

**A la demande de la HAS  
Consultation  
du Conseil Scientifique de l'AFREK**

**AVIS  
Sur les QUATRE REFERENTIELS**

CONCERNANT la REEDUCATION :

- En cas de lombalgie commune,
- Après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct,
- Après arthroscopie pour prothèse unicompartmentaire de genou,
- Après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie.

AFREK  
10, Cours Alsace Lorraine  
24100 BERGERAC  
[afrekaadministration@lerss.fr](mailto:afrekaadministration@lerss.fr)

## COMPOSITION DU GROUPE D'EXPERTS

FABRI Stéphane :  
Conseiller technique de l'AFREK

KEYSER Bernard :  
Membre du Conseil Scientifique de l'A.F.R.E.K

PAIROT DE FONTENAY Benoît :  
Membre du Conseil Scientifique de l'A.F.R.E.K

OTERO Jacky :  
Membre du Conseil Scientifique de l'A.F.R.E.K

RIBAUD-CHEVREY Daniel :  
Membre du Conseil Scientifique de l'A.F.R.E.K

SAINT-RAPT Michel (de) :  
Membre du Conseil Scientifique de l'A.F.R.E.K

SEYRES Philippe :  
Membre du Conseil Scientifique de l'A.F.R.E.K

ZANA Jean-Pierre :  
Membre du Conseil Scientifique de l'A.F.R.E.K

*En collaboration avec les membres du bureau de l'AFREK*

CHATRY Christian

ESCARMENT Françoise

GOISNEAU Michelle

LEMERLE Jean-Yves

# COMMENTAIRE COMMUN aux QUATRE REFERENTIELS PROPOSES par l' UNCAM

**Le bilan-diagnostic initial du kinésithérapeute (B.D.K), permet à celui-ci de faire une première estimation du qualitatif (contenu des séances) et du quantitatif (nombre de séances à envisager et rythme) en fonction :**

- du diagnostic médical,
- des indications et contre-indications du chirurgien,
- des examens complémentaires,
- du type d'intervention, de la voie d'abord,
- de l'anamnèse,
- du diagnostic kinésithérapique différentiel (ex : lombalgie commune),
- de facteurs de risques ou éléments à prendre en compte, relatés ou observés :
  - o liés aux pathologies, déficiences, troubles et handicaps associés,
  - o **liés à des caractéristiques personnelles** (âge, sexe, type morpho-statique, prédominances fonctionnelles, état des tissus, profil psychologique et social, état des savoirs et savoir-faire, connaissance de soi, accessibilité à l'éducation thérapeutique ou préventive, attentes, projets, etc.),
  - o liés aux activités quotidiennes, professionnelles, sportives, de loisir, etc,
  - o liés à l'environnement et au type de travail, etc.

**Le bilan-diagnostic intermédiaire**, synthèse des évaluations recueillies à chaque séance, permettra ensuite d'ajuster la durée du traitement et la fréquence des séances. Il peut se situer vers la 10<sup>ème</sup> ou la 15<sup>ème</sup> séance. A partir de là, le kinésithérapeute, en accord avec le médecin ou le chirurgien, doit pouvoir **poursuivre son traitement si nécessaire et le finaliser sans notion d'exception.**

Celui-ci doit évoluer progressivement vers **un suivi de séances de plus en plus espacées** pour, d'une part, mieux juger des acquisitions cognitives et comportementales, de la disparition des douleurs, du degré de récupération de la fonction, de la reprise des activités professionnelles, sportives et de loisir. Et, d'autre part et en cas de besoin, **pouvoir compléter les soins et l'éducation pour limiter au maximum les séquelles et les récurrences, sources de chronicité coûteuse pour la société.**

L'expérience montre qu'un accompagnement espacé, une guidance du patient dans la reprise de ses activités **est favorable à la reprise de celles-ci**, à un sevrage de la série de soins, remplacée progressivement par une prévention secondaire à la fois sécurisante et « autonomisante ». Cet accompagnement **permet en effet un changement progressif des attentes de l'individu vis-à-vis de son thérapeute**, perçu alors autant comme conseiller

l'aidant à devenir véritablement acteur de sa santé que thérapeute chargé de corriger des dysfonctionnements.

Enfin, dans ce même état d'esprit et avec l'expérience acquise<sup>1</sup>, le groupe d'experts pense que le kinésithérapeute devrait davantage intervenir comme acteur d'une **prévention primaire**<sup>2</sup> en raison de sa spécificité :

- de son approche (acteur facilement accepté dans la sphère d'intimité du patient<sup>3</sup>),
- de ses outils (main sécurisante au toucher informatif et guide précis du mouvement et de la posture),
- de ses savoirs et savoir-faire (analyse qualitative du geste et de la posture, vision globale et analytique, contre-indications et adaptation des activités physiques<sup>1</sup> en fonction des caractéristiques individuelles, déficiences, incapacités, handicaps, etc.).

---

<sup>1</sup> Le Comité National de Prévention en Kinésithérapie, à travers ses comités départementaux, mène des actions dans ce sens dans différents milieux depuis 1993 (milieu scolaire, pré-professionnel, sanitaire et social, industriel, tertiaire). Expériences menées par les Comités Départementaux de Prévention en Kinésithérapie de la Loire et du Puy-de-Dôme. Différentes publications attestent de l'intérêt de ces actions. (voir bibliographie)

Par ailleurs, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, il a lancé et pilote les « Rendez-vous préventifs chez le kinésithérapeute » déjà pris en charge par une mutuelle.

La campagne Mtondos est fondée sur des travaux d'expertises (*Expertise collective de l'INSERM sur les rachialgies en milieu professionnel Pr P. BOURGEOIS -1995 -*) montrant, d'une part une augmentation anormale du mal de dos avec les nouveaux usages et habitudes de vie depuis 20 ans, et d'autre part, la présence d'altérations discales acquises (*Le dos de l'enfant et de l'adolescent et la prévention des lombalgies Dr B.TROUSSIER et Pr X.PHELIP page 41 travaux de J-J SALMINEN (travaux du GILL) - 1999 -*) dès l'adolescence (sans douleur) qui sont à l'origine des lésions révélées chez l'adulte jeune.

La médecine y indique la nécessité d'agir en amont sur les causes posturales et fonctionnelles. Ces observations scientifiques et conclusions d'experts justifient la mise en place d'un programme d'éducation vertébrale préventive dès le jeune âge, d'autant que la douleur est un signal tardif dans la survenue de la lombalgie.

<sup>2</sup> D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) :

La prévention primaire : Elle comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

La prévention secondaire : Elle comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie ». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

La prévention tertiaire : Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

<sup>3</sup> La « proxémique » Edward T. Hall

Suite aux expériences menées depuis environ une vingtaine d'années par la profession et à une réflexion conduite parallèlement sur ses compétences spécifiques, les experts considèrent qu'une diminution des rachialgies et vraisemblablement d'autres troubles musculo-squelettiques est possible à la condition de :

- **mettre en place une éducation précoce personnalisée d'envergure,**
- **étroitement liée et cohérente avec un dépistage de facteurs de risques propres à chaque individu,**
- **que le kinésithérapeute y joue un rôle majeur** aux côtés des autres acteurs  
(Médecins, ergonomes, etc.)

**Des bilans préventifs et un minimum de séances en accès direct** devraient donc être pris en charge. **La profession, en tout cas, est prête à assumer tout le rôle qu'elle doit jouer dans la prévention.**

---

<sup>1</sup> « Retrouver sa liberté de mouvement » PNAPS Ministère de la Santé et des Sports. Pages 164-165. L'avis du kinésithérapeute devrait être recherché pour les certificats de non contre-indication.

# AVIS DES EXPERTS SUR LA REEDUCATION EN CAS DE LOMBALGIE COMMUNE

## 1- LA LOMBALGIE AIGUË

**Contrairement aux conclusions du rapport** « Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription » de mai 2005, le groupe d'experts pense que **la lombalgie aiguë doit faire l'objet, non d'une prise en charge exceptionnelle, mais d'une prise en charge systématique et précoce par le kinésithérapeute après un bilan-diagnostic kinésithérapique.** Cela pour les raisons suivantes allant dans le sens, d'une part d'un apport de soins non négligeables et, d'autre part, d'une prévention des récives :

Dans un premier temps :

- **Le bilan-diagnostic** permet de :

- prendre en compte le diagnostic médical, les examens complémentaires et les dires du patient,
- **faire un diagnostic kinésithérapique différentiel** de la lombalgie,

A ce stade, **le toucher-massage kinésithérapique**, répété à chaque séance pour suivre l'évolution est un des moyens de diagnostic.

Le massage est sans doute moins antalgique<sup>1</sup> qu'au stade sub-aigu ou chronique, mais, c'est un massage d'écoute des tissus en même temps que l'écoute auditive du patient. Le sens haptique permet une prise d'informations. Sécurisant et relâchant, il permet d'intégrer en douceur **un examen palpatoire** pour décrypter les zones de contractures profondes au niveau des unités fonctionnelles perturbées. C'est un **examen particulièrement utile à ce stade** où l'examen des mobilités est la plupart du temps impossible ou peu précis et où la douleur du patient et son évolution occupent une place importante,

- **éliminer les contre-indications** et **évaluer les facteurs aggravants** (facteurs psycho-sociaux, déformations aiguës, etc.),
- **dépister des facteurs de risques** intrinsèques ayant pu favoriser la lombalgie : troubles orthopédiques, dyscongruences articulaires périphériques<sup>2</sup>, déficiences au niveau des membres, savoirs erronés, pratiques

---

<sup>1</sup> « Massage for low-back-pain (Review) » Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. The Cochrane Collaboration 2010

<sup>2</sup> Travaux de R.SOHIER sur le « biomécanogène » à mettre en rapport avec les travaux de mécanobiologie au sein de l'Hôpital Cochin, Université René Descartes *Le cartilage : de la mécanobiologie au traitement*

sportives, gymniques ou de loisirs néfastes, mauvaises habitudes posturales, etc. Les troubles de la coordination du geste, les prédominances motrices et posturales accusées, les comportements à risques, les difficultés d'anticipation des trajectoires du mouvement sont difficiles à évaluer à ce stade,

- **dépister des facteurs de risques extrinsèques** : environnement physique et/ou humain défavorable, difficultés à l'interface travail,
- aider le médecin à établir une prise en charge pertinente.

**- Le traitement à ce stade comportant essentiellement trois types d'action :**

- **Des micro-mobilisations passives spécifiques et pertinentes<sup>1</sup>** doivent être tentées. Respectant les amplitudes physiologiques, elles sont la plupart du temps efficaces, tant au niveau antalgique que fonctionnel, et sans risques. Elles relèvent totalement des compétences du kinésithérapeute (en particulier les techniques de R. SOHIER, les plus utilisées par les kinésithérapeutes, les plus efficaces et s'appuyant sur des travaux de biomécanique d'une grande cohérence – voir bibliographie -). Elles peuvent être accompagnées ou non de traitements physiothérapeutiques.
- **La recherche d'une « préférence directionnelle » et d'une correction posturale adaptée** (SCHENK 2003, LONG 2004, BRENNAN 2006, BROWDER 2008)<sup>2</sup>.
- En l'absence, pour l'instant, de la prise en charge d'une prévention primaire de cette affection par l'assurance maladie, c'est **l'occasion unique de faire passer des consignes précoces de prophylaxie à un individu motivé** par l'expérience de la douleur et de la gêne fonctionnelle.

---

*physique F. Rannou, S. Poirauveau, M. Revel. Annales de réadaptation et de médecine physique Volume 44, numéro 5 pages 259-267 juin 2001)*

<sup>1</sup> Qui semblent avoir été oubliées dans le rapport Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription H.A.S. mai 2005

<sup>4</sup> Scenk, R., C. Jazefczyk, et al. (2003). "A randomized trial comparing interventions in patients with lumbar posterior derangement." *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 11(2): 95-102

Brennan, G., J. Fritz, et al. (2006). "Identifying subgroups of patients with acute/subacute "nonspecific" low back pain. Results of a randomized clinical trial." *Spine* 31: 623-31.

Browder, D., J. Childs, et al. (2007). Effectiveness of an extension-oriented treatment approach in a subgroup of patients with low back pain: a randomized clinical trial. *Physical Therapy*: 87, p. 1608-1618.

Long, A., R. Donelson, et al. (2004). "Does it matter which exercise? A randomized controlled trial of exercise for low back pain." *Spine* 29(23): 2593-2602.

Celles-ci concernent à ce stade les comportements dans la vie quotidienne après un exposé d'éléments d'anatomie, de biomécanique et de physiologie simples (stations assises choisies pour leur effet momentanément antalgique mais souvent défavorables, abaissements initialisés au niveau lombaire, porte-à-faux, etc.). Des notions simples d'hygiène gestuelle et posturale et d'ergonomie personnalisées évitent d'aggraver la situation. Une visite au domicile peut s'avérer nécessaire.

Enfin, cette prise en charge inscrit le sujet dans **une cohérence de soins** (au stade aigu, le patient qui ne trouve pas une solution rapide à sa douleur, essaie toutes sortes de soins dont certains peuvent être aggravants ou entretenir la douleur et la lésion).

## **2- LA LOMBALGIE SUBAIGUË**

La masso-kinésithérapie est un des éléments importants du traitement des patients lombalgiques<sup>1</sup>.

A ce stade :

- **Le bilan-diagnostic** est le même que celui de la lombalgie aiguë mais comporte en plus :
  - **l'examen analytique des mobilités sectorielles** qui renforce l'examen palpatoire. Ces deux examens sont répétés à chaque séance pour suivre l'évolution et établir une cohérence avec l'évolution de la douleur et de la gêne fonctionnelle. Informations précieuses pour le médecin.
  - Par rapport à la lombalgie aiguë, le dépistage d'autres **facteurs de risques intrinsèques** : troubles de la coordination du geste, prédominances motrices et posturales accusées, comportements à risques mieux évalués, difficultés d'anticipation des trajectoires du mouvement qu'il est possible d'évaluer à ce stade.
  - La prise en compte de l'évolution éventuelle des facteurs de risques extrinsèques : environnement physique et/ou humain, interface travail.

**Le traitement à ce stade peut comporter essentiellement cinq types d'action :**

---

<sup>1</sup> Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription H.A.S. mai 2005. Page 9, 31,37

○ **Le massage** est à visée de réintégration extéroceptive des étages perturbés, décontractant puis massage-modelant dès que la douleur aura disparu pour relancer des rythmes biologiques binaires (tension-détente, appui-non appui, rigidification-dérigidification, etc.).

○ **Les mobilisations passives spécifiques et pertinentes** intégrées au massage sont poursuivies en fonction de l'examen palpatoire et de celui des mobilités sectorielles. Elles visent la normalisation de l'arthroception de l'étage perturbé, des étages sous et sus-jacents et éventuellement **des articulations des membres que le bilan aura dépisté (hanches en particulier)**.

○ **L'utilisation de la « préférence directionnelle », si elle est trouvée (entre 70 et 80% des patients)<sup>1</sup>, et la réintroduction de mouvements à risque.**

La rééducation vise le **recouvrement progressif de la fonction rachidienne dans son ensemble et dans le rythme binaire alternant de ses deux états physiologiques** (rigidification-dérigidification).

○ La sensibilisation du patient à ses **caractéristiques individuelles au cours d'exercices pratiques.**

○ **L'éducation des comportements à risques et des gestuelles et postures courantes** (positions assises grandes pourvoyeuses de lombalgies, mobilisations de charges<sup>2</sup>, manipulations d'outils divers, exercices de gymnastique, etc.).

Ces actions conduiront à **quelques exercices personnalisés à visée préventive à continuer seul** que le kinésithérapeute choisira en fonction des facteurs de risques

---

<sup>1</sup> **Donelson R**, Grant W, Kamps C, Medcalf R. ; Pain response to sagittal end-range spinal motion. A prospective, randomized, multicentered trial. Spine; Jun;16(6 Suppl):S206-12, 1991

**Karas R**; McIntosh, G.; Hall, H.; Wilson, L.; Melles, T.; The Relationship Between Nonorganic Signs and Centralization of Symptoms in the Prediction of Return to Work for Patients With Low Back Pain Physical Therapy; 77:354-360, 1997

**Sufka A**, Hauger B, Trenary M, Bishop B, Hagen A, Lozon R, Martens B.; Centralization of low back pain and perceived functional outcome. J Orthop Sports Physical Therapy; Mar;27(3):205-12, 1998

**Werneke M**, Hart DL, Cook D; A descriptive study of the centralization phenomenon. A prospective analysis. Spine; Apr 1;24(7):676-83, 1999

**Long, A., R. Donelson, et al.**. "Does it matter which exercise? A randomized controlled trial of exercise for low back pain." Spine 29(23): 2593-2602, 2004

**May**. Evidence-informed management of chronic low back pain with the McKenzie method. Spine 8 134-141, 2008

<sup>2</sup> 95% des individus ne savent pas soulever une charge sans risque ( statistique établie par le Comité de Prévention en Kinésithérapie du Puy-de-Dôme, suite à des actions menées en milieu sanitaire et social et industriel).

dépistés, des préférences directionnelles antalgiques, des caractéristiques individuelles<sup>3</sup> du patient et de l'intérêt que celui-ci portera à chaque exercice proposé.

**Cette prévention secondaire intégrée au traitement fera découvrir l'intérêt de consultations préventives volontaires** (reprise d'un sport ou d'activités diverses, conseils ergonomiques, etc.).

Ces arguments sont bien sûr valables pour toutes les lombalgies communes et à tous les stades.

### **3- LA LOMBALGIE CHRONIQUE**

Le groupe d'experts avance l'hypothèse que les lombalgies récidivantes ou chroniques ne sont que la suite logique de lombalgies aiguës ou subaiguës qui n'ont pas bénéficié à la fois d'une prise en charge médicale et d'une prise en charge kinésithérapique telle qu'elle a été exposée plus haut et qui comprend donc un bilan-diagnostic, une ingénierie d'actes d'un niveau technique élevé et l'activation de moyens de prévention spécifiques et **personnalisés**.

Indépendamment de l'aspect psycho-social et du phénomène de déconditionnement à l'effort qui a fait l'objet de nombreuses études et expériences de traitement, le groupe d'experts voudrait mettre en avant les observations qui suivent.

L'anamnèse fait souvent ressortir :

- 1- Une **incohérence de soins**, avec des actes souvent isolés, effectués par des praticiens différents et remontants souvent au début de la lombalgie. Cela entraîne une **incohérence de consignes préventives, une incohérence de savoirs** (devenant « savoirs obstacles »<sup>1</sup> sur lesquels il est difficile ensuite de co-construire avec le patient une éducation gestuelle et posturale efficace).

Dans les comportements à risques, on retrouve le plus souvent :

- Des techniques de manipulation de charges dangereuses, l'utilisation d'une station assise sans alternance posturale, des situations quasi permanentes de « porte-à-faux » du rachis.
- Une méconnaissance totale du corps et de ses fonctions ou des incohérences.
- **Une très mauvaise qualité d'hygiène gestuelle et posturale.**

- 2- **La pratique d'activités physiques, non contrôlées, mal contrôlées ou non pertinentes, aggravantes** (exercices abdominaux sur des protrusions discales,

---

<sup>3</sup> Dans le rapport d'expertise de l'INSERM « Les rachialgies en milieu professionnel », de 1995, l'accent a été mis sur la prise en compte des caractéristiques individuelles avec la nécessité de faire évoluer, voir d'adapter la position assise immobile à angle droits qui est anti physiologique (qui perturbe le schéma de la position érigée et la vigilance musculaire), et le port de charges lourdes (gestes généralement mal conduits) qui localise en excès les contraintes, précisément aux niveaux où se révèlent ces lésions.

<sup>1</sup> « Enseigner la santé » Franck Gatto. L'Harmattan 2005

exercices de « renforcement » en général sur des dérangements articulaires non réduits, etc.).

### 3- Une absence de suivi après la(les) phase(s) aiguë(s).

### 4-L'absence d'un diagnostic différentiel ayant entraîné des soins et des consignes éducatives non adaptés avec :

- a) **Confusion fréquente entre siège de la douleur projetée et siège de la perturbation articulaire** (lombalgie haute soignée comme lombalgie basse),
- b) **Manque de connaissance et d'utilisation des sous-classifications d'un groupe très hétérogène** (85% des lombalgies sont classées dans les lombalgies non-spécifiques sans tenir compte de sous-classifications existantes<sup>1</sup>).

### 5- La non-prise en compte de facteurs de risques et de troubles associés :

- a) **Scolioses** parfois de faible angulation mais qui entraînent réellement des dorsalgies et lombalgies chroniques à cause d'un mécanisme rotatoire continuant, après la période pré-pubertaire et qui continuent de s'aggraver lentement jusqu'à la fin de la vie. Les sujets doivent bénéficier de séances régulières d'entretien pour maintenir les activités professionnelles.
- b) **Arthrose ou « dyscongruences »<sup>2</sup> de hanche découvertes tardivement** alors que des signes précurseurs auraient pu être dépistés par le kinésithérapeute précocement et avant des signes radiologiques.
- c) **Problèmes liés aux gestes de métier et à l'ergonomie des postes de travail qui nécessiteraient des échanges avec le médecin du travail.**

Toutes ces situations peuvent bien sûr se cumuler. Le groupe d'experts en conclue que, pour toutes ces raisons, les lombalgies chroniques **nécessitent une remise à plat de leur prise en charge avec un bilan-diagnostic kinésithérapique, important et valorisé**, pouvant mettre au jour les éléments qui n'ont pas été pris en compte ou les incohérences apparaissant souvent au niveau des savoirs.

---

<sup>1</sup> **Clare et al.(2005)** « Reliability of McKenzie classification of patient with cervical or lumbar pain » Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics  
**Brennan, G., J. Fritz, et al. (2006)**. "Identifying subgroups of patients with acute/subacute "nonspecific" low back pain. Results of a randomized clinical trial." Spine 31: 623-31.  
**Donelson R**, Aprill C, Medcalf R, Grant W. ; *A prospective study of centralization of lumbar and referred pain. A predictor of symptomatic discs and anular competence.* Spine; May 15;22(10):1115-22, 1997  
**Long A**; *The centralization phenomenon: its usefulness as a predictor of outcome in conservative treatment of chronic low back pain.* Spine; 20(23):2513-2521, 1995

<sup>2</sup> « Kinésithérapie Analytique de la Hanche » Bases -Techniques -Traitements différentiels Raymond Sohier. Editions Kiné-Sciences 1974/1990

En résumé sur la rééducation de la lombalgie commune, le groupe d'experts tient à souligner que le bilan-diagnostic et l'acte de rééducation sont des actes complexes d'un niveau technique élevé et qui s'intéressent à l'ensemble de la psycho-neuro-motricité de l'individu puisque la protection du rachis est assurée, entre autres, par la rapidité d'ajustement du polygone de sustentation. Ce bilan doit être réalisé rapidement afin d'adapter le traitement le plus précocement possible pour éviter rechutes et chronicité.

La lombalgie aiguë doit faire l'objet d'une prise en charge précoce par le kinésithérapeute (bilan-diagnostic du kinésithérapeute complémentaire du bilan médical, soins spécifiques, moment privilégié pour une prévention secondaire précoce, inscription dans une cohérence de soins).

Les actes de kinésithérapie nécessitent une prise en charge sociale et une revalorisation<sup>1</sup> justifiées pour le bénéfice du patient et de la société.

Par ailleurs, le qualitatif des séances de kinésithérapie (contenu) et le quantitatif (nombre de séances et rythme), sont dépendants du bilan et de l'évaluation permanente :

- de la douleur évoquée,
- du niveau de récupération des rythmes fonctionnels, non seulement des étages perturbés puis du rachis dans son ensemble mais aussi des articulations porteuses dans la marche et dans la gestuelle courante,
- des savoirs et savoir-faire réellement acquis par le sujet.

Le traitement doit être finalisé si on veut éviter des récurrences et la chronicité.

Déterminer un nombre de séances établi sur une moyenne d'actes effectués ne paraît pas adapté à une prise en charge de qualité qui, d'une part, est toujours différente d'un sujet à un autre et qui, d'autre part, doit être cohérente avec les connaissances scientifiques actualisées et les résultats de l'expérience.

Ce nombre, s'il était fixé, ne pourrait être qu'arbitraire et limitatif par principe. (La notion d'exception ne doit pas être envisagée).

Le groupe d'experts pense que la durée du traitement peut se situer, de façon tout à fait justifiée, entre 15 et 30 séances et donc qu'une Demande d'Accord Préalable pour prolongation ne devrait intervenir qu'à partir de la 30<sup>ème</sup> séance et non à partir de la 15<sup>ème</sup>.

L'A.F.R.E.K a institué au sein de son conseil scientifique un pôle de recherche sur la lombalgie.

Cela va permettre d'approfondir et d'harmoniser la recherche clinique en kinésithérapie en accord avec les propositions de l'HAS<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Souligné dans le rapport Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription H.A.S. mai 2005 au sujet du bilan-diagnostic. Page 39

<sup>2</sup> Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. H.A.S. mai 2005. Page 42

**Enfin, les kinésithérapeutes sont prêts actuellement à mettre en place une prévention primaire en accès direct à leur cabinet. Elle permettrait le déclenchement de soins précoces, la prise de conscience et la modification de comportements à risques et la sensibilisation de la population à l'intérêt de se soumettre à un rendez-vous de prévention. Cela, au même titre que le rendez-vous de prévention chez le chirurgien-dentiste qui est passé maintenant dans les habitudes pour soigner précocement les caries dentaires.**

## **AVIS CONCERNANT LA REEDUCATION APRES REINSERTION ET/OU SUTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE**

Le groupe d'experts renvoie aux pages 3, 4 et 5 et aux remarques apportées pour la lombalgie pour ce qui est du qualitatif et du quantitatif des séances.

Indépendamment du complexe de l'épaule et des articulations du membre supérieur, il convient d'examiner sérieusement **le cou, les zones cervico-dorsale et dorsale** et de traiter éventuellement les dysfonctionnements empêchant ces zones de participer aux rythmes du membre supérieur.

Cette situation, très fréquente, entraîne, par restriction de mouvement de la scapulo-thoracique, **un surmenage de la scapulo-humérale et éventuellement des projections douloureuses peu souhaitables.**

Les soins et la rééducation doivent prendre en compte les chaînes arthro-musculaires concernées pour aller vers une éducation de la gestuelle dans son ensemble pour les activités quotidiennes, professionnelles, sportives et de loisir. La démarche du kinésithérapeute doit alterner, en permanence, entre l'analytique et le global et inversement.

Le projet de référentiel fait état, pour la prise en charge rééducative postopératoire, du consensus de pratique professionnelle articulé en 3 phases.

Pour les deux premières phases d'une durée de 3 mois, la proposition de 50 séances permet de mener à bien ces protocoles de rééducation postopératoire de 6 semaines avec attelle puis de 6 nouvelles semaines pour le sevrage de l'attelle avec début de restauration des mobilités. On ne peut commencer de mobilisation active sans avoir obtenu la quasi totalité de l'amplitude passive dans la non-douleur. Cette phase est excessivement dépendante des capacités du patient à supporter la douleur et donc sa durée peut subir des variations au cas par cas.

Mais pour la troisième phase des protocoles de traitement partagés par le corpus des chirurgiens, il semble qu'elle soit délibérément écartée du référentiel puisqu'il y est dit « qu'elle sera mise en œuvre uniquement pour certains patients ».

Pourtant, ces protocoles prévoient que la rééducation doit être poursuivie jusqu'à récupération complète des amplitudes passives d'abord, puis actives avant d'aborder la phase de stabilisation. Ce délai varie de 3 à 4 mois dans le cas d'une petite rupture et peut aller jusqu'à 12 mois dans le cas d'une raideur ou d'une insuffisance musculaire de la coiffe des rotateurs.

D'autre part, le sevrage de la rééducation est toujours progressif. De quotidienne, elle devient tri puis bi-hebdomadaire.

Les patients sont ensuite suivis une fois par semaine, puis tous les 15 jours, jusqu'à stabilisation. C'est toute l'importance du suivi de la phase 3, lequel garantit la pérennité des résultats du protocole de rééducation.

Ainsi, il apparaît que des patients seront mis en danger de récurrence, voire risquent une ré-intervention chirurgicale, parce qu'on les aura prématurément remis dans le circuit de leurs activités professionnelles, domestiques, sportives ou de loisirs sans y avoir été entraînés par une réadaptation spécialisée de kinésithérapeute.

L'excellence des résultats fonctionnels des opérés de la coiffe, aujourd'hui, est vraisemblablement due à la spécificité du suivi postopératoire :

- immobilisation adaptée au cas par cas,
- micro-mobilisations passives visant la meilleure congruence articulaire,<sup>1</sup>
- récupération la plus complète possible des amplitudes de la scapulo-humérale en abduction et en adduction horizontale,
- travail des seuls muscles rotateurs latéraux,
- et application de techniques spécifiques (ex : Concept Global de l'Épaule).

Ces patients sont suivis par leur chirurgien jusqu'à ce que la récupération fonctionnelle soit en plateau (stabilité du score de Constant<sup>2</sup>, c'est-à-dire à un niveau satisfaisant en fonction de l'âge et du sexe) et que les douleurs aient disparu.

Cette adaptation des modalités de la rééducation, en fonction des difficultés rencontrées par chaque patient, permet de lutter contre tous les déficits structurels qui accompagnent le vieillissement (limitation d'amplitudes et diminution de force des rotateurs latéraux). Cette stratégie permet d'obtenir des résultats identiques, indépendants de l'âge et du type de rupture.

**Le groupe des experts demande à ce que le nombre d'actes réalisés en séries, au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre la prise en charge, soit porté à 65 au lieu de 50, de façon à ne pas compromettre le devenir de l'acte chirurgical et à ne pas oublier le coût du temps**

---

<sup>1</sup> R. Sohier

<sup>2</sup> Le score de Constant : son utilisation est actuellement recommandée par la SECEC (Société Européenne de chirurgie de l'épaule et du coude), la HAS (Haute Autorité en Santé) et par Gazielly bien qu'il faille l'utiliser avec précaution dans les premiers mois postopératoires.

passé par le patient à une rééducation longue et douloureuse, souvent assortie d'un arrêt de travail.

## **AVIS CONCERNANT LA REEDUCATION APRES MENISCECTOMIE ISOLEE, TOTALE OU SUBTOTALE, PAR ARTHROSCOPIE**

La méniscectomie est proposée dans 90% des cas à **des patients âgés** dans le but de repousser le plus longtemps possible la mise en place d'une PTG. La méniscectomie comme la PUC est pratiquée souvent sur des genoux dégénératifs dont les tissus sont moins élastiques et plus fragiles. C'est souvent une chirurgie de sauvetage et de dernière chance avant la PTG. Le garant du résultat, pour justement éviter la PTG, est en partie la rééducation qui est difficile et peut-être plus que pour la PTG. En effet, la rééducation de la PTG reste compliquée au début (chirurgie très invasive) mais simple au final car tout le cartilage dégénératif responsable des phénomènes douloureux est remplacé.

La méniscectomie comme la PUC est simple au début (chirurgie moins invasive) mais plus complexe à l'arrivée car il reste tout ou partie du cartilage plus ou moins dégénératif qui ne demande qu'à devenir symptomatique secondairement aux perturbations fonctionnelles post-opératoires (boiterie, enraidissement musculaire et articulaire, épanchement).

On peut considérer que les lésions méniscales isolées traumatiques **sont rares**, ces lésions méniscales sont souvent associées à des lésions ligamentaires récentes avec discrète instabilité ou encore à des gonarthroses débutantes sur vice architectural.

Le ménisque est le premier élément à se détériorer dans l'interligne fémoro-tibial, ce qui souvent amène à consulter le chirurgien qui évidemment proposera le nettoyage arthroscopique dans un premier temps.

Les comptes-rendus opératoires mentionnent d'ailleurs souvent les lésions chondrales sur le fémur ou le tibia.

La méniscectomie, même à minima, **modifiera la biomécanique du genou.**

La rééducation pourra se poursuivre pendant 3 mois combinant mobilisations tissulaires, « resurfaçage » articulaire, renforcement musculaire et proprioception.

Si on raisonne alors en nombre de séances à raison de 3 séances par semaine pendant 3 semaines puis 2/semaines pendant 3 semaines et 1 séance pendant 6 semaines, on arrive déjà

à 21 séances, si toutefois une viscosupplémentation n'a pas été proposée, auquel cas la combinaison avec la rééducation prolongera d'autant plus la prise en charge.

## **AVIS CONCERNANT LA REEDUCATION APRES ARTHROSCOPIE POUR PROTHESE UNICOMPARTIMENTAIRE DU GENOU**

Le remplacement des surfaces articulaires **par la prothèse totale du genou** rend rapidement le genou indolent et plus fonctionnel. La pose d'une **prothèse unicompartmentale** diminuera les douleurs, mais les autres compartiments sont rarement absents de lésions arthrosiques, ce qui nécessite une prise en charge quelquefois plus importante que dans la prothèse totale.

Si l'on considère 3 mois de rééducation à raison de 3 séances par semaines comme pour la prothèse totale, le nombre atteint déjà 36 séances. Le nombre 25 est déjà dépassé.

**En conclusion sur ces trois thèmes, comme pour la lombalgie, le groupe d'experts insiste sur le fait que le qualitatif et le quantitatif sont étroitement dépendants du bilan-diagnostic chirurgical, médical et kinésithérapique.**

Pour le qualitatif :

- pour le genou, comme pour l'épaule, prise en compte des articulations sous (tibio-tarsienne, sous-astragaliennne, etc.) et sus-jacentes (hanches, rachis, sacro-iliaques),
- pour le genou, comme pour l'épaule, la prise en compte des chaînes arthromusculaires,
- **Pour les genoux, l'éducation aux deux types de marches<sup>1</sup> est intéressante pour permettre une prolongation de la rééducation par le patient lui-même.**

Il renvoie aux pages 3, 4 et 5 concernant le bilan diagnostic kinésithérapique et aux pages consacrées à la lombalgie ainsi qu'aux remarques ci-dessus pour le quantitatif.

---

<sup>1</sup> « Deux marches pour la machine humaine » Raymond Sohier. Editions Kiné-Sciences 1989

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Complétant les références de bas de page

**AFREK.** Prise en charge kinésithérapique du lombalgique. Conférence de consensus. Labellisé par l'ANAES. Ed SPEK 2000.

**ANAES.** Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Paris 2000.

**Brennan, G., J. Fritz, et al. (2006).** "Identifying subgroups of patients with acute/subacute "nonspecific" low back pain. Results of a randomized clinical trial." Spine 31: 623-31.

**Browder, D., J. Childs, et al. (2007).** Effectiveness of an extension-oriented treatment approach in a subgroup of patients with low back pain: a randomized clinical trial. Physical Therapy: 87, p. 1608-1618.

**Chatrenet Y, Charbonnier M, Chatrenet P, Sagniez JP.** Organisation anatomique et physiologique des chaînes musculo-aponévrotiques. Incidences sur les techniques d'étirement. In : rééducation 88, Expansion scientifique française 1988 ; 248-55.

**Clare et al. (2005).** « Reliability of McKenzie classification of patient with cervical or lumbar pain » Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics.

**Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E.** « Massage for low-back pain (Review) » The Cochrane Collaboration 2010.

**Gatto F.** « Enseigner la santé ». L'Harmattan 2005.

**HAS.** Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription mai 2005.

**INSERM.** Rapport d'expertise collective de l'INSERM « Les Rachialgies en milieu professionnel – Connaissances – Facteurs de risques – Prévention 1995.

**Long, A., R. Donelson, et al. (2004).** "Does it matter which exercise? A randomized controlled trial of exercise for low back pain." Spine 29(23) : 2593-2602.

**MAY.** (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with the McKenzie method. SPINE 8 (2008) 134–141.

**Ministère de la Santé et des Sports.** « Retrouver sa liberté de mouvement » PNAPS Pages 164-165.

**Rannou F.,** Poiraudeau S., Revel M. « Le cartilage : de la mécanobiologie au traitement physique ». Annales de réadaptation et de médecine physique Volume 44, numéro 5 pages 259-267 juin 2001.

**Saint-Rapt M.** (de). « Conditions biomécaniques propres aux positions assises - Introduction aux rythmes lombo-sacro-coxo-fémoraux » KS n°325 - p.15 à 26-1993 SPEK.

**Saint-Rapt M.** (de), Bidet P. Rapport de l'action "[Passeport pour un bon dos](#)" : action de prévention et de dépistage en classes primaires et sixièmes -CDPK 63- Site CNPK.

**Saint-Rapt M.** (de). « Une grille d'évaluation de l'hygiène gestuelle et posturale », Kinésithérapie Scientifique, n°407 Janvier 2001, page 24, SPEK.

**Saint-Rapt M.** (de), Bidet P.« Pourquoi fondamentalement deux façons de soulever et transporter une charge ? », Kinésithérapie Scientifique n°407, Janvier 2001 SPEK.

**Schenk, R., C. Jazefczyk, et al. (2003).** "A randomized trial comparing interventions in patients with lumbar posterior derangement." Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 11(2): 95-102.

**Sohier R.** La Kinésithérapie Analytique de la Colonne Vertébrale –Ses bases – ses techniques – ses traitements différentiels. Tomes 1 et 2. Imp. Louviéroise 1970.

**Sohier R.** Kinésithérapie de l'épaule - Bases –Techniques – Traitements différentiels Ed Kiné-Sciences 1985.

**Sohier R.** Heures P. Kinésithérapie des rachis scoliotiques - Bases –Techniques – traitements différentiels.

**Sohier R.** La dynamique du vivant du rachis et des sacro-iliaques Ed Kiné-Sciences 1995.

**Sohier R.** Biologie mécanogène – Cinq cents notions fondamentales de biomécanique humaine Ed Kiné-Sciences 1998.

**Sohier R.** Kinésithérapie analytique de la lombalgie. Ed Kiné-Sciences 1999.

**Sohier R.** Dr Sohier R. Justifications fondamentales de la réharmonisation biomécanique des lésions dites « ostéopathiques » Ed. Kiné-Sciences 2000.

**Sohier R.** De la cybernétique qui gère la Machine Humaine à la kinésithérapie analytique de la gonarthrose . Ed. Kiné-Sciences 2001.

**Sohier R.** De la biomécanique à la biologie mécanogène Ed. Kiné-Sciences 2009.

Dr **Troussier B.** et Pr Phelip X. « Le dos de l'enfant et de l'adolescent et la prévention des lombalgies » page 41 Travaux de J-J SALMINEN (travaux du GILL) – 1999.