

---

---

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN RHUMATOLOGIE (FIBROMYALGIE EXCEPTÉE)

---

---

**Romain FORESTIER<sup>1</sup> & Alain FRANCON<sup>1</sup>**

### **Résumé**

L'éducation thérapeutique pourrait améliorer la prise en charge des patients souffrant de pathologies rhumatismales chroniques. À ce jour, il n'existe pas de programmes validés ayant fait la preuve de leur efficacité mais il existe déjà des travaux suffisants pour montrer les méthodes qui pourraient être employées dans certains domaines.

Dans la lombalgie chronique, la démarche éducative pourrait et devrait comprendre l'acquisition des compétences d'auto-soins et un changement des habitudes de vie portant essentiellement sur la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité qui sont des facteurs majeurs de retour au travail chez le lombalgique chronique susceptible de présenter un déconditionnement à l'effort. Elle sera particulièrement efficace chez des patients ayant des peurs, croyances et attitudes d'évitement à l'effort.

Dans l'arthrose des membres, la démarche doit également être centrée sur la promotion de l'activité physique chez les sédentaires mais il est également indispensable d'entreprendre une démarche de réduction pondérale.

Dans l'ostéoporose, l'activité physique est également une des priorités que doit développer la démarche éducative et il faudra aussi, si besoin, aider le patient à prévenir les chutes par des moyens adaptés.

### **Rationnel**

Les traitements non médicamenteux et les démarches éducatives sont recommandés dans la prise en charge des pathologies chroniques. Les affections rhumatismales sont les plus fréquentes de ces pathologies et elles sont une des premières sources d'invalidité en France. Malgré cette fréquence, il n'existe actuellement pas véritablement de programmes applicables en pratique clinique, sauf pour des démarches destinées à renforcer l'observance des biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. Ces programmes sont exclusivement délivrés à l'hôpital, généralement dans le cadre de l'hôpital de jour, et leur mise au point intégralement financée par l'industrie pharmaceutique.

Le but de cet article est de donner quelques pistes concrètes pour bâtir des programmes qui ne visent pas forcément à renforcer la consommation médicamenteuse, applicables en dehors de l'hôpital dans les trois pathologies rhumatologiques les plus fréquentes :

---

<sup>1</sup> Centre de recherches rhumatologiques et thermales, BP 234, 73100 Aix-les-Bains Cedex.  
Courriel : romain.forestier@wanadoo.fr

- l'arthrose des membres inférieurs,
- la lombalgie chronique,
- l'ostéoporose.

## **Principes généraux de l'éducation thérapeutique**

La HAS recommande 5 étapes.

### **1 - Le diagnostic éducatif**

Il est obligatoirement établi par un professionnel de santé (médecin, infirmière, kinésithérapeute) formé à l'éducation thérapeutique (une simple sensibilisation à l'éducation de durée inférieure à 3 jours n'est pas suffisante).

Le diagnostic éducatif est destiné à

- connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition d'ETP ;
- appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et ses projets ;
- appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles sociales environnementales.

### **2 - La définition d'un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage**

- Il est nécessaire de formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.
- Il faut ensuite négocier avec lui les compétences afin de planifier un programme individuel.
- Il est nécessaire, enfin, de communiquer sans équivoque ces compétences au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

### **3 - La planification et la mise en œuvre des séances d'ETP individuelles ou collectives ou en alternance**

### **4 - L'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme**

### **5 - Le suivi éducatif**

## **En rhumatologie l'éducation thérapeutique doit fournir aux patients**

- une information reposant sur des connaissances validées,
- si besoin, un entraînement à des mouvements dont l'efficacité aura été démontrée par des travaux scientifiques,
- si besoin une modification des habitudes de vie de préférence basée sur une analyse des peurs et croyances des patients,
- un apprentissage des compétences d'auto-soins,
- une incitation au changement des habitudes de vie,
- des stratégies pour encourager l'observance au cours du temps.

## Éducation thérapeutique dans l'arthrose des membres

Dans une population de 65 à 74 ans, plus de 30 % des patients souffrent des genoux, 20 % des hanches et 10 % des deux. Environ 118 000 prothèses de genou ou de hanches sont posées en France et plus de 300 000 prothèses de genoux aux USA. On en prévoit plus de 450 000 en 2030 en raison du vieillissement de la population et de la prévalence de l'excès pondéral.

Dans l'arthrose, une démarche éducative devrait comporter des exercices standardisés, une incitation à l'exercice physique et un programme de réduction pondérale.

L'OARSI recommande que "Tout patient atteint d'arthrose de la hanche ou du genou doit bénéficier d'un accès à l'information et d'une éducation concernant les objectifs du traitement et l'importance des modifications du mode de vie, de l'exercice physique, de l'adaptation des activités, de la perte de poids et d'autres mesures pour décharger la ou les articulations endommagées. L'accent initial doit être mis sur les moyens et les traitements pouvant être mis en œuvre par le patient lui-même, plutôt que sur les traitements passifs délivrés par des professionnels de la santé. Ensuite, les efforts devront surtout viser à encourager l'adhésion du patient aux traitements non pharmacologiques".

Même si l'effet thérapeutique de cette recommandation est limité (0,08), le niveau de preuve est élevé (méta-analyse d'essais randomisés) [OARSI 2009].

### L'information du patient sur la maladie arthrosique

Cette information pourra reposer sur la brochure déjà disponible sur le site de la Société française de rhumatologie. Elle a été conçue par B Mazières, un des meilleurs spécialistes français de l'arthrose et rédigée par D Perocheau [mazieres]. Elle comprend une description de l'articulation normale, une explication du processus arthrosique et un jeu de questions-réponses sur l'arthrose "Aurais-je pu l'éviter ? Mes enfants auront-ils de l'arthrose ? La pratique du sport peut-elle donner de l'arthrose ? Si je suis en surpoids, dois-je maigrir ? Comment va évoluer mon arthrose ? ... "

On peut aussi recommander l'utilisation de *l'arthrose en 100 questions*, un ouvrage d'excellente facture, rédigé par Dougados et coll. Il est présenté sous la forme d'une centaine de questions avec les réponses de l'équipe du service de rhumatologie de l'hôpital Cochin. Il répond à la plupart des interrogations que se posent les patients en pratique courante [dougados].

Un essai thérapeutique a évalué l'effet d'une intervention thérapeutique dans l'arthrose [McCarthy 2004]. La brochure d'information abordait les sujets suivants : Qu'est-ce que l'arthrose ? Qu'est-ce qui la provoque ? Quels sont les effets du sexe, du sport, du poids, des habitudes de vie ? Quels sont les traitements actifs dans l'arthrose ? Que peut apporter la physiothérapie ? Quels sont les bénéfices de l'exercice physique ? Elle donnait également une liste de conseils éducatifs :

- réduire les contraintes sur les articulations en retrouvant un poids raisonnable,
- marcher et rester debout tant que cela n'accroît pas les douleurs,
- utiliser un bâton de marche si nécessaire,
- alterner travail et repos pour éviter toute fatigue excessive,

- se reposer 5 à 10' toutes les heures en cas d'activité prolongée,
- adapter la chaise sur laquelle on s'assied régulièrement pour que le genou ou la hanche soient en bonne position, il sera plus facile de s'asseoir et de se lever,
- éviter de garder la même position plus de 30 minutes.

### **L'incitation à l'exercice physique**

Le patient souffrant d'arthrose des membres a tendance à réduire ses activités en raison des douleurs qu'elles entraînent. La douleur mène donc à la sédentarité alors qu'il est bien démontré que celle-ci est néfaste dans l'arthrose. Les recommandations de bonnes pratiques préconisent une activité physique régulière [OARSI 2009] qui renforce la musculature et facilite la perte de poids. On recommandera donc au patient d'essayer de maintenir une activité physique régulière. Par ailleurs, il lui sera proposé un renforcement musculaire par des exercices spécifiques. Pour les patients déjà sédentaires, il faudra proposer des sessions d'activité progressives (15' puis 30' puis 60'), soit marche rapide, vélo.

L'excès de poids en lui-même est une source de douleur et d'une évolution plus sévère de l'arthrose. On proposera aussi un programme de réduction pondérale.

### **Les exercices spécifiques dans l'arthrose**

L'OARSI recommande que les patients atteints d'arthrose de la hanche ou du genou soient encouragés à pratiquer ou à continuer de pratiquer régulièrement des exercices aérobies, de musculation et de mobilisation articulaire. Pour les patients atteints d'arthrose symptomatique de la hanche, des exercices dans l'eau peuvent être efficaces. Le niveau de preuve de cette recommandation est élevé (1a) et son effet thérapeutique de niveau intermédiaire (0,25 à 0,50).

McCarthy et coll ont validé un programme d'exercices spécifiques susceptibles d'améliorer la symptomatologie des patients souffrant d'arthrose des membres [McCarthy 2004]. Celui-ci comportait :

- *des exercices de renforcement musculaire*
  - s'asseoir et se lever d'une chaise : cet exercice est répété plusieurs fois selon un rythme décidé par le patient,
  - contraction des quadriceps en position debout : selon un rythme décidé par le patient,
  - en position assise, le patient part de 90° de flexion et étend son genou pendant 10 secondes ;
- *des exercices d'endurance musculaire*
  - patient en position debout, genoux demi-fléchis, la position est tenue pendant une durée fixée par le patient,
  - l'exercice est évalué en début et en fin de session par la durée totale pendant laquelle le patient tient la position ;
- *des exercices de préservation ou de gain des amplitudes articulaires*
  - en position debout, avancer le bassin progressivement vers l'avant et maintenir la position pour réaliser un étirement antérieur de la hanche et de la cheville,

- en position debout, flexion douce et progressive du genou en maintenant le pied à plat pour réaliser un étirement postérieur de la cheville,
- en position debout, une contraction forte et prolongée du quadriceps pour réaliser un étirement post du genou ;
- *des exercices d'équilibre* où le patient, en équilibre sur une jambe pendant deux minutes, évalue en comptant le nombre de fois où il doit mettre son pied pour se stabiliser.

Les auteurs ont examiné 214 patients randomisés en exercices à domicile plus ou moins associés à un programme d'éducation. À 6 et 12 mois, l'étude montre une supériorité du programme éducatif sur les capacités locomotrices et la douleur. Une amélioration plus modeste est observée sur la force musculaire, l'équilibre, l'indice WOMAC, la dimension physique et la douleur physique de l'échelle de qualité de vie SF36. Il n'y a pas d'effet médico-économique significatif.

Ce programme est destiné à être réalisé quotidiennement par les patients à leur domicile. Sa modulation est enseignée au patient en lui indiquant la nécessité de réduire l'intensité des exercices lors des périodes douloureuses.

Il y a ensuite une étape de suivi éducatif. Les exercices sont détaillés avec le patient au cours d'une ou (de préférence) plusieurs consultations. Il est ensuite nécessaire de revoir régulièrement le patient pour lui réexpliquer et maintenir sa motivation.

D'autres exercices physiques ont été validés et utilisés dans d'autres études [forestier 2010]. Chaque exercice dure 6 secondes. On le répète 10 fois. Il faut faire 2 séries de chaque exercice au moins 3 fois par jour :

- en position allongée (un coussin sous les genoux), on écrase le matelas avec le genou et on pousse les talons vers le bout du lit en tirant les orteils vers le nez ;
- allongé(e), une jambe en crochet, on soulève le membre inférieur opposé, tendu ;
- assis(e) bien droit(e) au fond du fauteuil, le pied posé sur un tabouret, on relâche totalement les muscles de cuisse et de jambe pour obtenir une extension complète du genou. On peut légèrement se pencher en avant pour étirer les muscles postérieurs de la cuisse ;
- assis(e) bien droit(e) au fond du fauteuil, un repose-pied sous le talon, on amène le membre inférieur à l'horizontal, sans décoller la cuisse, en tirant les orteils vers soi.

Ils ont permis, associés à un traitement thermal de 21 jours, d'améliorer la douleur et la fonction chez des patients atteints de gonarthrose.

### **Les pistes pour améliorer l'observance**

Un certain nombre de méthodes ont un effet bénéfique démontré sur l'observance :

- l'explication préalable du résultat attendu,
- l'auto-évaluation (notamment par un journal de bord quotidien),
- le suivi au long cours (téléphone, courrier) par un professionnel de santé (niveau C).

### **Quelques principes de pédagogie de base à l'égard des patients**

- Il ne faut pas noyer le patient sous un flot d'informations qu'il ne pourra pas retenir.

- Il est contre productif de culpabiliser le patient (surtout pour le poids).
- Il faut valoriser les acquis : résumer les points forts à chaque consultation.
- Présenter les objectifs non atteints de façon positive : les “points à améliorer”, les “pistes d’amélioration”.

Ces principes nécessitent parfois un changement de comportement du médecin.

### **Comment faire rentrer toutes ces notions dans une seule séance ?**

#### *Description de l'étude*

Ravaud et coll ont montré que, pour être efficace, une intervention éducative devait délivrer des messages simples et peu nombreux, de préférence un seul message par consultation [Ravaud 2009]. Il s'agissait d'un essai d'intervention en condition de soins primaire et de structure pragmatique. Ils ont randomisé 198 patients en deux groupes : l'un poursuivant son traitement habituel et l'autre bénéficiant de l'intervention éducative. À 4 mois, l'amélioration était significative dans le groupe intervention éducative pour la perte de poids, l'activité physique, la douleur, l'indice WOMAC et l'activité de la maladie. L'amélioration n'était pas significative pour l'indice de masse corporelle et les dimensions physiques et psychiques de l'échelle de qualité de vie SF12.

Les auteurs ont aussi évalué les informations jugées satisfaisantes par les patients : la différence entre les groupes était significative pour la nécessité de perdre du poids et sur la nécessité de faire de l'exercice. Elle était non significative pour les connaissances sur l'arthrose et pour les connaissances sur les médicaments.

Il y avait enfin une évaluation des savoirs des patients. Le groupe éducation thérapeutique avait acquis que : “l'exercice est toujours bon pour l'arthrose” et que “la perte de poids peut améliorer l'arthrose”. Par contre il n'y avait pas d'acquisition pour “marcher, faire du vélo ou nager est bon pour l'arthrose du genou” et “l'arthrose du genou n'a pas de rapport avec le poids”.

#### **Description de l'intervention proprement dite**

Cette intervention éducative, volontairement très simple, était répartie en trois consultations chez un rhumatologue :

- la première abordait exclusivement l'information sur la maladie arthrosique et les traitements possibles,
- la deuxième, le principe des exercices physiques et de protection articulaire,
  - comment protéger les articulations, les mouvements à éviter,
  - la nécessité d'un exercice régulier,
  - elle proposait un programme d'exercices standardisés en session de 30', augmentées progressivement à des séances de 60' : marche rapide ou vélo, selon le choix des patients.
- la troisième, une information sur l'intérêt de perdre du poids :
  - l'excès de poids influence la douleur et l'évolution de l'arthrose,
  - la surface de contact articulaire est de 3 cm<sup>2</sup> (1 cm<sup>2</sup> en cas de ménissectomie),
  - la force appliquée sur l'articulation lors de la marche est trois fois supérieure à celle appliquée au repos,

- en cas d'arthrose d'un seul genou et d'excès de poids, le risque de développer une arthrose sur le 2<sup>ème</sup> genou est de 54 % (au lieu de 14 % en l'absence d'excès de poids).

### **Principes généraux d'une prise en charge diététique dans l'arthrose**

Il s'agit simplement de notions générales, cet exposé n'ayant pas la prétention de se substituer aux conseils des spécialistes de la diététique.

- 1-La première étape est d'évaluer l'excès de poids et les co-morbidités.
- 2-Il est ensuite important de savoir si le patient est motivé pour perdre du poids.
- 3-Pour ceux qui sont motivés, concevoir avec eux un programme adapté à leurs besoins. Pour ceux qui ne sont pas motivés, les encourager à maintenir leur poids.
- 4-Le programme consistera à augmenter les dépenses caloriques et à réduire les apports.

## **L'éducation thérapeutique dans d'autres pathologies rhumatologiques**

### **Dans la lombalgie chronique**

*Problématique* : la sédentarité est source de chronicisation de la douleur et de non retour au travail chez les actifs. Un exercice physique régulier permet de réduire le handicap fonctionnel des lombalgiques chroniques [oesch 2010].

*Moyens éducatifs* : le livre du dos (validé en anglais et en français) contient des informations rassurantes sur l'absence de gravité et l'intérêt de l'exercice [coudeyre 2003] [coudeyre 2006] [coudeyre 2007].

L'exercice physique comprend un réentraînement anaérobie à l'effort (abondante littérature) [hayden 2005] [van middelkoop 2010].

Les exercices spécifiques comportent obligatoirement des étirements des chaînes musculaires postérieures.

### **Dans l'ostéoporose**

La *problématique* de l'éducation thérapeutique est la lutte contre la sédentarité et la prévention des chutes.

*Moyens éducatifs* : il n'y a pas encore de travaux scientifiques spécifiques analysant les peurs et croyances néfastes des patients souffrant d'ostéoporose. Cependant, on peut suspecter que certains patients redoutent de faire de l'exercice de peur de provoquer des fractures et deviennent ainsi exagérément sédentaires alors qu'il est bien démontré que l'exercice physique est bénéfique dans l'ostéoporose, à la fois pour la prévention des chutes (meilleure coordination musculaire) et surtout sur la masse osseuse.

### **Exercice physique**

L'exercice physique doit être réalisé en charge. Il renforce la masse musculaire et la densité osseuse. Il n'y a pas d'effet des exercices en piscine. Il devra donc s'agir de sauts,

courses, d'exercices aérobies (l'effet de l'exercice étant proportionnel à sa durée quotidienne).

### **Prévention des chutes**

La lutte contre la prévention des chutes a fait l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé [HAS 2005]. Les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité sont les suivantes (recommandation de niveau A) :

- rééducation de la force musculaire des muscles porteurs,
- rééducation de l'équilibre et de la marche, surtout chez les personnes âgées vivant à domicile et ayant déjà chuté et/ou ayant des troubles de la marche ou de l'équilibre,
- apprentissage de l'usage approprié des matériels d'assistance (cannes, déambulateurs, etc.),
- aménagement des dangers du domicile,
- correction des troubles visuels éventuels,
- "toilettage" des ordonnances médicamenteuses, notamment en ce qui concerne les psychotropes.

Elle pourra comporter plusieurs volets.

Des ateliers *équilibre* comportant des exercices de proprioception destinés à améliorer la sensation de position du patient dans l'espace ; l'évaluation de l'équilibre pouvant être estimé sur le nombre de chutes survenues avant et après le programme. On pourra également faire appel aux plateformes d'évaluation posturales répandues dans les services de médecine du sport. Une façon plus ludique d'évaluer l'équilibre pourrait être de faire appel aux plateformes de jeux vidéo.

Une information des patients pourrait utiliser la brochure de l'INIST. Cette brochure extrêmement complète et pédagogique détaille un certain nombre de règles et de conseils pour aménager son domicile, faire des exercices spécifiques et pour d'autres aspects des habitudes de vie.

### **Bibliographie**

- 1- [mazieres] <http://www.rhumatologie.asso.fr/04-Rhumatismes/grandes-maladies/0B-dossier-arthrose/sommaire-arthrose.asp>
- 2- [dougados] L'arthrose en 100 questions. Pr M. Dougados et coll. - Assistance Publique Hôpitaux de Paris - Ed NHA Communication.
- 3- [OARSI 2009] Yves Henrotin, Marc Marty, Thierry Appelboom, Bernard Avouac, Francis Berenbaum, Valérie Briole, Patrick Djian, Maxim Dougados, Romain Forestier, Stéphane Genevay, Michel Lequesne, Emmanuel Maheu, Serge Poiraudreau, Francois Rannou, Pascal Richette, Tim Spector, Jean-Emile Dubuc, Xavier Chevalier. French translation of the Osteoarthritis Research Society International (OARSI) recommendations for the management of knee and hip osteoarthritis. *Revue du Rhumatisme* 2009;76:279-288.
- 4- [McCarthy 2004]. Supplementation of a home-based exercise programme with a class-based programme for people with osteoarthritis of the knees: a randomised controlled

- trial and health economic analysis. CJ McCarthy, PM Mills, R Pullen, G Richardson, N Hawkins, CR Roberts, AJ Silman and JA Oldham. *Health Technology Assessment* 2004;Vol. 8:No. 46.
- 5- [ravaud 2009] ARTIST (osteoarthritis intervention standardized) study of standardised consultation versus usual care for patients with osteoarthritis of the knee in primary care in France : pragmatic randomised controlled trial P Ravaud, R-M Flipo, I Boutron, C Roy, A Mahmoudi, B Giraudeau and T Pham. *BMJ* 2009;338;b421.
  - 6- [forestier 2010]. Spa therapy in the treatment of knee osteoarthritis, a large randomised multicentre trial. R Forestier, H Desfour, J-M Tessier, A Françon, A Foote, C Genty, C Rolland, C-F Roques, J-L Bosson. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2010.
  - 7- [oesch 2010] Oesch P, Kool J, Hagen KB, Bachmann S. Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Rehabil Med* 2010 Mar;42(3):193-205.
  - 8- [hayden 2005] Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med* 2005 May 3;142(9):765-75.
  - 9- [van middelkoop 2010] van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010 Apr;24(2):193-204.
  - 10- [coudeyre 2003] French translation and cultural adaptation of the «Back Book». Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, Lavit P, Hérisson C, Combe B, Burton K, Poiraudreau S. *Ann Readapt Med Phys* 2003 Nov;46(8):553-7.
  - 11- [coudeyre 2007] Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain : a non-randomized trial in a primary care setting. Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudreau S. *PLoS One* 2007 Aug 8;2(1):e706.
  - 12- [coudeyre 2006] The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, Poiraudreau S. *Ann Readapt Med Phys* 2006 Nov;49(8):600-8. Epub 2006 May 26.
  - 13- [HAS 2005] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention\\_chutes\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf)