



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**PRISE EN CHARGE MASSO-  
KINÉSITHÉRAPIQUE  
DANS LA LOMBALGIE COMMUNE :  
MODALITÉS DE PRESCRIPTION**

**MAI 2005**

**Service ALD et accords conventionnels**

---

## SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

---

### I. INTRODUCTION

Les lombalgies communes représentent près de 6 millions de consultations en France chaque année et constituent la 3<sup>e</sup> 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 : en 1998, plus d'un million de malades ont été traités par masso-kinésithérapie pour le rachis lombaire, ce qui représentait 30% des actes de cette thérapeutique, toutes pathologies confondues.

Dans ce contexte, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a saisi l'Anaes pour préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un accord de bon usage des soins (AcBUS) ; il concerne d'une part l'actualisation des recommandations élaborées jusqu'alors (1998 et 2000) et d'autre part le nombre et le rythme des séances de kinésithérapie à préconiser dans le traitement des lombalgies communes.

### II. MÉTHODE

La HAS a d'abord procédé à une analyse de la littérature (principalement postérieure à 2000, c'est-à-dire aux plus récentes recommandations sur le sujet) en langue française ou anglaise ; elle concernait d'une part des recommandations professionnelles et conférences de consensus, d'autre part, des études cliniques ou thérapeutiques, traitant du thème général des lombalgies communes et plus particulièrement de leur traitement rééducatif. La sélection a été réalisée selon le niveau de preuve et la qualité méthodologique des études.

Cette analyse de la littérature a été soumise à un groupe de travail constitué de 16 experts proposés par les sociétés savantes concernées et/ou ayant l'expérience du sujet. Les conclusions et perspectives proposées ont été soumises à un groupe de lecture composé de 26 experts qui ont voté sur une liste de questions et propositions. Le document final a été validé par le groupe de travail.

### III. RÉSULTATS

#### III.1. Définitions et classification

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.

La classification suivante, établie par des experts internationaux et particulièrement adaptée à la réalité clinique et à la prise en charge rééducative des lombalgies communes, a été utilisée :

- **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 experts ont proposé d'individualiser les **lombalgies récidivantes** et de les définir comme la survenue d'au moins deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle.

Dans cette étude les lombalgies subaiguës, récidivantes et chroniques ont été regroupées, les plans de traitement rééducatifs étant le plus souvent similaires dans les publications.

### **III.2. Le cadre de la prescription en masso-kinésithérapie**

Depuis la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes en 2000, ceux-ci peuvent, après diagnostic médical et prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de la masso-kinésithérapie poser eux-mêmes l'indication du contenu (qualitatif), du nombre et de la rythmicité des séances (quantitatif) de masso-kinésithérapie (malgré ces dispositions, en 2001, seules 3 % de l'ensemble des prescriptions, toutes pathologies confondues, laissaient au masseur-kinésithérapeute la décision du nombre de séances nécessaires).

Dans ce cadre, le masseur-kinésithérapeute établit un bilan qui comprend l'évaluation des déficiences et l'évaluation des incapacités fonctionnelles. Ces évaluations permettent d'établir un bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) et de choisir les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Le BDK est adressé en début de traitement au médecin prescripteur sous forme d'une fiche de synthèse initiale et en fin de traitement (si celui-ci est égal ou supérieur à 10 séances), sous forme d'une fiche de synthèse finale retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique. Cette dernière fiche est adressée au médecin-conseil en cas de demande de renouvellement.

A tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

En 2003 une enquête a montré que, toutes pathologies confondues, seulement 30% des masseurs-kinésithérapeutes ont établi un bilan écrit.

### **III.3. Les actes de masso-kinésithérapie**

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.

### **III.4. La cotation des actes**

À chaque séance s'applique une cotation comprenant les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute pendant la séance.

Sauf exception, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes ce qui représente, dans le cadre de la nomenclature générale des actes professionnels des masseurs-

kinésithérapeutes, un temps moyen de prise en charge, quelle que soit la pathologie considérée.

Le texte de la nomenclature générale des actes professionnels de rééducation et réadaptation fonctionnelle précise les points principaux suivants :

- **Bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK)** : pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances la cotation à appliquer est de AMS 8,1
- **Traitement masso-kinésithérapique individuel** : la rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques du rachis est cotée en AMS 7.

### **III.5. Prescription de séances de masso-kinésithérapie dans la prise en charge thérapeutique des lombalgies aiguës (4 premières semaines d'évolution)**

Les recommandations publiées avant 2000 précisait que la prise en charge masso-kinésithérapique des lombalgies communes au stade aigu était très limitée.

Depuis 2000, aucune étude n'a montré une réelle efficacité de la masso-kinésithérapie, et aucune recommandation publiée ne l'a proposée dans le traitement de la lombalgie aiguë.

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.

À l'issue de ces séances, les experts recommandent une réévaluation à la fois médicale et kinésithérapique pour la suite à donner au traitement.

### **III.6. Prescription de séances de masso-kinésithérapie dans la prise en charge thérapeutique des lombalgies subaiguës récidivantes et chroniques**

La masso-kinésithérapie apparaît comme un des éléments importants du traitement des patients lombalgiques, après la période aiguë.

Mais l'analyse de la littérature ne permet pas de dégager de protocoles bien définis tant en ce qui concerne le qualitatif (contenu de la prescription), que le quantitatif (nombre et rythmicité des séances).

Cependant certaines tendances peuvent être mise en évidence et sont décrites ci-dessous.

#### **III.6.1. Prescription qualitative**

Les exercices thérapeutiques représentent la priorité du traitement (action physique et action psychologique sur le patient qui retrouve confiance en ses possibilités). La prescription sera basée sur des exercices d'entretien articulaire lombaires, des étirements, sur le renforcement des muscles du tronc et du segment lombo-pelvien et sur des exercices généraux. L'intensité croissante des exercices semble jouer un rôle favorable dans la réadaptation du patient lombalgique en phase chronique. Les experts considèrent

que l'efficacité du traitement masso-kinésithérapique repose sur l'association de différentes méthodes.

Les autres techniques n'ont pas démontré la preuve de leur efficacité.

Le traitement de la douleur (par exemple par massage ou électrothérapie) ne doit pas représenter l'essentiel de la prise en charge.

L'éducation et la formation du patient sont essentielles : prescription d'exercices d'entretien à effectuer seul par le patient, conseils d'hygiène de vie. Les problèmes psycho-sociaux, fréquents chez les patients lombalgiques chroniques, peuvent demander une prise en charge spécialisée.

### III.6.2. Prescription quantitative et proposition de prise en charge masso-kinésithérapique

En l'absence de donnée de la littérature, ce chapitre repose principalement sur les avis des experts du groupe de travail et du groupe de lecture.

#### - **En début de traitement**

Il est nécessaire d'établir à la fois un bilan médical avec, si possible, utilisation d'échelles validées (Eiffel, DRAD<sup>1</sup> ou Oswestry, par exemple) et un bilan kinésithérapique. Celui-ci comprend l'évaluation des déficiences et l'évaluation des incapacités fonctionnelles. Ces évaluations permettent d'établir un bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) qui fixe les objectifs principaux du traitement rééducatif ; les objectifs doivent tenir compte du projet du patient. Ces éléments sont résumés dans une fiche synthétique (fiche de synthèse initiale), rédigée par le MK, qui permettra ensuite le suivi du patient et l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Le nombre de séances est difficile à établir lors de la première consultation ou lors de la première séance de kinésithérapie. Dans ces conditions, les experts ont proposé 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.

#### - **En fin de traitement**

À l'issue des séances de masso-kinésithérapie deux nouveaux bilans, médical et kinésithérapique, sont proposés pour déterminer si le traitement masso-kinésithérapique doit être arrêté ou poursuivi :

- si le traitement est arrêté, une fiche de synthèse dite « finale » est transmise au médecin prescripteur ;
- si le traitement doit être poursuivi, une fiche de synthèse dite « intermédiaire » est adressée au médecin prescripteur et au médecin-conseil avec une proposition de renouvellement de séances. 15 séances supplémentaires semblent représenter un objectif à ne pas dépasser ;
- en l'absence d'amélioration à l'issue de cette deuxième série de séances, le traitement masso-kinésithérapique ne présente plus de bénéfice et doit être interrompu. Une consultation médicale spécialisée ou pluridisciplinaire devrait alors être proposée au patient (école du dos par exemple...).

---

<sup>1</sup> DRAD : Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas

#### - **Mise en œuvre**

Les modalités de mise en œuvre de ce schéma thérapeutique devront être établies dans le cadre de la convention entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance-maladie. Les remarques suivantes ont été formulées par les membres du groupe de travail :

- dans le cadre d'une mise en œuvre selon les modalités ci-dessus, la demande d'entente préalable initiale pourrait être supprimée. Le kinésithérapeute proposerait alors le nombre et le rythme de séances au médecin, tel que formulé dans la réforme de la nomenclature de 2000, le médecin prescripteur pouvant intervenir à chacune des étapes du traitement ;
- la communication entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin doit être renforcée par l'intermédiaire des fiches de synthèse (initiale, intermédiaire si nécessaire, et finale) comme indiqué dans le texte de l'arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la nomenclature des actes professionnels des MK. Cependant si le principe général d'utilisation des fiches de synthèse est admis par tous les experts du groupe de travail, les modalités de transmission de ces fiches ne sont pas consensuelles, les MK membres du groupe souhaitant alléger le dispositif.

#### - **Rôle du patient**

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.

## **IV. CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

En conclusion, le traitement de la lombalgie aiguë est avant tout médical. Dans la lombalgie récidivante, subaiguë ou chronique, la prise en charge masso-kinésithérapique est essentielle. Suite à la prescription de masso-kinésithérapie par le médecin, le masseur-kinésithérapeute propose le nombre et le contenu des séances et informe le médecin à l'aide de la fiche de synthèse initiale. La poursuite du traitement dépendra des bilans médical et kinésithérapique, jusqu'à un nombre total de 30 séances sur une période de 12 mois. En l'absence d'amélioration à l'issue de ces 30 séances, une consultation pluridisciplinaire ou spécialisée devra être proposée. La responsabilisation du patient pourra permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Des efforts de recherche sont indispensables à mener dans le cadre de la prise en charge masso-kinésithérapique du patient lombalgique car de nombreuses inconnues subsistent et les preuves d'efficacité de certaines techniques sont faibles, voire inexistantes.

Dans la prise en charge du patient lombalgique, le rôle des bilans médicaux et kinésithérapiques semble majeur pour la mise en place de soins adaptés et de qualité. Il paraît donc indispensable d'instituer une communication régulière entre médecins prescripteurs et masseurs-kinésithérapeutes. Celle-ci pourrait se faire à deux niveaux :

- par utilisation systématique des outils (fiches de synthèse) mis à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes pour le suivi de la prise en charge des patients. La valorisation du BDK est dans ce cadre à ré envisager compte tenu du temps à lui consacrer ;

- développement de la formation continue associant médecins et masseurs-kinésithérapeutes sur les modalités de prise en charge du patient lombalgique, sur le bilan-diagnostic kinésithérapique, sur le contenu, l'utilisation et l'exploitation des fiches de synthèse et des questionnaires d'évaluation.

La mise en œuvre, éventuellement sous une forme expérimentale, de ces propositions (BDK, nombre de séances) devra faire l'objet d'une évaluation médico-économique simultanément.

Les conseils à donner aux patients semblent essentiels dans la prise en charge du patient lombalgique. Ceux-ci peuvent par ailleurs être formalisés de façon consensuelle avec les médecins et les kinésithérapeutes et édités sous forme de livret pour être remis au patient (hygiène de vie, batteries d'exercices types...). Le rôle du médecin du travail et la place de l'ergonomie devraient être développés.