

Rééducation et lombalgie commune

DOSSIER DE SAISINE

➤ Intitulé du projet

Rééducation et lombalgies communes

➤ Type de produit soumis :

Conformément à l'article L162-1-7¹ du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie propose un nombre d'actes au-delà duquel un avis du service du contrôle médical est nécessaire pour la poursuite de la prise en charge par l'Assurance maladie de la rééducation prescrite pour lombalgie commune.

¹ Article L162-1-7 du code de la sécurité sociale

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. **Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.** La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

➤ **Champ du projet :**

Ce référentiel porte sur la rééducation en ambulatoire des lombalgies communes.

« Les lombalgies communes représentent près de 6 millions de consultations en France chaque année et constituent la 3^e cause d'invalidité en France. Parmi les traitements proposés, les prescriptions de masso-kinésithérapie représentent une part importante de la prise en charge du lombalgique. » [1].

« La lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse. On estime habituellement, sur la base de la pratique clinique, que la « lombalgie commune » représente la grande majorité des cas (90%) de lombalgies prises en charge par les professionnels de santé. » [1].

Elle se définit par [2] :

- sa topographie : elle s'étend du rachis lombaire (D12 à S1) aux crêtes iliaques, irradiant parfois vers les fesses et la face postérieure des deux cuisses sans dépasser les genoux.
- son profil évolutif : épisode isolé (moins de 7 jours), forme continue et forme récurrente (entre 7 jours et 3 mois) et forme chronique (plus de 3 mois)
- l'absence d'une lésion organique spécifique symptomatique d'une maladie

L'absence de radiculalgie est un élément essentiel de cette définition. [3]

➤ **Fondements scientifiques retenus :**

La prescription de masso-kinésithérapie représente une part importante du traitement proposé dans la prise en charge des lombalgies.

La place et les modalités de réalisation de la masso-kinésithérapie dans les lombalgies ont été précisées dans plusieurs recommandations de l'ANAES et de l'HAS [1 et 3 à 6].

Elle ne se limite pas au traitement de la douleur mais est une étape essentielle de la prévention des récurrences et du passage à la chronicité [10-11].

Classification des lombalgies communes

Plusieurs classifications existent.

La classification du GILL (groupe interdisciplinaire de lutte contre les lombalgies) [7] distingue ainsi :

- La lombalgie primaire : premier épisode douloureux, de durée le plus souvent limitée, capable d'être prévenue par les moyens de prévention primaire.
- La lombalgie secondaire : forme récidivante, susceptible de gêner les activités quotidiennes et d'entraîner un retentissement psychologique. Elle peut être prévenue par les moyens de prévention secondaire, en particulier dans les écoles du dos médicalisées.
- La lombalgie tertiaire : forme chronique et invalidante, responsable de désinsertion sociale, professionnelle et psychologique. Elle nécessite la mise en oeuvre de compétences et de

mesures pluridisciplinaires orientées vers la reprise précoce des activités et la réinsertion du sujet, si possible dans son cadre de vie antérieur.

Les recommandations de la HAS de 2005 [1] sur la prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune distinguent pour leur part :

- les lombalgies aiguës d'évolution égale ou inférieure à 4 semaines ;
- les lombalgies subaiguës qui ont une évolution comprise entre 4 et 12 semaines ;
- les lombalgies chroniques marquées par leur ancienneté, supérieure à trois mois.

Les lombalgies récidivantes sont définies comme la survenue d'au moins deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle.

Ces classifications répondent à des situations cliniques classiques exprimant les risques évolutifs des lombalgies communes au long cours et leur gravité potentielle, qui rendent nécessaire de recourir aux moyens de prévention dès que leur évolution paraît se prolonger.

Recommandations de bonne pratique

Ce référentiel s'appuie essentiellement sur les recommandations de la HAS parues en 2005 [1].

« La prescription de masso-kinésithérapie doit permettre la reprise des activités du patient dans les meilleures conditions possibles et, dans le cadre des lombalgies subaiguës ou récidivantes, la prévention des rechutes ou du passage à la chronicité.

Pour mener à bien ce programme, le masseur-kinésithérapeute dispose d'une série d'actes comprenant notamment : les exercices thérapeutiques (ou gymnastique médicale), le massage, l'électrothérapie, les tractions vertébrales, la balnéothérapie, les contentions lombaires, la thermothérapie, la cryothérapie et les réflexothérapies. »

Dans ces recommandations, la HAS distingue deux situations de prise en charge :

- **La lombalgie aiguë**

Du fait qu' « aucune étude n'a montré une réelle efficacité de la masso-kinésithérapie, et aucune recommandation publiée ne l'a proposée (...) les experts du groupe de travail considèrent qu'au stade aigu de la maladie (4 premières semaines) le traitement est avant tout médical. À cette période, l'évolution étant le plus souvent favorable, il faut éviter une médicalisation excessive qui pourrait favoriser le passage à la chronicité. Cependant, dans certains cas exceptionnels, un nombre limité de séances de kinésithérapie peut être proposé (2 à 6), à un rythme de 2 à 3 séances par semaine (un traitement masso-kinésithérapique prescrit trop précocement et à une rythmicité trop grande peut favoriser une dépendance du patient vis-à-vis du kinésithérapeute). L'objectif est une reprise rapide de l'activité : les techniques antalgiques pourraient être prescrites, associées à des conseils d'hygiène de vie et à l'éducation du patient. »

A ce stade, la prise en charge vise deux objectifs : maîtriser le symptôme et, à distance de l'épisode, prévenir les récurrences d'épisodes aigus en apprenant au rachialgique à composer avec son dos malade en respectant les règles d'économie vertébrale.

Les techniques antalgiques que cite la HAS sont encore insuffisamment évaluées [10 à 14]. Elles consistent en programmes d'exercices en cyphose (flexion lombaire de Williams), en lordose (extension lombaire de Cyriax d'abord puis réactualisée par MacKenzie), verrouillage lombaire en position intermédiaire élaboré par Troisier et rééducation proprioceptive lombopelvienne. Elles se pratiquent sur un petit nombre de séances (2 ou 3).

- **La Lombalgie chronique**

La HAS préconise le schéma de prise en charge suivant :

- une première série de 10 à 15 séances. *(Les séances ne doivent pas être trop rapprochées pour éviter une médicalisation excessive et pour laisser le temps au patient d'apprendre les exercices et gestes de prévention.)*
- à l'issue cette première série, « deux nouveaux bilans, médical et kinésithérapique, sont proposés pour déterminer si le traitement masso-kinésithérapique doit être arrêté ou poursuivi. »
- si le traitement doit être poursuivi, « 15 séances supplémentaires semblent représenter un objectif à ne pas dépasser »

« Les experts insistent sur la nécessité de responsabiliser le patient pour la gestion dans le temps des séances de masso-kinésithérapie (30 au maximum sur une période d'un an), et sur l'importance de son éducation (conseils d'hygiène de vie, gestes et postures, port de charge, ergonomie, exercices d'entretien adaptés à chaque patient). La concertation entre le médecin et le masseur-kinésithérapeute est essentielle, et un travail en collaboration tripartite, patient - masseur-kinésithérapeute – médecin devrait améliorer la prise en charge. »

« The Medical disability advisor », guide américain, recommande une rééducation de 12 séances sur une période de 6 semaines.

➤ **Description des pratiques :**

1. Echantillon n°1 : étude des ententes préalables reçues par l'Assurance Maladie (2001)

Un audit médical [9] a été réalisé entre le 15 et le 21 mars 2001 sur un échantillon au 1/12ème représentatif des demandes d'Entente Préalable (DEP) émanant de masseurs kinésithérapeutes libéraux pour les assurés des trois régimes, quel que soit le risque (maladie maternité ou accident du travail) et le lieu de réalisation.

Sur 17 125 demandes d'entente préalables reçues, 5 217 (30%) portaient sur une rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée.

Pour 2 235 demandes d'ententes préalables, la localisation était précisée et concernait le rachis lombaire. Lors d'un traitement initial, la durée moyenne du traitement demandé était de 11,5 séances. Pour une prolongation de traitement, elle était de 13,1 séances.

	Nombre d'EP	Age moyen	Traitement initial		Prolongation de traitement	
			Nombre d'EP	Nombre moyen de séances / EP	Nombre d'EP	Nombre moyen de séances / EP
atteinte rachis lombaire	2 325	49,1	1 855	11,5	465	13,1

Données : informations issues de l'examen des DEP reçues au service médical pour des assurés du régime général entre le 15 et le 21 mars 2001.

2. Echantillon n°2 : Etude des soins de masso-kinésithérapie réalisés pour des patients atteints de dorso-lombalgies et reconnus atteints d'une affection de longue durée.

En 2008 et 2009, 30 175 patients, assurés du régime général, ont été reconnus atteints d'une affection de longue durée selon l'article L 324-1² du code de la sécurité sociale avec comme diagnostic, dorso-lombalgie³. Le motif administratif d'ouverture d'un article L324-1 concerne essentiellement des assurés en arrêt de travail de plus de 6 mois. Il s'agit donc d'un échantillon de patients lombalgiques chroniques pour lesquels on peut supposer une prise en charge en masso-kinésithérapie plus longue que celle de l'ensemble des lombalgies communes.

30 175 patients ont été retenus. Le nombre de séances de rééducation en ambulatoire réalisé par ces patients en 2009 a été recherché. (Régime général y compris section locale mutualiste)

64% de ces patients ont eu des séances de masso-kinésithérapie. Pour ces patients, le nombre moyen de séances constaté sur l'année était de 33. La médiane se situe à 23 séances.

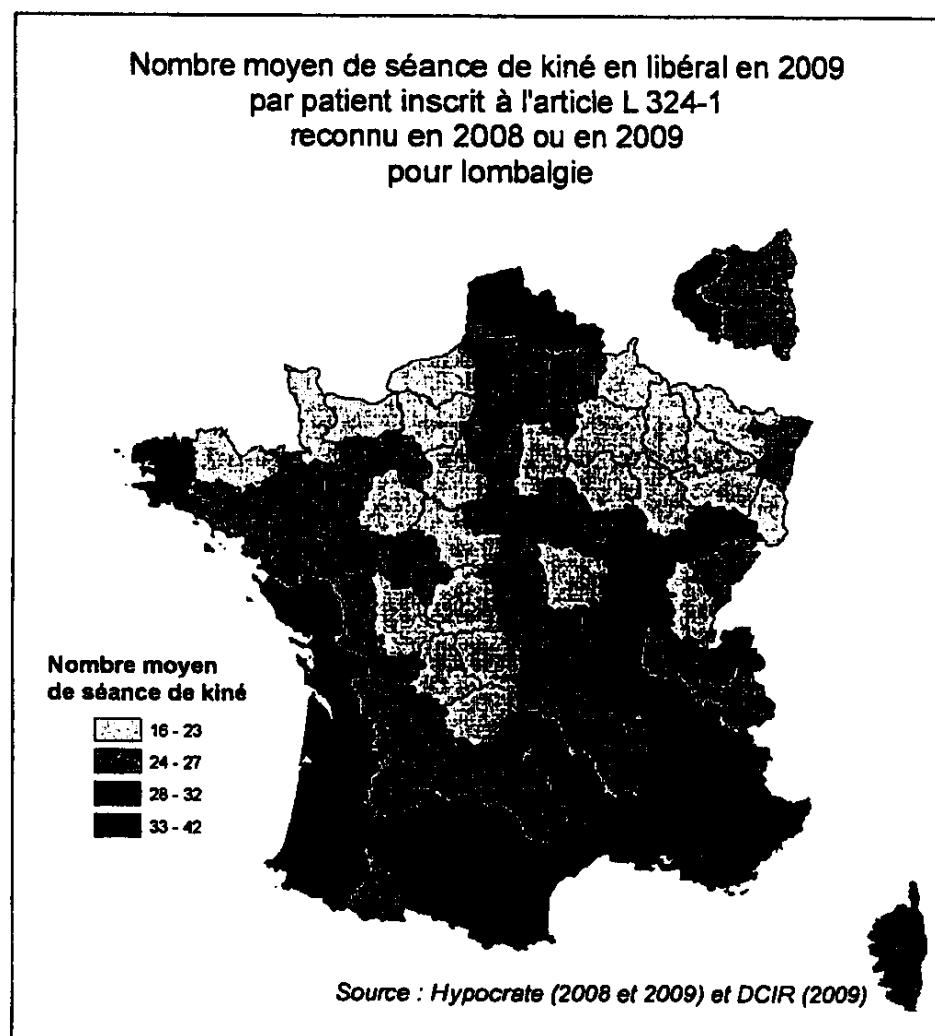
nb patients ayant eu au moins une séance de kiné en 2009	Age moyen	Nombre de séances					
		moyenne	q25	mediane	q75	q90	q95
19 383	46 ans	33	12	23	42	71	93

Données : assurés du régime général y compris SLM, soins réalisés en 2009

Le nombre moyen de séances par département varie de 20 séances pour la Vienne (106 patients) à 34 séances pour le Gard (360 patients) . Pour cette comparaison, les départements qui ont plus de 100 patients sont retenus. Les consommations les plus extrêmes (5%) ont été exclues du calcul des moyennes départementales

² Article L324-1 du code de la Sécurité sociale : (extrait) En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée (6 mois), la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; (...)

³ Codes CIM 10 retenus : M51-Atteintes d'autres disques intervertébraux, M543-Sciatique, M544 Lumbago avec sciatique, M545 Lombalgie basse, M546 Rachialgies dorsales, M548 Autres dorsalgies



➤ **Objectifs du projet :**

Cette médicalisation de la procédure de demande d'accord préalable vise à simplifier les démarches médico-administratives pour l'exécutant des séances, le prescripteur et le patient.

Il s'agit de fixer, pour chaque situation médicale, un nombre d'actes au-delà duquel l'exécutant demandera, de manière exceptionnelle, un accord préalable du service médical en justifiant médicalement la poursuite des soins, après concertation avec le prescripteur. Dans la grande majorité des cas, la rééducation aura atteint ses objectifs thérapeutiques avec un nombre de séances inférieur à celui proposé dans ce document.

Ce nombre d'actes sera inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Titre XIV, Chapitre V).

➤ **Projet proposé :**

Il ne paraît pas nécessaire, en l'état actuel des connaissances, de distinguer par un seuil différent, dans le cadre de la procédure d'accord préalable, les situations de lombalgie aiguës et les situations de lombalgie chronique.

En effet, une part importante des premiers épisodes lombalgiques ne donne pas lieu à une prise en charge de rééducation. De plus il n'est pas toujours facile de distinguer objectivement dans quelle situation clinique le patient se trouve (épisode isolé aigu ou pathologie déjà chronique).

A partir des recommandations consultées, il est proposé, quand une rééducation en ville est nécessaire pour la prise en charge de la lombalgie commune, de fixer le nombre de séances au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre, à titre exceptionnel, la prise en charge :

- **dès la 16^{ème} séance pour une série de séances de rééducation pour lombalgie commune**
- **dès la 31^{ème} séance, si déjà 30 séances pour lombalgie commune auront été prises en charge dans les 12 mois précédents.**

Ces deux paliers (15 séances pour une série et 30 séances sur une année) correspondent à des temps importants de concertation entre les différents intervenants dans la prise en charge du patient .

Références bibliographiques

1. Haute autorité de santé. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. Paris : HAS ; mai 2005
2. Morel-Fatio M, Vassel P. Lombalgie chronique commune. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 3-1520
3. Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie. Prise en charge kinésithérapique du lombalgique. Conférence de consensus 13 novembre 1998. Ann. Kinésithér., 1999, t. 26, n° 1
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Masso-kinésithérapie dans les lombalgies communes. Concours Méd 1996; 38 Suppl(1):1-16.
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Paris: ANAES; 2000.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Paris: ANAES; 2000.
7. Bernard Duquesnoy, Classification des lombalgies communes, Revue du rhumatisme, Vol. 68 - N° 2 - p. 145-149
8. <http://www.mdguidelines.com/rotator-cuff-repair>, The Medical disability advisor, 6ème édition
9. Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés. Nouvelles pratiques de kinésithérapie. Bilan six mois après la réforme. Paris : CNAMTS; 2001.
10. Yves Henchoz, Alexander Kai-Lik Sob, Exercice et lombalgies communes : revue de la littérature, Revue du Rhumatisme 75 (2008) 790–799
11. Marco Tomasella, Traitements conservateurs de la lombalgie, Médecine de l'Appareil Locomoteur et Revalidation Fonctionnelle, Service du Prof. J.- M. CRIELAARD - C.H.U. Liège
12. La Méthode McKenzie, Dossier paru dans la Revue de Médecine Orthopédique, n° 60, Mars 2000
13. Patrice Boudot, la validation scientifique de la méthode McKenzie, les annales de kinésithérapie, n°43, juillet 2005.
14. Nathalie Chartrand et Richard Mercier , Lombalgie aiguë et subaiguë : la physiothérapie revue et corrigée, Le Médecin du Québec, volume 38, numéro 12, décembre 2003

15. Nguyen C, Poiraud S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme* 76 (2009) 537- 542
16. Valat JP. Progrès en pathologie rachidienne : l'évolution de la prise en charge des lombalgies communes. *Revue du rhumatisme* 74 (2007) 73-78
17. Vanvelcenaher J, Raevol D, O'Miel G et al. Programme de restauration fonctionnelle du rachis dans les lombalgies chroniques. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* 26-294-B-10
18. Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *Phys Ther Pract* 2001;81(10):1641-74.
19. Poiraud S, Rannou F, Revel M. Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socioéconomiques. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* 15-841-A-10 (2004)
20. Lombalgies. La kinésithérapie et l'imagerie médicale souvent utilisées en excès. In: *Assurance-maladie, des soins de qualité pour tous. Faits marquants:15 études*. 2000. p. 37-43.
21. Phelip X. Classification des lombalgies adaptée à la pratique de la kinésithérapie. *Ann. Kinésithér.*, 1999, t. 26, n° 4, pp. 165-172
22. Viel E. *Vademecum de la prescription en kinésithérapie*. Paris: Masson; 2003.
23. Rainville J, Jouve CA, Hartigan C, Martinez E, Hipona M. Comparison of short- and long-term outcomes for aggressive spine rehabilitation delivered two versus three times per week. *Spine J* 2002; 2 (6):402-7
24. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo RWJG, Kim BA, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001; 26(22):2504-13.
25. Klaber Moffett JA. Back pain: encouraging a self-management approach. *Phys Ther Pract* 2002;(18):205-12
26. Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, et al. Psychobehavioural assessment for chronic low back pain. *Ann Readapt Med Phys* 2006; 49:226–33