuelle. Les forfaits "transport et hébergement" – jusqu'à 400 € par an selon les contrats – permettent d'alléger la note. Sinon, ces frais liés à votre séjour restent entièrement à votre charge*.

Matériel de rééducation : pensez à la MDPH

Ils ne sont pas considérés comme des aides techniques, ni reconnus comme du matériel médical. Pourtant, certains équipements de rééducation peuvent s'avérer plus qu'utiles au quotidien pour réaliser chez soi des séances, de façon autonome.

C'est le cas du vélo adapté – ou entraîneur thérapeutique – Motomed. S'il équipe plus d'un millier d'établissements (centres de soins et de rééducation, hôpitaux...) et 3 000 domiciles en France, son coût reste prohibitif : entre 3 500 et 5 500 € selon les modèles. Pensez aux MDPH : au titre des "aides exceptionnelles" de la prestation de compensation du handicap (PCH), elles peuvent financer jusqu'à 75 % du coût de ces appareils, dans la limite de 1 800 € par période de trois ans.

Kiné en libéral : dépassements en vue

Si vous effectuez votre rééducation auprès de professionnels installés en libéral, mieux vaut être prévenu(e) : même conventionnés et signalés comme tels sur le site ameli.fr, tous les kinésithérapeutes ne respectent pas les tarifs de l'assurance maladie. Dans certaines zones, particulièrement en région parisienne et dans la métropole lyonnaise, les dépassements d'honoraires s'avèrent

fréquents. Certains abusent des "dépassements pour exigence (DE)" ne pouvant être facturés qu'en cas de demande particulière des patients, intervention à domicile par exemple.

Les tarifs conventionnés des kinésithérapeutes vont de 10,75 à 25,80 €. Ils dépendent du type d'acte : par exemple, 16,13 € pour une séance codée "AMS 7,5" de rééducation d'un membre ou 19,35 € pour une séance "AMS 9" en cas d'hémiplégie. Ce à quoi s'ajoutent éventuellement des indemnités forfaitaires de déplacement à domicile (4 €) ou des majorations pour les séances de nuit après 20 heures (9,15 €).

Aller au-delà des tarifs conventionnés

Même en ALD, les dépassements d'honoraires peuvent vite devenir... impayables. Ainsi, Thomas (*lire aussi son témoignage page 29*), ne peut se permettre une rééducation auprès de différents kinésithérapeutes en libéral que grâce à sa complémentaire santé : l'un d'eux lui facture chaque semaine 120 € pour deux séances de nuit "tarifées" 28,50 € l'acte. La différence est prise en charge par sa mutuelle d'entreprise. Seul reste à charge pour lui,

la franchise de 0,50 € par acte paramédical, limitée à 2 € par jour.

Dans ces situations, mieux vaut donc avoir une couverture santé allant au-delà des tarifs conventionnés des auxiliaires médicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière...). Par exemple, 200 % pour être remboursé(e) d'honoraires jusqu'à deux fois supérieurs aux bases de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Attention, toutefois, à ce que le surcoût d'une telle mutuelle ne dépasse pas le montant de votre reste à charge.

Quant à l'affichage des tarifs des principaux soins réalisés en cabinet de kinésithérapie, il est obligatoire. Et tous les professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires doivent vous présenter une information écrite préalable si le montant est supérieur ou égal à 70 €. ▶

par Aurélia Sevestre

Sport sur ordonnance, toujours pas remboursé

Depuis le 1^{er} mars 2017, un décret autorise les médecins à prescrire du sport sur ordonnance. Un dispositif réservé aux personnes en ALD. Mais ce décret impose des conditions qui rendent difficile sa mise en œuvre : par exemple, seuls les professionnels de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.) sont autorisés à s'occuper des patients atteints de limitations fonctionnelles sévères. Surtout, il n'a prévu aucune prise en charge de ces séances par l'assurance maladie. Résultat, les obstacles empêchant les malades d'accéder à ce remède naturel qu'est l'activité physique ne sont toujours pas levés.

* Pour en savoir plus, consultez le dossier de *Faire Face* de juillet-août 2017 sur faire-face.fr en tapant "Cures thermales" dans le moteur de recherche.

TÉMOIGNAGE

« Si je veux une prothèse de sport, elle sera à ma charge. »

Yohan, 39 ans, victime d'un accident de moto en 2006, amputé tibial en 2013.

« Après l'accident qui m'a causé de multiples fractures ouvertes à la jambe, j'ai eu une longue période de rééducation. Onze mois en hôpital de jour pour la consolidation, à raison de six heures presque chaque jour. Avec déjà la peur d'une nouvelle fracture, finalement arrivée en 2013. Là, après un mois de réflexion, j'ai pris la décision de l'amputation. Je suis retourné quatre à cinq mois en rééducation, en hôpital de jour également. Avec des exercices pour muscler le bout de mollet qui me reste, un entraînement à la marche, des étirements... J'ai aussi découvert les douleurs fantômes, impressionnantes, et ai été suivi pour les soigner dans un centre antidouleur.

Ma prothèse a été prise en charge par l'assurance maladie et puisque j'habite en bord de mer, j'ai également demandé une prothèse de bain. Comme j'ai été victime d'un accident, c'est l'assurance de la partie adverse qui l'a payée. Mais si je veux aussi une prothèse de sport, elle sera à ma charge. Pas simple, sachant qu'un pied automatique, qui s'adapte à la pente, coûte dans les 30 000 euros. »

propos recueillis par Corinne Manoury