

La prise en charge
des patients lombalgiques
en milieu libéral

-

Enquête régionale auprès
d'une population de professionnels
masseurs-kinésithérapeutes

Joris Lumineau

Travail Ecrit de Fin d'Etudes
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Année 2012-2013

Résumé

Ce travail écrit traite la prise en charge des patients lombalgiques en milieu libéral.

Aujourd'hui, de nombreux actes masso-kinésithérapiques sont prescrits afin de soulager une lombalgie. Pour rééduquer les patients atteints de cette pathologie, le masseur kinésithérapeute dispose de nombreux moyens. Ceux-ci sont décrits par la Haute Autorité de santé avec des efficacités démontrées ou non. Une enquête a ainsi été réalisée auprès de professionnels exerçant en milieu libéral. Le but étant de connaître leurs pratiques et de définir l'efficacité de celles-ci, d'après l'expérience des personnes interrogées.

L'analyse des résultats obtenus souligne l'importance des techniques d'auto-rééducation proposées aux patients, ainsi que la pratique de thérapies manuelles dans les bénéfices sur le plan social et professionnel.

Mots clefs

Lombalgie

Masso-kinésithérapie

Haute Autorité de Santé

Auto-rééducation

Thérapies manuelles

Sommaire

Introduction	1
Considérations anatomiques et biomécaniques du rachis lombaire	2
1. Le rachis lombaire	2
1.1 Vertèbres.....	2
1.2 Articulations entre les vertèbres	3
1.3 Articulations lombosacrales et sacro-iliaques	3
2. Les mouvements du rachis lombaire	4
2.1 Mobilité analytique.....	4
2.2 Mobilité fonctionnelle	4
2.3 Stabilité.....	5
3. La régulation musculaire du rachis lombaire	6
3.1 Les muscles du groupe superficiel.....	6
3.2 Les muscles du groupe intermédiaire	7
3.3 Les muscles du groupe profond.....	7
La lombalgie.....	9
1. Définition.....	9
2. Etiologie.....	9
Description des différents bilans	12
1. Evaluation de la douleur	12
2. Les évaluations articulaires	12
3. Les évaluations musculaires	13
Techniques de rééducation dans la prise en charge thérapeutique des lombalgies	14
Enquête sur la prise en charge des patients lombalgiques dans notre profession aujourd’hui. 19	
1. Introduction	19
2. Matériels et méthodes	20
2.1 Le choix de la population cible.....	20
2.2 Eléments affectant les objectifs recherchés	21
2.3 Présentation des questions	22
2.4 La validation du questionnaire	23
3. Résultats.....	23
3.1 Objectifs principaux de l’étude.....	23
3.2 Résultats des objectifs secondaires.....	26
4. Discussion.....	29
Conclusion.....	30

Introduction

Le mal de dos, souvent décrit comme le « mal du siècle » par la société actuelle, concerne de plus en plus d'individus.

Cette augmentation importante du nombre de lombalgies est liée directement au mode de vie actuel favorisant les facteurs de risque : les mauvaises postures, la manipulation d'objets lourds, l'augmentation du stress, de la fatigue, la sédentarité, la surcharge pondérale, certains risques professionnels (contraintes biomécaniques, vibrations), le tabac par usure des disques, l'alcool, les antécédents de traumatisme lombaire et le vieillissement entre autres.

Selon Borgès Da Silva G. et ses collaborateurs, le coût socio-économique de cette pathologie est non négligeable et elle constitue à l'heure actuelle un véritable problème de santé publique (1). En effet le coût généré par les lombalgies est considérable et ne cesse d'augmenter. Pour Lacronique JF, en France, le coût direct des pathologies ostéo-articulaires est estimé à 1,4 milliard d'euros c'est-à-dire 1,6% des dépenses de santé dont 80% dévolue à la lombalgie chronique (2).

En France la lombalgie est à l'origine de six millions de consultations chez le médecin généraliste (3) et représente la troisième cause d'examen en médecine générale chez les hommes (7% des consultations) et la sixième chez les femmes (6% des consultations). Cette affection est à l'origine de 13% des accidents du travail. Elle est la première cause d'arrêt d'activité d'une moyenne de 33 jours et entraîne chaque année une perte de 3,6 millions de journées de travail (2).

En ce qui concerne la kinésithérapie, un tiers des actes pratiqués contribue à soulager une lombalgie. 2,5% des prescriptions médicamenteuses et 5 à 10% des actes radiologiques concernent la lombalgie.

Elle figure au troisième rang des demandes d'invalidités (4) et au premier rang des causes d'invalidités chez les personnes âgées de moins de 45 ans.

J'ai donc choisi de m'intéresser à la prise en charge des patients lombalgiques décrites par la Haute Autorité de Santé, de savoir quelles sont les techniques permettant de lutter contre cette affection et la comparer à la prise en charge réelle effectuée dans les cabinets libéraux de masso-kinésithérapie à l'aide d'un questionnaire rempli par plusieurs professionnels des Pays de Loire. Cette enquête permettra de répondre à plusieurs questions. Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS dans la prise en charge des lombalgies sont-elles suivies par les professionnels libéraux ? Quelles techniques sont privilégiées par ceux-ci ? La rééducation de ce type de pathologie est-elle efficace ?

Considérations anatomiques et biomécaniques du rachis lombaire

Le dos représente la partie postérieure du corps et constitue l'axe musculosquelettique qui soutient le tronc. Cet axe est appelé la colonne vertébrale ou rachis. Les vertèbres constituent les éléments osseux principaux du dos. Elles renferment et donc protègent la moelle spinale et la partie initiale des nerfs spinaux qui reçoivent et envoient les informations au reste du corps.

Le squelette du dos comporte 33 vertèbres, regroupées en cinq groupes selon leur morphologie et leur localisation : les vertèbres cervicales (C1 à C7), thoraciques (T1 à T12), lombaires (L1 à L5), sacrées (S1 à S5) et 3 à 5 coccygiennes.

1. Le rachis lombaire

(5)

1.1 Vertèbres

Les vertèbres lombaires sont au nombre de 5, elles sont de plus grande taille et ne présentent pas de surfaces articulaires pour les côtes. Leurs processus transverses sont habituellement minces et longs à l'exception de la cinquième vertèbre dont les processus sont massifs afin de recevoir les insertions des ligaments iliolumbaux qui les relient aux os du bassin (Figure I).

Le corps vertébral d'une vertèbre lombaire typique est cylindrique et le foramen vertébral est triangulaire et plus grand que dans la région thoracique du fait de ces processus transverses et épineux plus horizontaux. Il représente un espace entouré de structures osseuses, ligamentaires et articulaires permettant aux nerfs spinaux et aux vaisseaux d'entrer et de sortir du canal vertébral.

Une quelconque modification pathologique de l'une de ces structures ou des muscles adjacents peut entraîner une atteinte des structures traversant le foramen (6).

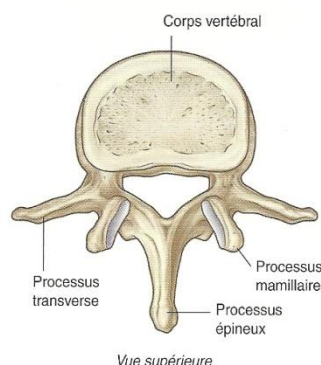


Figure I : Vertèbre lombaire

1.2 Articulations entre les vertèbres

Les vertèbres comportent au total six articulations avec les vertèbres adjacentes : deux articulations synoviales au-dessus et deux au-dessous, ainsi que deux symphyses (une au-dessus et une au-dessous).

1.2.1 La symphyse entre les corps vertébraux

Elle est située entre les corps vertébraux et est constituée d'une couche de cartilage hyalin sur chacun des corps vertébraux et d'un disque intervertébral interposé entre les couches de cartilage. Ce dernier comporte un anulus fibrosus périphérique entourant le nucleus pulposus.

- L'anulus pulposus est constitué d'une couronne externe de collagène entourant une zone plus large de fibrocartilage de structure lamellaire. Cette structure lamellaire des fibres limite les mouvements de rotation entre les vertèbres.
- Le nucléus pulposus occupe le centre du disque, il est de nature gélatineuse et absorbe les contraintes en compression transmises par les vertèbres.

1.2.2 Les articulations zygapophysaires

Les articulations synoviales entre les processus articulaires supérieurs et inférieurs de deux vertèbres adjacentes sont les articulations zygapophysaires. Une capsule articulaire fine insérée sur les berges des facettes articulaires limite chaque articulation.

Au niveau de la région lombaire, les surfaces articulaires sont incurvées et se verticalisent (par rapport aux régions cervicale et thoracique), les processus articulaires sont donc « encastrés », ils s'emboîtent (Figure II). Ainsi les mobilités de la colonne lombaire sont limitées et la flexion et l'extension restent les mouvements principaux de la région lombaire.

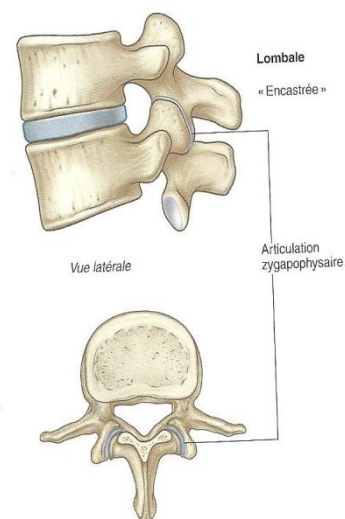


Figure II : Articulations entre 2 vertèbres

1.3 Articulations lombosacrals et sacro-iliaques

Le sacrum s'articule en haut avec la partie lombale de la colonne vertébrale. Les articulations lombosacrals comportent deux articulations zygapophysaires et un disque intervertébral qui unit les corps des vertèbres L5 et S1. Ces articulations sont semblables à celles des autres vertèbres, à la différence que le sacrum forme un angle postérieur avec la vertèbre L5. Par conséquent, la partie antérieure du disque intervertébral situé entre les deux corps est plus épaisse que sa partie postérieure.

Le sacrum s'articule en bas avec la partie iliaque des os coxaux. Ces articulations sacro-iliaques transmettent les forces des membres inférieurs à la colonne vertébrale. Ce sont des articulations synoviales entre des facettes en forme de « L » des faces latérales du sacrum, et des facettes similaires des parties iliaques.

2. Les mouvements du rachis lombaire

2.1 Mobilité analytique

[Tableau des amplitudes en annexe 1]

- Flexion-Extension

C'est un mouvement très sollicité par les mouvements d'anté et de rétroversion du bassin. Les valeurs se répartissent sur les cinq arthrons (L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5, et L5-S1), mais les deux derniers interlignes sont les plus mobiles.

La flexion en station érigée est permise par la pesanteur et se sont les muscles extenseurs qui freinent le mouvement. Les abdominaux agissent lors du décubitus dorsal.

Ce sont les muscles érecteurs du rachis qui permettent l'extension (station érigée et procubitus). L'état de ceux-ci diffère entre un sujet sain et un patient lombalgique, chez qui l'on observe une perte de force et une activité électrique de protection (contracture) (7).

- Inclinaisons ou flexions latérales

C'est un mouvement qui intègre une rotation automatique se faisant du côté de la convexité (8). Les amplitudes sont assez modestes compte tenu de l'enserrement et l'encastrement des parties supérieures et inférieures.

En station debout, c'est la pesanteur qui agit sous le contrôle excentrique des antagonistes controlatéraux et notamment le carré des lombes.

- Rotations

Elles s'évaluent entre 5° et 10° entre les extrêmes et sont plus fortes à la partie inférieure. Elles intègrent d'une part une inclinaison latérale du fait de la conformation cunéiforme des disques : leur partie antérieure plus haute s'échappe controlatéralement à la rotation pour être moins comprimée. Et d'autre part elles créent un cisaillement au niveau discal et sont de ce fait contre-indiquées en amplitude extrêmes notamment pour des disques fragiles. Ce sont les fibres obliques des abdominaux (internes et externes) principalement qui permettent ces mouvements.

2.2 Mobilité fonctionnelle

La région lombaire est intimement liée au bassin. On parle alors de complexe lombo-pelvi-fémoral notamment pour les mouvements de flexion et d'extension. En effet, l'antéversion du bassin entraîne l'extension des lombes alors que la rétroversion a pour conséquence la flexion du rachis lombaire.

2.3 Stabilité

C'est le mot clé du rachis lombaire. Mieux vaut une zone lombaire stable et non mobile qu'une zone mobile et instable. Cette stabilité est permise par l'encastrement des vertèbres, la limitation des mouvements par encaissement entre les côtes et le bassin, les muscles profonds formant une masse commune et les muscles superficiels essentiellement aponévrotiques.

- Dans le plan frontal

La stabilité passive est permise par la largeur des corps vertébraux alors que la partie aponévrotique du système musculaire, les faisceaux musculaires intertransversaires, les quatre colonnes du rachis (décrites page 8, annexe 1) ainsi que le carré des lombes constituent la stabilité active.

- Dans le plan transversal

L'encastrement des vertèbres par la position des processus articulaires postérieurs et l'action bilatérale des composantes obliques des différents muscles de la région lombaire gèrent un équilibre rotatoire de maintien en position neutre (9).

- Dans le plan sagittal

Le fort plaquage aponévrotique des grands dorsaux et les ligaments axiaux contribuent passivement à la stabilité du rachis lombaire.

Au niveau actif, les muscles postérieurs (érecteurs du rachis), mêlés, compacts et aponévrotiques, assurent un travail de maintien efficace. De plus, avec la co-contraction des muscles antérieurs (dont les psoas), ils assurent un rôle d'étau, verrouillant la mobilité lombaire. En effet, ces muscles sont plaqués sur les vertèbres et forment une « poutre composite quasi parfaite » (9).

Cette co-contraction des deux groupes musculaires permet un ajustement permanent du maintien lombaire autour de la courbure physiologique (Figure III).

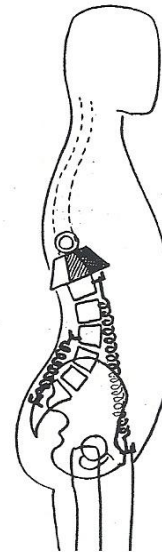


Figure III : Schéma de la co-contraction des muscles antérieurs et postérieurs

3. La régulation musculaire du rachis lombaire

Les muscles du dos sont disposés en trois groupes : superficiel, intermédiaire et profond.

Les muscles des groupes superficiel et intermédiaire sont dits extrinsèques car ils proviennent de régions n'appartenant pas au dos d'un point de vue embryologique. Ils sont innervés par les rameaux antérieurs des nerfs spinaux. Les muscles superficiels participent à la mobilisation des membres supérieurs et inférieurs et y sont reliés alors que les muscles intermédiaires sont rattachés aux côtes et participent à la fonction respiratoire.

Les muscles du groupe profond sont des muscles dits intrinsèques car développés dans la région du dos. Ils sont innervés par les rameaux postérieurs des nerfs spinaux. Ils participent à la mobilisation de la colonne vertébrale et de la tête.

3.1 Les muscles du groupe superficiel

❖ Muscles mobilisant le membre supérieur

Ils relient les éléments supérieurs du squelette périphérique (la scapula, la clavicule et l'humérus) au squelette axial (le crâne, les côtes et la colonne vertébrale). Ces muscles sont le trapèze, le grand dorsal (latissimus dorsi), le grand et petit rhomboïde et l'élévateur de la scapula.

Seul le grand dorsal possède ses insertions sur le rachis lombaire, en effet il prend son origine sur les processus épineux de T12 à L5, sur le sacrum, la crête iliaque et sur les 10^{ème} à 12^{ème} côtes. C'est un muscle large, plat et triangulaire qui se vrille en s'enroulant autour de la cage thoracique pour se terminer par un tendon étroit venant s'insérer sur l'humérus. Sa contraction imprime au membre supérieur un mouvement d'extension, d'adduction et de rotation médiale. Il est également abaisseur de l'épaule.

❖ Muscles de la paroi abdominale

Ce sont des muscles larges et regroupent les différentes directions spatiales (verticales, transversales et obliques). Ils se décomposent en deux groupes de muscles pairs :

- Trois muscles larges, dont les fibres s'insèrent postérolatéralement, se dirigent vers l'avant et se prolongent sur la ligne médiane par une aponévrose ; ce sont le muscle oblique externe, le muscle oblique interne et le muscle transverse de l'abdomen.
- Le muscle droit de l'abdomen, proche de la ligne médiane, qui est contenu dans une gaine tendineuse formée par les aponévroses des muscles larges.

Rabischong et Avril (10) parlent de poutre rigide prévertébrale c'est-à-dire de contrefort antérieur agissant en poussée postérieure, par l'intermédiaire des viscères, sur le rachis lombaire.

❖ Carré des lombes

Il prend son origine sur le processus transverse de L5 et la partie adjacente de la crête iliaque. Il s'attache en haut sur le processus transverse des quatre premières vertèbres lombales, sur le bord inférieur de la 12^{ème} côte et est en rapport, par son bord latéral, avec le muscle transverse abdominal.

Il contribue à la flexion latérale du tronc et associés entre eux, ils ont un rôle de hauban latéral.

❖ Muscles en rapport avec le placement pelvien

Le quadriceps (droit fémoral), les ischio-jambiers, les pelvi-trochantériens, les fessiers et les adducteurs de part leurs insertions sur le pelvis ont une action sur le rachis lombaire du fait de l'interaction entre le rachis et le bassin.

3.2 Les muscles du groupe intermédiaire

Le dentelé postéro-inférieur joint le rachis lombaire (processus épineux) aux côtes (9^{ème} à 12^{ème}), ses fibres sont donc obliques vers le dehors et le haut. Leur disposition leur confère une fonction respiratoire car elles abaissent les côtes.

3.3 Les muscles du groupe profond

❖ Muscles érecteurs du rachis

Ils constituent le groupe musculaire le plus important parmi les muscles intrinsèques du dos. Ceux-ci sont disposés sur la face postérieure et latérale de la colonne vertébrale. La masse musculaire des muscles érecteurs du rachis se développe à partir d'un volumineux tendon, épais, inséré sur le sacrum, la crête iliaque et les processus épineux des vertèbres lombaires et des thoraciques inférieures. Il se termine par de nombreuses insertions sur les angles costaux et les processus transverses. Cette masse musculaire se divise en trois faisceaux principaux qui se confondent au niveau lombaire :

- Le faisceau musculaire le plus latéral et le plus superficiel est le muscle iliocostal.
- Le faisceau moyen ou intermédiaire est représenté par le muscle longissimus, il est le plus large des muscles érecteurs du rachis.
- Le faisceau le plus médian de ce groupe est le muscle épineux, c'est le moins volumineux. Il relie les processus épineux des vertèbres adjacentes.

Ils sont les principaux muscles de l'extension de la colonne vertébrale. Lorsqu'ils se contractent ensemble, ils redressent le dos d'une position de flexion à la position de rectitude.

Ils contrôlent également la flexion de la colonne en se contractant ou se relâchant. Lorsqu'ils se contractent de manière unilatérale, les érecteurs du rachis impriment à la colonne un mouvement d'inflexion latérale.

❖ Psoas

Le muscle grand psoas recouvre les faces antérolatérales du corps des vertèbres lombaires comblant l'espace entre les processus transverses et les corps vertébraux. Il s'insère donc sur la face latérale des corps vertébraux et sur les disques intervertébraux de T12 à L5, sur les processus transverses des lombaires et se rattache au petit trochanter fémoral. Il fléchit ainsi le tronc en avant lorsque le fémur est fixe et a une action lordosante sur le rachis lombaire surtout en décubitus dorsal.

Lorsqu'il existe (50% des cas d'après Neidhardt (11)), le petit psoas s'insère sur les corps vertébraux des vertèbres T12 et L1. Cette insertion empêche le recul du rachis lombaire haut ou élève la branche du pubis (= rétroversion) d'où son action de délordose la colonne lombaire.

Associés aux muscles érecteurs du rachis, les muscles psoas forment d'après Dolto (12) les quatre colonnes du rachis qui engainent les vertèbres lombaires aux quatre coins et participent à sa stabilité. [Annexe 1].

❖ Muscles transversaires épineux

Ils partent des processus transverses et joignent les processus épineux, ils comblent ainsi les espaces entre ces structures vertébrales. Au niveau lombaire, deux sous-groupes se distinguent :

- Les muscles multifidus sont situés sous les semi-épineux et s'étendent sur toute la longueur de la colonne vertébrale. Ils s'insèrent sur les processus épineux des vertèbres et se rattachent sur les processus transverses des deux à quatre vertèbres sous-jacentes, ainsi que sur le sacrum et l'origine de l'insertion des érecteurs du rachis pour les trois dernières vertèbres lombaires. C'est au niveau lombaire qu'ils sont le plus développés.
- Les muscles rotateurs des lombes sont les muscles les plus petits de ce groupe. Leurs fibres musculaires joignent un processus transverse à la racine du processus épineux de la deuxième vertèbre sus-jacente (rotateurs longs) ou de la vertèbre immédiatement sus-jacente (court rotateurs).

Lorsque ces muscles se contractent de manière bilatérale, ils étendent la colonne vertébrale, tout comme les érecteurs du rachis. Leur contraction unilatérale provoque un mouvement d'inclinaison et de torsion du rachis.

❖ Muscles segmentaires

Ils sont au nombre de deux : les muscles interépineux qui relient les processus épineux de deux vertèbres adjacentes et les muscles intertransversaires qui relient les processus transverses de deux vertèbres contiguës. Ils jouent un rôle important dans le maintien de la posture en stabilisant les vertèbres adjacentes lors des mouvements de la colonne vertébrale. Ils facilitent ainsi l'action des autres groupes musculaires.

La lombalgie

1. Définition

Selon la conférence de consensus sur la lombalgie de 1998, la lombalgie se définit comme : *«une douleur lombo-sacrée médiane ou latéralisée avec possibilités d'irradiations ne dépassant pas le genou mais avec prédominance de la douleur dans la région lombosacrée»* (9).

On distingue deux types de lombalgies :

- les lombalgies dues à une maladie, ou lombalgies symptomatiques,
- les lombalgies "seules" ou lombalgies communes.

Dans 10% à 15% des cas, la lombalgie est due à une maladie : infection, tumeur, fracture, malformation. C'est la lombalgie symptomatique, ou "specific low back pain" en anglais. Dans ce cas, c'est le traitement de la maladie associée à la lombalgie qui permet de faire disparaître les douleurs.

La lombalgie commune présente une absence de gravité au sens médical : il n'y a pas, comme cause de cette douleur, de "maladie spécifique" (cancer, etc...). Elle traduit une évolution mécanique normale, commune à toute la population. Pour autant, cette lombalgie peut être douloureuse, invalidante, et requiert l'intervention d'un médecin, voire une chirurgie spécifique.

On distingue trois types de lombalgies communes selon leur durée :

- aiguë, d'une durée inférieure à 4 semaines (3),
- récurrente ou récidivante : c'est une suite d'épisodes aigus, survenant de façon plus ou moins régulière, et se répétant sur des durées de quelques mois à plusieurs années,
- chronique : c'est une lombalgie installée depuis plus de 3 mois (10) (11).

2. Etiologie

Les causes des lombalgies sont nombreuses et inconstantes. Cependant les raisons mécaniques sont les plus importantes.

La colonne lombaire est soumise à deux impératifs contradictoires : la stabilité et la mobilité. Sa structure répond bien à ses deux impératifs mais nécessite de respecter des règles de fonctionnement.

Les causes les plus fréquentes de douleurs au niveau de la région lombaires sont :

❖ L'hyperflexion

Elle est un facteur prépondérant dans l'usure du disque intervertébral. En effet plus le degré de flexion est important, plus les contraintes discales augmentent, c'est le docteur Nachemson qui a démontré le premier cette théorie (9).

Il apparaît chez tous les lombalgiques chroniques, soit une diminution des mobilités, soit une perte de l'endurance et de la force musculaire avec une modification de la synergie entre les spinaux et les abdominaux. La prévention des lombalgies passe donc par une meilleure connaissance des contraintes et faiblesses du rachis pour mieux l'utiliser et pouvoir pratiquer une gymnastique d'entretien adaptée. Cette gymnastique cherche à améliorer la mobilité sous pelvienne par des assouplissements des ischio-jambiers, quadriceps, grand-fessiers et psoas-iliaques. Le deuxième axe de travail est le travail des abdominaux et spinaux mais dans un but d'endurance et de contrôle du dos et non de force pure.

❖ La hernie discale

C'est une détérioration du disque intervertébral provoquant l'expulsion du noyau de l'anneau fibreux, le nucleus pulposus (Figure IV). Cette hernie se produit surtout au niveau des dernières vertèbres lombaires, en raison des fortes pressions qu'elles doivent subir, et elle vient comprimer la racine nerveuse en regard. Cette lésion peut provoquer des lombalgies et/ou des sciaticues irradiant dans le membre inférieur (13).

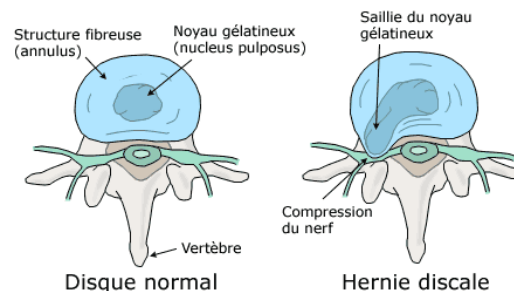


Figure IV : Disque normale et hernie discale

❖ Le canal lombaire étroit

Il correspond à un problème de contenant-contenu : en effet le canal médullaire, dans laquelle cheminent les racines nerveuses lombaires et sacrées issues de la moelle épinière, est rétréci et il s'ensuit une compression possible des racines nerveuses (14). Les premiers symptômes sont des douleurs à la marche pouvant irradier dans les deux jambes et nécessitant parfois un arrêt de la marche : c'est la claudication intermittente. Le canal lombaire étroit résulte très souvent d'un mécanisme arthrosique. Le traitement est le plus souvent chirurgical si les infiltrations n'améliorent pas les douleurs.

❖ Le spondylolisthésis

C'est un glissement d'une vertèbre sur une autre (L5/S1 ou L4/L5), le plus souvent avec une lyse isthmique qui correspond à une fracture spontanée pour permettre d'absorber les contraintes mécaniques (Figure V). Cette perte de continuité s'organise alors sous la forme d'un tissu fibreux plus ou moins hypertrophique dit "nodule de Gill", qui peut être agressif pour les racines nerveuses au contact (15).

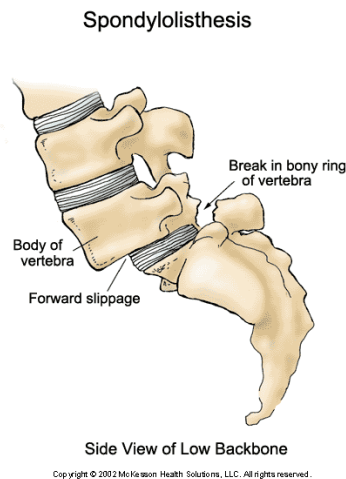


Figure V : le spondylolisthésis

❖ Les causes mécaniques

Elles sont le plus souvent à l'origine de lombalgies chroniques sans raisons apparentes, les examens complémentaires ne montrent rien de particulier, le traitement médicamenteux, s'il réduit la douleur n'empêche pas son retour. Les contraintes mécaniques sont produites par des raideurs articulaires, un déséquilibre musculaire et une attitude posturale modifiée (12). Le traitement est alors essentiellement kinésithérapique et ostéopathique, c'est à dire mécanique. Le bilan diagnostic est alors une étape préalable indispensable avant tout traitement.

Description des différents bilans

1. Évaluation de la douleur

Elle s'évalue avec l'échelle visuelle analogique (EVA) qui est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique (16). L'EVA se présente sous la forme d'une règle en plastique de 10 cm graduée en mm. Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "Absence de douleur", et l'autre à "Douleur maximale imaginable". Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur. Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en millimètre. L'EVA ne donne aucune information sur la cause ou le mécanisme de la douleur. Si le patient présente plusieurs sites douloureux ou des accès de douleur, chacun doit être évalué séparément. Selon les recommandations de l'ANAES la prise en compte de la douleur des patients lombalgiques est essentielle et repose avant tout sur l'interrogatoire (10).

2. Les évaluations articulaires

❖ Examen du complexe lombo-pelvi-fémoral par le test de Lasègue

Le patient est en décubitus dorsal. Le thérapeute soulève le membre inférieur genou tendu jusqu'à ce que le patient décrive une douleur irradiant depuis le dos (au niveau de la racine) jusque dans le pied, identique à la douleur (sciatalgie) dont il souffre (Figure VI). La technique est améliorée en effectuant une dorsiflexion de la cheville. Le degré d'élévation est noté à partir duquel la douleur a été déclenchée, servant ainsi de repère clinique pour constater l'évolution d'une sciatique (17).

Il existe parfois un signe controlatéral de Lasègue qui est un argument de gravité : la douleur du membre atteint est alors déclenchée par le soulèvement du membre sain. On parle alors de signe de Lasègue inversé.

Un signe de Lasègue, chez un malade souffrant de sciatalgie, confirme un conflit disco-radicalaire (18). Ce signe est capital dans l'examen d'un patient lombalgique ayant une radiculalgie, mais il faut savoir se poser la question de sa bonne réalisation. En effet, bon

nombre de patients décrivent une douleur derrière la cuisse et le genou lors de la manœuvre du fait d'une faible extensibilité des muscles de la chaîne postérieure.

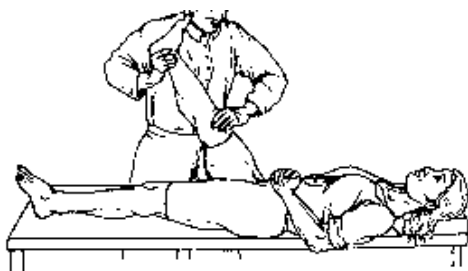


Figure VI : La manœuvre de Lasègue

❖ Evaluation de la souplesse lombo-pelvienne par la mesure de la distance doigt-sol

Le test consiste à mesurer la distance entre l'extrémité des doigts et le sol, alors que le patient est penché en avant, les jambes tendues (19). Il donne une bonne appréciation de la souplesse lombo-pelvienne globale et est assez reproductible.

❖ Evaluation de l'extensibilité du quadriceps

L'examen consiste à mesurer la distance entre le talon et la fesse du patient en effectuant une flexion passive du genou, le sujet étant en procubitus. Ce test permet d'évaluer la raideur du droit antérieur (20).

3. Les évaluations musculaires

❖ Les performances du quadriceps par le test de la chaise (squat-test)

Le patient adossé à un mur ou un plan dur, pieds décalés de ce plan d'une cinquantaine de centimètre vers l'avant. Le patient glisse progressivement vers le bas jusqu'à la position hanches et genoux fléchis à 90°, les mains ne devant pas être appuyées sur les cuisses, elles restent ballant le long du corps. En moyenne, le temps tenu par un homme sain est supérieur à 102 secondes et supérieur à 60 secondes pour une femme saine (24).

❖ Endurance isométrique des extenseurs du tronc par le test de Sorensen

Le test de Biering-Sorensen consiste à mettre le patient en décubitus ventral sur une table avec son tronc en dehors de celle-ci jusqu'au niveau de ces épines iliaques antéro-supérieures (Figure VII). Ensuite au top départ, il est demandé au patient de se relever et de se maintenir horizontal le plus longtemps possible (21). En moyenne, le temps tenu par un homme sain est de 116 secondes et de 142 secondes pour une femme saine et de 95 secondes pour un patient lombalgique sans différenciation de sexe (22).

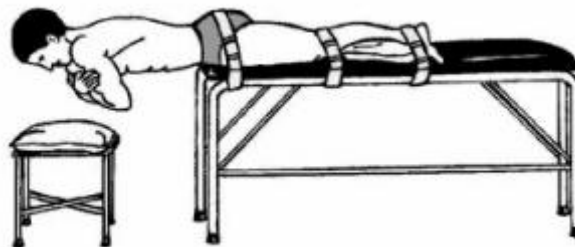


Figure VII : Test de Sorensen

❖ Endurance isométrique des fléchisseurs du tronc par le test d'Ito Shirado

Le test de Shirado est réalisé en décubitus dorsal. Les hanches et genoux du patient sont fléchis à 90°, les mollets reposants sur une chaise. Les bras sont croisés et les mains sur les épaules. Le sujet doit décoller le buste jusqu'aux pointes des scapulas et maintenir cette position le plus longtemps possible (Figure VIII) (23). En moyenne, le temps tenu par un homme sain est de 183 secondes et de 85 secondes pour une femme saine et de 108 secondes pour un homme lombalgique et de 57 secondes pour une femme lombalgique (24).



Figure VIII : Le test de Shirado

Techniques de rééducation dans la prise en charge thérapeutique des lombalgies

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les objectifs de la prise en charge rééducative des lombalgies communes sont :

- la lutte contre la douleur
- la récupération des amplitudes articulaires lombaires
- la récupération de la force musculaire du tronc et du segment lombo-pelvien
- la récupération fonctionnelle.

Selon la HAS, l'efficacité de la kinésithérapie dans la prise en charge des lombalgies aiguës n'est pas démontrée (25) alors que son intérêt dans le traitement des lombalgies subaiguës et chroniques est reconnu par la majorité des études sélectionnées par la HAS.

Pour prendre en charge les patients atteints de cette pathologie, le masseur kinésithérapeute dispose d'une série d'actes très nombreux (26) dont les plus souvent décrits dans les études (10) sont les « exercices thérapeutiques » (étirements, renforcements musculaires, exercices proprioceptifs), les « méthodes particulières » (thérapies manuelles de Sohier, Mézière, Mc Kenzie), le « massage », l' « électrothérapie », ou encore, les « autres traitements » (balnéothérapie, thermothérapie, cryothérapie).

❖ Le verrouillage lombaire

Le verrouillage lombaire, décrit par Troisier, est la méthode de rééducation la plus utilisée en France. Il est nécessaire d'éviter les positions extrêmes qui sont nociceptives et mal supportées (flexion, extension, inclinaison). Troisier considère que la charnière lombo-sacrée doit être immobilisée le plus possible dans les gestes de la vie quotidienne (27). Les mouvements doivent surtout se faire aux hanches et aux épaules.

Le but général est donc d'obtenir du patient une immobilisation de son rachis lombosacré en position neutre (c'est à dire ni en flexion, ni en extension) en toutes circonstances, avec pour conséquence théorique la baisse des contraintes articulaires en L4-5 et L5-S1.

Le verrouillage lombaire consiste donc à obtenir du sujet qu'il se comporte comme s'il portait un corset rigide, en remplaçant ce dernier par sa propre musculature (12).

Le patient doit dans un premier temps prendre conscience de la position neutre puis être capable de maintenir celle-ci en position statique, par contraction des abdominaux et des spinaux, et enfin en dynamique. En rigidifiant le dos, il est alors nécessaire d'assouplir les hanches et les genoux et même fortifier les muscles des membres inférieurs.

❖ Massage

Le massage est utilisé pour la détente du patient et pour une meilleure prise de contact avec celui-ci, c'est un moyen de sédation, de détente musculaire et de relaxation. En revanche ce n'est pas un traitement efficace sur le long terme mais il sert à la préparation des autres techniques et permet un effet antalgique à court terme (10) (28).

❖ Les Exercices thérapeutiques

➤ Renforcements des muscles rachidiens et péri-coxaux

Le renforcement des abdominaux et des dorsaux est nécessaire dans le but de fixer la colonne lors des mouvements grâce à un gainage musculaire, ce qui va protéger la région lombaire douloureuse et diminuer les contraintes qui s'y exercent.

Le renforcement des muscles des membres inférieurs augmente notamment la capacité à pouvoir s'accroupir et à se relever sans difficulté et ainsi permet de moins solliciter le dos dans les gestes de la vie quotidienne.

La prise en charge kinésithérapique doit privilégier les paravertébraux dont la diminution de force est plus nette chez le lombalgique (3).

➤ Etirements

Cette technique a été développée par l'américain Bob Anderson et repris par la suite par le suédois Sven-A Sölvérborn. A l'origine, cela permettait d'augmenter la force musculaire et la prévention des blessures. Aujourd'hui, c'est une modalité que l'on a ajoutée aux traitements des lombalgies car il a été remarqué que pour une majorité d'entre eux, ils ont des muscles rétractés en particulier les muscles spinaux lombaires, les extenseurs et fléchisseurs de hanche (29).

Le principe est de mettre en tension progressive des groupes musculaires supposés rétractés ou trop courts afin de les assouplir (30) et ainsi obtenir une bonne mobilité des hanches afin de compenser l'immobilité de la colonne vertébrale.

➤ Exercices proprioceptifs

Le dispositif proprioceptif capsulo-ligamentaire et musculaire est très riche au niveau lombaire (31). C'est pourquoi les exercices concernent principalement la région lombo-pelvienne. De par des stimulations extérieures, la musculature lombo-pelvienne est sollicitée dans le but de développer la perception et la maîtrise du positionnement de cette région et notamment des mouvements d'antéversion et de rétroversion du bassin (32) (33).

Il est « souhaitable d'intégrer ces exercices dans la prise en charge » selon la HAS.

➤ Manipulations vertébrales

La thérapie manuelle inclut des techniques de mobilisations et des manipulations. Les mobilisations sont des mouvements de faible amplitude et de vitesses variables dans la limite physiologique, alors que les manipulations sont des mouvements de faible amplitude et de haute vitesse légèrement au-delà de la limite physiologique. Ces techniques, de part les mobilisations, visent à diminuer la douleur. En effet d'après les recherches de Chou (34) et Bronfort (35), elles ont des évidences au niveau de l'efficacité à réduire la douleur lombaire. Elles sont utilisées également dans le but de réharmonisations articulaires du fait des composantes de manipulations (36).

Les méthodes les plus répandues chez les masseurs kinésithérapeutes sont celles de Sohler (37) et de Mc Kenzie (38).

Elles n'ont pas été évaluées par la HAS, étant considérées comme des « options thérapeutiques » (9).

Aucun type d'exercice thérapeutique ne semble plus efficace qu'un autre, selon la Haute Autorité de Santé (3).

❖ Electrothérapie

Elle correspond à l'utilisation de courants électriques dans un but thérapeutique. Ces courants sont continus et à fréquences variables afin de lutter contre la douleur (39) (40). Dans la prise en charge des lombalgies communes, la stimulation électrique par électrodes transcutanées (TENS) est la plus répandue.

Selon les études consultées par la HAS, aucune technique n'a fait la preuve de son efficacité à long terme dans la prise en charge des lombalgies.

❖ Thermothérapie

Elle consiste à utiliser de la chaleur dans un but de détente musculaire et de lutte contre la douleur (41). Elle est appliquée sous forme de boue chaude ou de compresses chaudes. C'est un adjuvant à efficacité de courte durée (42), mais la HAS souligne le fait qu'il n'y a aucun niveau de preuve ni indication de modalité de prescription.

❖ Balnéothérapie

Elle conjugue l'effet portant de l'immersion de l'eau qui se manifeste lorsque celle-ci a lieu au moins jusqu'aux épaules, aux effets de confort et de sédation apportés par la chaleur. En effet la poussée hydrostatique, la mise en décharge vertébrale et l'automobilisation favorise la reprise progressive des activités (43). Il n'y a pas de programme spécifique d'exercices, un protocole en cyphose, en lordose ou en position intermédiaire peut être utilisé. Elle permet de débiter la rééducation rapidement, même chez les patients très douloureux.

❖ Activités physiques adaptées

Globalement, des essais démontrent que les exercices physiques de musculation sont efficaces chez les lombalgiques chroniques pour améliorer la souplesse, la force et l'endurance musculaire, voir dans certains cas, pour améliorer les douleurs (10). Les résultats semblent se maintenir à 6 mois et à 1 an chez la plupart des patients. L'intensité des exercices de reconditionnement à l'effort semble jouer un rôle important. Les programmes de rééducation à l'effort dont l'efficacité a été démontrée chez les lombalgiques sont variables.

Les exercices physiques intensifs de musculation et de réadaptation à l'effort sont indiqués chez les patients atteints de lombalgies chroniques ou récidivantes, même anciennes et opérées (discectomie), sans signe de compression radiculaire, sans diagnostic psychiatrique et sans pathologie contre indiquant les efforts.

L'exercice physique d'endurance est un élément essentiel du traitement de la lombalgie aiguë. Son but est d'encourager le patient à rester actif. Dans leurs recommandations, les Américains proposent des exercices d'endurance générale comme la marche, le vélo fixe, la natation. Ils sont à commencer dans les 2 premières semaines suivant l'apparition des symptômes et à augmenter progressivement jusqu'à 20 à 30 minutes par jour.

L'exercice physique est efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique et fonctionnelle de la lombalgie chronique par rapport à l'absence de traitement ou à un placebo (10).

➤ Exemple d'activité physique adaptée : le programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR) (44) (45)

Le protocole RFR est une prise en charge où les techniques actives vont être largement privilégiées aux dépens des techniques passives. Cela ayant pour but la reprise du travail et des activités antérieures. Elle se répartit en trois grands axes : flexibilité, force et endurance.

Le gain de mobilité est l'objectif principal à atteindre dans les premiers jours. Le kinésithérapeute ayant un rôle « d'éducateur » pour l'apprentissage des étirements et pour le travail proprioceptif. Ce dernier concerne la région lombo-pelvienne et la prise de conscience des mouvements d'anté et rétroversion du bassin et la recherche de la position non douloureuse c'est-à-dire la légère délordose lombaire. Lors de cette phase le thérapeute a un rôle primordial dans l'accompagnement et la dédramatisation de la pathologie.

La deuxième phase est axée sur la force musculaire dans le but de consolider « les maillons qui viennent de gagner en mobilité ». Ce renforcement musculaire est analytique puis fonctionnel. Il se fait par l'intermédiaire de machines à charge, de séances de gymnastique et d'activités physiques adaptées telles que la natation et la course à pied.

La troisième phase consiste à ajouter des exercices de réentraînement à l'effort pour améliorer les aptitudes cardio-vasculaires tels que les entraînements sur cycloergomètre ou tapis de marche. En parallèle, le travail de renforcement musculaire continue avec l'augmentation du nombre de répétitions et l'intensité des charges.

La plupart des études (41) (42) démontre un effet favorable des programmes de réentraînement à l'effort sur la reprise des activités sociales et professionnelles.

En résumé, les exercices thérapeutiques sont très nettement à privilégiés avec une intensité croissante. De plus l'éducation et la formation du patient, par la prescription d'exercices d'entretien à faire à domicile et les conseils d'hygiène de vie, sont essentielles (3).

Les experts, sélectionnés par la HAS, définissent une prise en charge masso kinésithérapique comprenant 10 à 15 séances et ne devant pas dépasser le nombre de 30 par an.

Enquête sur la prise en charge des patients lombalgiques dans notre profession aujourd'hui

1. Introduction

L'objectif général est de connaître les pratiques des professionnels libéraux quant à la prise en charge des patients lombalgiques et notamment l'intérêt et les limites des techniques de thérapie manuelle dans un souci de lutte contre la douleur, voire de gain d'amplitude dans un contexte de lombalgie.

Le but est ensuite de comparer ces pratiques aux recommandations de la HAS. La pertinence de l'enquête est établie par la faiblesse des études menées à ce sujet. En effet l'analyse de la littérature faite par la HAS 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). Celle-ci préconise de mener des actions pour cibler les techniques justifiées sur le plan scientifique. Aucune étude actuelle ne répond à la question de l'efficacité des techniques de thérapie manuelle sur des sujets pathologiques. La connaissance de la place de cette technique chez les masseurs-kinésithérapeutes serait nécessaire pour connaître le poids et l'utilité des réponses attendues par la HAS.

Ainsi, si l'intérêt de cette technique, lors de la prise en charge de patients présentant des lombalgies, nécessite d'être précisé dans la littérature professionnelle et scientifique, qu'en est-il de son utilisation sur le terrain ? Quel est le degré d'efficacité perçue par les professionnels sur le terrain ? L'objectif de cette étude par questionnaire [Annexe 2] est **d'évaluer la place de chaque technique dans la prise en charge et leur efficacité perçue dans le temps par les masseurs kinésithérapeutes libéraux rééduquant des patients présentant des lombalgies.**

Les objectifs secondaires sont de connaître :

- si le nombre de séances effectuées permettait aux professionnels de mettre en place les techniques kinésithérapiques qu'ils jugent les plus appropriées,
- de connaître la place de l'expertise dans le choix des techniques masso-kinésithérapiques,
- si les buts de l'utilisation des techniques de thérapie manuelle sont similaires à ceux présentés dans la littérature,
- de savoir s'il y a acquisition et l'intégration des techniques de rééducation par les patients ainsi que l'efficacité de celles-ci dans la reprise de leurs activités.

Pour répondre à certains objectifs, il a été nécessaire de définir l'expertise. D'après Benner, « *l'expérience est nécessaire à l'expertise* » (46). Cette expérience acquise par la pratique est donc un point majeur pour définir l'expertise. Rauner le confirme en affirmant que l'expertise est acquise par un savoir approfondi qui est basé sur l'expérience dans le travail et nécessite « *l'assimilation d'un savoir théorique approfondi dans un domaine* » (47). Les connaissances théoriques seraient donc un préalable à l'expertise qui serait acquise par la pratique professionnelle.

2. Matériels et méthodes

(48) (49) (50)

Pour répondre aux questions posées, un questionnaire a été diffusé aux masseurs kinésithérapeutes (MKDE). Avant d'être lancé, celui-ci devait être planifié et nécessitait le choix des modalités de réalisation et leur chronologie après une étude bibliographique de la méthodologie :

- 1 : choix des thèmes et des types de questions après étude bibliographique,
- 2 : définition de la population cible,
- 3 : validation du questionnaire,
- 4 : choix d'un moyen de diffusion,
- 5 : recueil des réponses,
- 6 : analyse des résultats.

2.1 Le choix de la population cible

Les critères d'inclusions parmi les professionnels masseurs kinésithérapeutes étaient de prendre en charge actuellement des patients présentant des lombalgies communes dans un milieu libéral. Ni le degré d'expertise, ni l'importance de la lombalgie n'étaient des critères d'inclusion.

La prise en charge des patients lombalgiques est réalisée dans la grande majorité des cas en cabinet libéral. La population source était donc l'ensemble des kinésithérapeutes libéraux. Dans un souci financier et d'efficience, les professionnels libéraux contactés étaient ceux agréés comme terrains de stages par l'IFM3R de Nantes pratiquant dans la région Pays de la Loire, car ils étaient plus susceptibles de s'intéresser à cette enquête de par leur implication dans la formation masso-kinésithérapique. Il a ainsi été identifié 107 professionnels libéraux contactés par e-mails. Ils avaient le choix de répondre au questionnaire soit en ligne soit envoyé en pièce jointe sous la forme d'un document Word® [annexe 2]. Pour garantir la transparence et aussi pour susciter l'intérêt, les professionnels ayant répondu à l'enquête ont été par la suite informés des résultats obtenus et de leur analyse.

2.2 Eléments affectant les objectifs recherchés

❖ Le choix de l'anonymat

Le choix d'anonymat dans la mise en place d'un questionnaire a pour but de favoriser l'expression personnelle en garantissant à la personne ciblée de ne pas se soucier des conséquences que pourraient avoir ses réponses vis-à-vis de son activité professionnelle. Ici les réponses des professionnels reçues par e-mail ne sont donc pas anonymes car leur adresse mail s'affiche, en revanche celles effectuées en ligne respectent ce caractère anonyme.

❖ Les types de questions

Deux types de questionnement, utilisant les questions ouvertes ou fermées sont retenues :

- Les questions ouvertes ont l'avantage de ne pas orienter les réponses. En revanche le risque de réponses mal formulées, non exploitables ou l'absence de réponse du fait d'une demande de réflexion supplémentaire est important.
- Les questions fermées ou à choix restreints facilitent l'exploitation des données et la compréhension de la question. Cependant ce type de questions limite les possibilités d'expression et influence les répondants.

❖ Les objectifs des items

Les différents items présents respectent une progression dans les objectifs recherchés :

- Dans un premier temps, il est recherché à établir le degré d'expertise du professionnel questionné vis-à-vis des patients présentant la pathologie étudiée (Q.1, 2 et 4).
- Dans un deuxième temps, les interrogations portent directement sur la possibilité de mettre en place la thérapeutique choisie au niveau quantitatif (Q.3 et 9).
Ces deux questions sont séparées dans l'espace pour garantir la validité des réponses.
- Dans un troisième temps, le questionnement a pour objectif de mettre en évidence la place des techniques de thérapie manuelle au sein des techniques rééducatives utilisées chez les patients concernés ainsi que celles des alternatives techniques possibles (Q5).
- Les demandes suivantes portent sur les raisons de l'utilisation des techniques de thérapie manuelle (Q6), sur l'intégration des techniques d'auto-rééducation chez le patient présentant cette pathologie (Q7), ainsi que l'efficacité de cette rééducation sur la reprise d'activité (Q.8). Cela s'effectue en relation avec les connaissances bibliographiques et des référentiels des professionnels interrogés et de leur expertise (Q.10).

2.3 Présentation des questions (Annexe 2)

La rédaction des questions se doit d'être claire et précise. La formulation de la question doit permettre d'identifier l'objectif sans orienter les réponses par des qualificatifs de jugement.

Q.1. La première question d'ordre général permet de savoir si les professionnels interrogés prennent en charge des patients lombalgiques et traite de l'importance de ce type de prise en charge dans l'activité professionnelle de ceux-ci et permet ainsi l'inclusion des réponses du masseur kinésithérapeute diplômé d'état (MKDE). Il a été choisi une question fermée étant donné la difficulté d'évaluer précisément le nombre exact de patients pris en charge sur une année. Cette question permet d'inclure ou non la réponse.

Q.2. La deuxième question a pour objectif de réaliser une comparaison entre expérience professionnelle et type de techniques utilisées lors de la rééducation de patients lombalgiques. Elle permet aussi d'inclure ou non le MKDE dans l'étude.

Q.3. et 9. Les demandes suivantes sont des questions de fait et d'opinion dont le but est de savoir si le nombre de séances prescrites et le nombre de séances souhaitées sont en adéquation avec les recommandations de la HAS.

Q.4. La question 4 appartient à un contexte d'ordre personnel et a pour objet d'établir un degré d'expertise en parallèle avec la question 2.

Q.5. Le but de la question 5 est d'évaluer aussi bien qualitativement et quantitativement l'importance de chaque technique et notamment les thérapies manuelles dans une rééducation de patients avec ce type de pathologie. Les différents choix de propositions ont été faits en fonction des recommandations de la HAS. La case « autre » a été mise en place dans l'objectif d'apprécier l'utilisation de techniques non recommandées.

Q.6. L'interrogation suivante vise à identifier les buts de l'utilisation des techniques de thérapie manuelle et de faire le lien entre le type de technique et les objectifs recherchés et attendus.

Q.7. La question 7 a pour objectif de connaître le temps nécessaire à l'apprentissage et l'intégration des exercices d'entretien par le patient. En effet la HAS précise le rôle majeur du masso-kinésithérapeute dans l'information et les conseils à transmettre au patient. Et dans le cas contraire connaître les raisons de cette intégration difficile.

Q.8. Il est ensuite abordé l'efficacité à long terme des techniques de rééducation étudiées en fonction de la répercussion sur les limitations d'activités et les restrictions de participation du sujet.

Q.10. Enfin, la dernière question participe aussi à l'évaluation du degré d'expertise à partir du niveau de connaissance des recommandations de la HAS et des publications scientifiques.

Les remarques finales vont mettre en valeur les difficultés rencontrées ainsi que les principales faiblesses du questionnaire.

2.4 [La validation du questionnaire](#)

Cette étape est essentielle avant toute diffusion d'enquête. En effet, il est nécessaire de faire remplir le questionnaire à des personnes tests qui auraient été susceptibles d'y répondre. Cette validation a été réalisée par 5 formateurs et professionnels de l'IFM3R. Cela a permis de dépister les problèmes de formulation, de pertinence et de chronologie des questions ainsi que de garantir la compréhension du questionnaire et de son objectif.

L'ordre, la présentation des questions, les termes utilisés ont donc été modifiés pour obtenir des réponses fiables et faciliter la lecture. Le choix de l'envoi par mail et par questionnaire en ligne est motivé par le gain de temps à y répondre car les professionnels ciblés en « disposent » peu et ce format permet une plus grande susceptibilité d'y répondre.

Enfin, cette étape est d'autant plus importante que la réalisation de cette enquête n'autorise pas de modifications en cours d'évaluation et que le temps à disposition pour sa réalisation ne permettrait pas de la relancer une seconde fois.

3. [Résultats](#)

38 retours ont été obtenus (20 par fichier Word et 18 par réponses au questionnaire en ligne) sur 107 demandes effectuées soit un peu plus d'un tiers de la population interrogée (35.5%). Trois réponses ont été exclues car le questionnaire en ligne n'était rempli que partiellement et une autre du fait de l'absence de prise en charge de ce type de pathologie. Au final, 34 réponses sur les 38 reçues ont été retenues pour l'étude.

L'ensemble de la population interrogée exerce en milieu libéral dont deux professionnels dans un milieu mixte à savoir libéral et structure hospitalière.

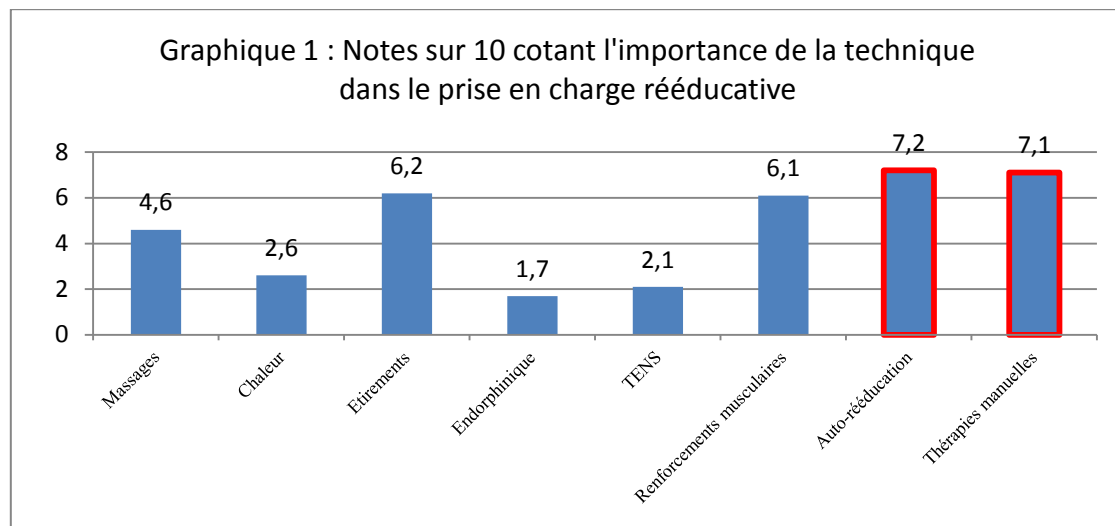
Les remarques mettent en évidence une difficulté à évaluer les techniques variées et à en faire des généralités au sein d'une prise en charge globale d'un patient (5 des 7 remarques reçues). Pour 3 de ces remarques, il aurait été nécessaire de cibler plus la population de patients en précisant d'avantage le type de pathologie.

3.1 [Objectifs principaux de l'étude](#)

3.1.1 [La place des techniques masso-kinésithérapiques dans la prise en charge de patients lombalgiques.](#)

La question 5 permet de répartir, d'après les notes obtenues, les différentes techniques de rééducation de la pathologie étudiée selon 4 catégories [Graphique 1] :

- notes < 4 : chaleur, électrothérapie type endorphinique et type TENS,
- 4 < note < 6 : massages,
- 6 < notes < 7 : étirements, renforcements musculaires,
- Notes > 7 : techniques de thérapie manuelle et d'auto-rééducation.



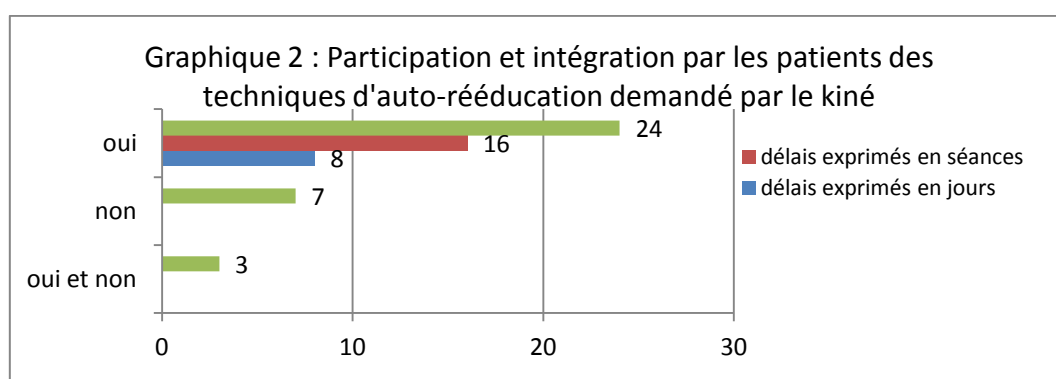
La fréquence d'utilisation des techniques de thérapie manuelle

82% des MKDE interrogés affirment utiliser des techniques de thérapie manuelle lors de ces prises en charge soit 28 personnes (Q.5). Cette technique obtient la deuxième note des 10 techniques proposées et est donc une technique de choix pour les professionnels interrogés.

Ceux-ci les utilisent de manière « curative » ou « préventive », à des fins « antalgiques, proprioceptives et articulaires ». Trois personnes pratiquent ces techniques « seulement lorsqu'ils ne peuvent pas faire autrement ».

L'importance de l'auto-rééducation auprès des patients pris en charge

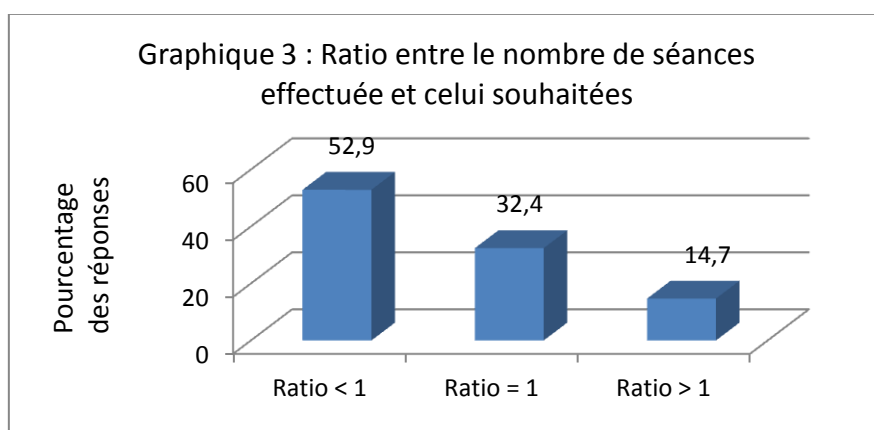
Les professionnels interrogés soulignent l'importance de l'auto-rééducation dans ce type de prise en charge (Q.5) [Graphique 1]. Pour 71% d'entre eux (24 réponses sur 34), le patient intègre les diverses techniques proposées et participe activement à sa rééducation (Q.7) [Graphique 2]. Sur ces 24 réponses favorables, 2/3 estime ce délai d'intégration en séances avec une moyenne de 4 alors que pour les 8 autres, l'estimation se fait en moyenne après 21 jours. Les 7 réponses défavorables se justifient par un manque d'investissement et de motivation du patient (4 réponses sur 7) et par une mauvaise représentation et une dramatisation de leur lombalgie (2 réponses sur 7). A noter que 3 MKDE n'ont pas eu de réponses affirmatives ni négatives soulignant la trop grande variabilité d'un patient à l'autre.



3.1.2 Efficacité de la prise en charge masso-kinésithérapique des patients lombalgiques Nombre de séances réalisées

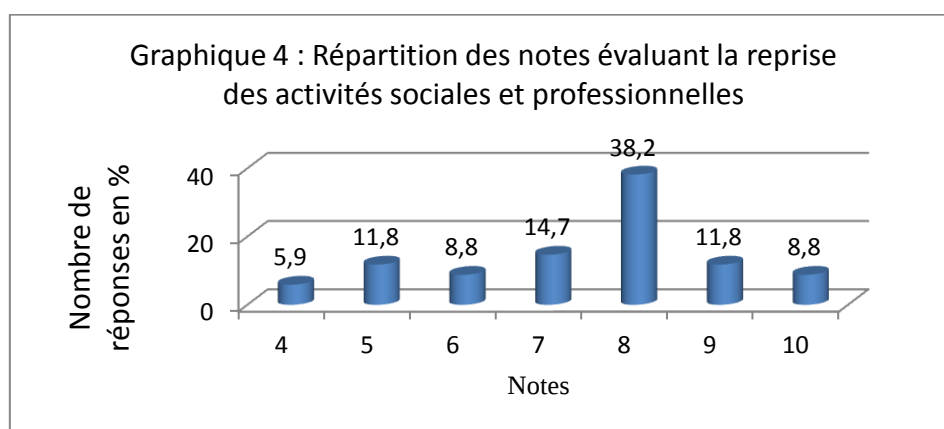
Les professionnels interrogés ont été amenés à répondre à 2 questions portant sur le nombre de séances lors de la prise en charge de patients lombalgiques. L'une sur le nombre de séances effectuées (Q.3) et l'autre sur le nombre de séances souhaitées (Q.9) pour obtenir la meilleure efficacité. En moyenne, 11 séances sont réalisées pour ce type de prise en charge contre une moyenne de 11 à 20 séances souhaitées.

Un rapport est effectué entre les réponses de la question 4 et celles de la question 8 [Graphique 3] ; 85,3% des professionnels estiment avoir le temps de mettre en place leur prise en charge souhaitée ($\text{ratio} \leq 1$).



Répercussion de la rééducation masso-kinésithérapique sur la reprise des activités sociales et professionnelles du patient (Q.8)

D'après les 34 réponses reçues, les MKDE évaluent à 7,38/10 en moyenne (0 étant nulle et 10 très efficace dans le temps) la reprise des activités sociales et professionnelles suite à la prise en charge en cabinet libéral [Graphique 4].



Certains MKDE soulignent l'efficacité de cette reprise par la nécessité pour le patient de « persévérer au niveau de l'auto-rééducation quotidienne », et qu'elle est directement « dépendante de l'investissement et des motivations » du patient.

Corrélation entre participation du patient à sa rééducation et le bénéfice sur le plan social et professionnel

Le bénéfice de la rééducation sur le plan social et professionnel (Q.8) est d'autant plus grand que le patient participe et intègre les techniques d'auto-rééducation (Q.7). En effet cette participation majore de 0,4 points (7,75 contre 7,35) les bénéfices par rapport à la non-participation qui est estimée, selon les MKDE, inférieure de 0,95 points. [Annexe 3].

3.2 Résultats des objectifs secondaires

3.2.1 Buts de l'utilisation des techniques de thérapie manuelle

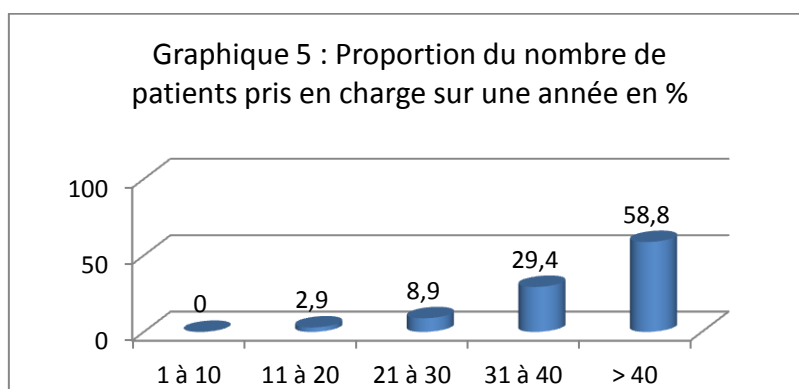
Les buts des techniques de thérapie manuelle sont similaires à ceux décrits par la HAS (soit les termes suivants : « *lutter contre la douleur* », « *redonner de l'amplitude passive* » par « *réharmonisation articulaire* ») dans 70,6% des réponses. 23,5% des buts énoncés ne reprennent pas ceux de la HAS (« *but proprioceptif* », « *réharmonisation musculaire* », « *prévention des récives* ») alors qu'une personne a souligné le fait de son efficacité à court terme et une autre de son utilisation seulement quand elle ne pouvait pas faire autrement. A noter que 5,9% n'ont pas répondu à la question.

3.2.2 Expertise de la population ciblée

L'expertise a été déterminée par le nombre de patients pris en charge sur une année (Q.1) [graphique 5], l'ancienneté dans la profession (Q.2) [Graphique 6] et la participation à des formations abordant la rééducation des patients lombalgiques (Q.4.).

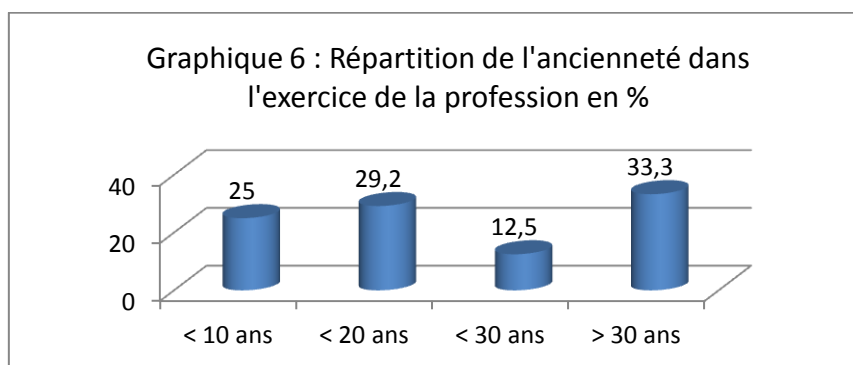
Nombre de patients pris en charge sur une année

Le nombre de patients pris en charge est plus représenté par la tranche supérieure à 40. Les 20 MKDE ayant répondu par cette tranche ont estimé en moyenne une prise en charge entre 50 et 60 patients par an pour 15 d'entre eux (44.1%), un MKDE a estimé ce nombre à 150 et 5 n'ont pas mentionné de nombre exact.



Durée de l'exercice de la profession de masso-kinésithérapeute

Seuls 24 MKDE, soit 70,6% de la population interrogée, ont répondu à la question portant sur leur date de début d'exercice (Q.2).



Corrélation entre durée d'activités et nombre de patients pris en charge

La courbe dressant le rapport entre le nombre d'années d'exercice professionnel et le nombre de patients pris en charge sur une année ne permet pas d'établir de lien entre ces deux facteurs [Annexe 3].

Formations spécifiques

Tous les MKDE ont suivi au moins une formation abordant la pathologie concernée, ce nombre variant de 1 à 5 par individu avec une moyenne de 2 formations par MKDE.

47% des professionnels interrogés ont suivi une formation d'ostéopathie et 64,7% une formation abordant les techniques de thérapie manuelle de Mc Kenzie et/ou Sohier. Une formation à la prise en charge type RFR a été suivie chez 29,4% des MKDE. D'autres formations ont été nommées telles que l'école du dos, la posturologie, le stretching, la fasciathérapie et les levées de tension entre autres. [Annexe 3]

Références bibliographiques

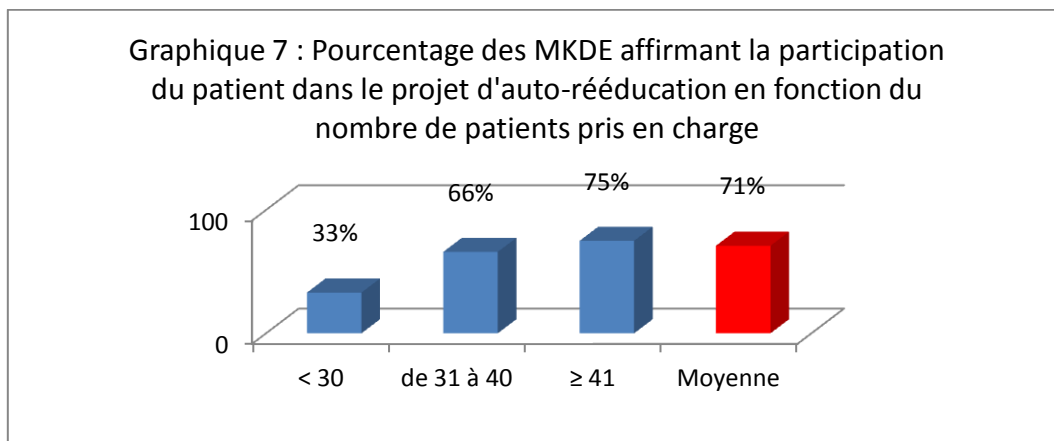
La répartition est de 85% des MKDE faisant référence à la littérature professionnelle et/ou aux rencontres de rééducation. Du fait de la faible proportion de réponses ne précisant aucune référence bibliographique (5 réponses), aucune corrélation entre ces données et le nombre de patients pris en charge par les professionnels n'a été réalisée.

Corrélation entre les dates de début d'exercice et de formation sur la lombalgie

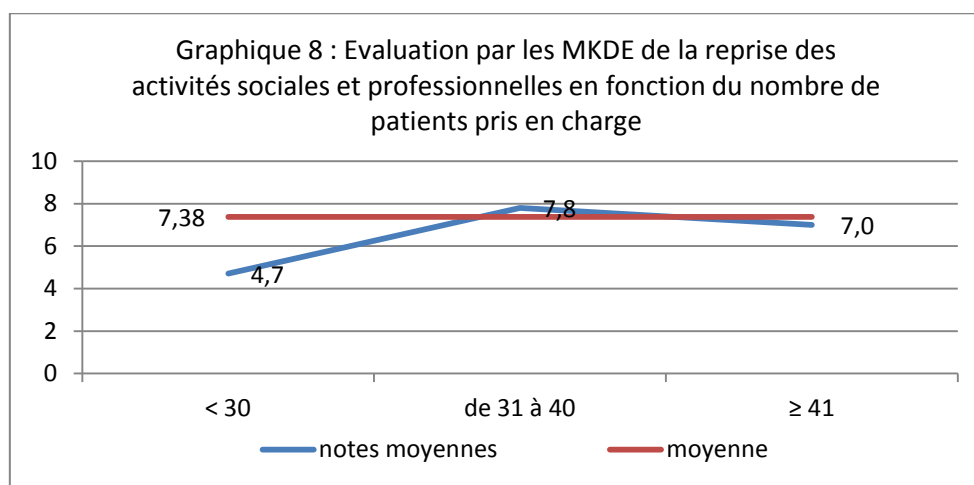
Sur les 34 réponses, 12 professionnels (35,3%) ont indiqué leur année de début formation abordant la rééducation des patients lombalgiques. Il est intéressant de noter qu'en moyenne les MKDE interrogés ont suivi une formation 5,8 ans après leur début d'exercice, avec un délai plus court pour les plus récemment diplômés [Annexe 3].

3.2.3 Efficiencia et expertise

Selon le graphique 7, l'ensemble des professionnels traitant plus de 41 patients par an estime pour 4% d'entre eux l'auto-rééducation du patient mieux effectuée que dans la population globale (résultats de la Q.7). A l'inverse pour ceux qui en traitent moins, l'estimation est inférieure de 5% pour les MKDE prenant en charge entre 31 et 40 patients. Alors que pour les professionnels traitant moins de 30 patients par an cette estimation est très inférieure puisqu'elle diffère de 38%.



Plus globalement, au-delà de 31 patients par an, l'évaluation de l'avantage perçu par les MKDE sur la reprise des activités des patients grâce à la rééducation est en adéquation avec la note moyenne. Seuls les professionnels traitant moins de 30 patients estiment d'une façon péjorative ces avantages par 2.68 points de moins par rapport à la moyenne de la population globale [Graphique 8].



4. Discussion

La population de professionnels interrogés est bien celle prenant en charge des patients présentant des lombalgies communes en milieu libéral dans la région des Pays de la Loire. Le taux de réponse inférieur à 50% (35,5%) peut s'expliquer par le manque de temps voire d'intérêt à participer à cette enquête. Cette population n'est pas représentative de la population générale du fait de leur agrément par l'IFM3R de Nantes. En effet, ces MKDE reçoivent et accompagnent des étudiants et sont plus à même d'échanger et de discuter de l'évolution des pratiques professionnelles. Ainsi, l'ensemble des résultats est donc une vision actuelle d'une population régionale spécifique prenant en charge des patients atteints de lombalgies communes.

Néanmoins, au vue des réponses et remarques reçues, la généralisation d'une prise en charge, en milieu libéral, de patients lombalgiques ne se veut pas entièrement satisfaisante. En effet les réponses sont influencées par l'âge, la profession et la motivation des patients traités par les MKDE tout au long de leur profession. Ces réponses sont également conditionnées par le caractère extrêmement variable des lombalgies.

Les professionnels interrogés confirment l'importance du recours aux techniques de thérapie manuelle et se traduit par la deuxième note des huit techniques proposées cotant son importance dans la prise en charge du patient. Dans le traitement de ce type de pathologie, la place des techniques de thérapie manuelle est majeure puisque 82% des MKDE interrogés possèdent ces techniques et les utilisent.

Les résultats de l'enquête quant à l'utilisation des techniques de thérapie manuelle n'ont pas permis de différencier les effets de la rééducation avec ou sans l'usage des ces techniques. En effet la différence entre les MKDE formés à ces pratiques et ceux non formés à celles-ci (6 réponses sur 34) ne permet aucune interprétation sur leur efficacité par rapport à leur non-utilisation. Elle ne permet pas non plus de montrer une différence sur la durée de prise en charge. De plus l'exploitation des réponses a pu dégager le fait de la nécessité d'une formation abordant la rééducation du patient lombalgique rapidement après avoir été diplômé. En effet en moyenne, les MKDE interrogés suivent une formation 5,8 ans après leur sortie d'école. Pourquoi cette nécessité ? Les MKDE se retrouvent-ils rapidement limités face à cette pathologie ?

Cette enquête démontre l'expertise des MKDE interrogés. En effet ils ont tous suivi au moins une formation liée à la lombalgie et un grand nombre d'entre eux prend en charge plus de 30 patients par an (88%). Le degré d'expertise serait un facteur mélioratif dans la rééducation des patients présentant des lombalgies. En effet, cette relation méliorative se retrouve dans l'évaluation de l'efficacité par les professionnels aussi bien pour les critères de participation du sujet à sa rééducation que pour les bénéfices perçus par les MKDE sur le plan social et professionnel.

Comme cités précédemment, les moyens utilisés dans ce type de rééducation diffèrent peu entre les MKDE interrogés. L'auto-rééducation est le moyen cotant la plus grande importance dans le traitement des patients lombalgiques. Les résultats de cette enquête montrent que les bénéfices apportés aux patients sont directement liés à l'intégration et à la participation de ceux-ci à la rééducation par la réalisation des techniques d'auto-rééducation.

L'association entre ces deux techniques, que sont la thérapie manuelle et l'auto-rééducation, est majeure lors du traitement kinésithérapique des lombalgies. Or ce questionnaire met en valeur la nécessité d'une évaluation des techniques de thérapie manuelle car bien qu'elles soient largement répandues dans les pratiques professionnelles, elles ne font pas l'objet d'études fiables en ce qui concerne l'impact de celles-ci dans le traitement des lombalgies communes.

Conclusion

Aujourd'hui, la rééducation des patients lombalgiques tient une place majeure dans l'activité kinésithérapique. La prise en charge de ceux-ci fait apparaître chez de nombreux masseurs kinésithérapeutes le recours à la formation et à l'utilisation de techniques de thérapie manuelle dans des buts antalgique et articulaire principalement.

Bien que ces techniques soit largement répandues, il n'y a ni études récentes ni études à fort pouvoir scientifique démontrant leur efficacité, par rapport à d'autres traitements, tant sur le plan biomécanique que sur celui des bénéfices sur la reprise d'activité du patient. Les nombreux professionnels y ayant recours soulignent tout de même l'importance au long terme de l'auto-rééducation dans ce type de prise en charge.

L'importance de l'éducation du patient par le masseur-kinésithérapeute à ces techniques d'auto-rééducation est motivée par la prise de conscience par le patient de sa pathologie, de l'intégration de celle-ci et de sa dédramatisation. La prise en charge du patient lombalgique et la réussite de cette rééducation est directement dépendante du niveau d'investissement de celui-ci. Le patient est l'acteur principal de sa rééducation.

Bibliographie

1. **Borgès Da Silva Ge., Fender P., Allemnd H.** Quelques repères médico-socio-économiques sur les Lombalgies. *Numéro spécial Le Concours Médical*. décembre 2000, 39.
2. **Poiraudeau S., Rannou F., Revel M.** Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socio-économiques. *Appareil locomoteur*. Encyl Méd Chir (Elsevier Masson), 2004, 15-840-D-10 : 16p.
3. **HAS.** *Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalité de prescription*. s.l. : Haute Autorité de Santé, mai 2005.
4. **J., Marty.** L'impact socioéconomique des lombalgies. *Rhumatologie*. 1991, Vol. 98, p. 24.
5. **R.L. Drake, A.W. Vogl, A.W.M. Mitchell.** *Gray's anatomie pour les étudiants 2ème édition*. Paris : Elsevier, 2009.
6. **JM. Vital, F. Razanabola, LA. Herault, V. Dousset.** Le foramen intervertébral lombaire. 2002, Vol. 14, 2.
7. **P., Trudelle.** Evaluation des muscles paravertébraux chez le lombalgique. Le test de Sorensen et les autres tests usuels. *Kinésithérapie les annales*. nov-déc. 2001 : 19-23 .
8. **Le Roux P., Desmaret JJ.** Rélexion sur les lois ostéopathiques de Fryette. *Ann Kinésithér.* 1994, 21 (5) : 235-238.
9. **Dufour M., Pillu M.** *Biomécanique Fonctionnelle. Membres-Tête-Tronc*. Paris : Masson, 2006.
10. **Rabischong P., Avril J.** Rôle biomécanique des poutres composites os-muscles. *Rev Chir Orthop*. 1965, 51 (5) : 437-458.
11. **JPH., Neidhardt.** *Anatomie clinique : le tronc*. Paris : Springer-Verlag, 1994.
12. **B., Dolto.** La notion de la "poutre composite" dans le traitement des lombalgies (par la médecine manuelle). *Ann Més Phys*. 1973, 16 (1) : 77-94.
13. **ANAES.** *Conférence de consensus : prise en charge kinésithérapique du lombalgique*. Paris : s.n., 1998.
14. **ANAES.** *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades de lombalgie chronique*. Paris : s.n., Décembre 2000.
15. **Cherin P., de Jaeger C.** La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine et Longévité*. Elsevier Masson, septembre 2011, Vol. 3, N°3.
16. **Rannou F., Poiraudeau S., Corvol M., Revel M.** Contraintes mécaniques et disque intervertébral lombaire. *Revue du Rhumatisme*. Elsevier Masson, décembre 2000, Vol. 67, N° 4, pp. 219-224.
17. **Vandermarcq P., Velasco S., Ardilouze P., Boucebc S.** Sténoses du canal lombaire. *Radiologie et imagerie médicale : Musculosquelettique - neurologique - maxillofaciale*. Elsevier Masson, 2011, 31-673-E-20.
18. **Major NM., Helms CA., Richardson WJ.** MR imaging of fibrocartilaginous masses arising on the margings of spondylolysis defects. *Aerican Journal of Roentgenol.* 1999, 173 : 673-6.
19. **Dufour M., Pillu M.** *Biomécanique Fonctionnelle*. s.l. : Elsevier Masson, 2006.
20. **Véron O., Tcherniatinsky E., Fayad F., Revel M., Poiraudeau S.** Lombalgie chronique et réentraînement à l'effort : application de la notion de niveau de douleur cliniquement acceptable. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. Elsevier, nov 2008, Vol. 51, N°8, pp. 642-649.

21. **P., Le Roux.** Geste pratique - Techniques neurodynamiques. *Kinésithérapie, La revue*. Elsevier Masson, décembre 2005, Vol. 5, N° 47-48, pp. 50-52.
22. **M., Revel.** Sciatiques et autres lomboradiculalgies discales. *Appareil locomoteur*. Paris : Elsevier Masson, 2004.
23. **J.L., Estrade.** Examen photographique dynamique. *Kinésithérapie, La revue*. Elsevier Masson, juin 2005, Vol. 5, N° 41-42, pp. 27-29.
24. **Genêt F., Poiraudau S., Revel M.** Étude de l'efficacité et de l'observance à un an d'un programme court de rééducation assorti d'un autoprogramme dans la lombalgie chronique. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. juin 2002, Vol. 45, N°6, pp. 265-272.
25. **McKenzie.** *Méthode de McKenzie*. 2004.
26. **Demoulin C., Vanderthommen M., Duysens C., Crielaard JM.** L'évaluation de la musculature rachidienne par le test de Sorensen : revue de la littérature et analyse critique. *Revue du Rhumatisme*. Elsevier Masson, janvier 2006, Vol. 73, N° 1, pp. 39-46.
27. **C. Demoulin, C. Fauconnier, M. Vanderthommen, Y. Henrotin.** Recommandations pour l'élaboration d'un bilan fonctionnel de base du patient lombalgique. *Rev Med Liege*. 2005; 60 : 7-8 : 661-668.
28. **Fransoo P., Dassain C., Mattucci P.** Mise en pratique du test de Shirado. *Kinésithérapie, La Revue*. Elsevier Masson, mars 2009, Vol. 9, N° 87.
29. **Ito T, Shirado O, Suzuki H, et al.** Lumbar trunk muscle endurance testing. An inexpensive alternative to a machine for evaluation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996, 77:75-9.
30. **Goupille P, Hercek A, Marre J-P.** Lombo-scan. Enquête sur la prise en charge de la lombalgie en médecine générale. *Revue Pratique MG*. 2004.
31. **Foster NE, Thompson KA, Baxter GD, Allen JM.** Management of nonspecific low back pain by physiotherapists in Britain and Ireland. *A descriptive questionnaire of current clinical practice*. *Spine* 1999;24(13):1332-42.
32. **Troisier O., Dorard A., Redont M.J.** *Éducation vertébrale. Verrouillage, déverrouillage : pédagogie et techniques*. Paris : Elsevier Masson, 2002.
33. **Henrotin Y., Rozenberg S., Balagué F., Leclerc A., Rouxo E., Cedraschie C.** Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Revue de Rhumatisme*. Elsevier Masson, janvier 2006, Vol. 73, N° S2, pp. 35-52.
34. **B., Timmermans.** Recommandation de bonne pratique dans les lombalgies communes. *Société Scientifique de Médecine Générale SSMG*. 2001, p. 114.
35. **M., Esnault.** *Rachis et stretching. Éducation du patient à l'étirement*. Paris : Masson, 2005. ISBN : 2-29402054-5.
36. **Lecocq J, Dubaa J, Vautravers P.** La reprogrammation neuromotrice dans le traitement des lombalgies communes. *Encycl Med Chir Kinésithér Med Phys Réadapt*. 1995;26-090-A-10:1-8.
37. **J. Vaillant, N. Vuillerme.** Rachis lombaire : douleur, proprioception, posture (1ère partie). *Kinésithérapie Scientifique*. septembre 2011, 524.
38. **Vuillerme., J. Vaillant. N.** Rachis lombaire : douleur, proprioception, posture (2ème partie). *Kinésithérapie Scientifique*. octobre 2011, 525.

39. **R. Chou R, LH. Huffman.** Nonpharmacologic therapies for a cute and chronic low back pain : a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2007, 147.
40. **al., G. Bronfort et.** Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain : a systematic review and best evidence synthesis. *Spine J*, 2004, 4, pp. 335-356.
41. **Hurley, D.A. et all.** A descriptive study of the usage of spinal manipulative therapy techniques within a randomized clinical trial in a cute low back pain. *Man Ther.* 2005, 10, pp. 61-67.
42. **M., Haye.** Thérapie manuelle et kinésithérapie analytique des lombalgies mécanogènes en référence au concept Sohier. *Kinésithérapie Scientifique.* 1999, Hors Série:199-210.
43. **G. Sagi, P. Boudot, D. Vandeput.** Méthode McKenzie : diagnostic et thérapie mécanique du rachis et des extrémités. *Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation.* Elsevier Masson, 2011.
44. **A. Chantraine, C. Gobelet, JL. Ziltner.** Electrologie et applications. *Kinésither Med Phys Réadapt.* Encycl Med Chir, 1998, 26.
45. **F. Crépon, J.-F. Doubrère, E. Castel-Kremer, G. Cadet.** Électrothérapie. Électrostimulation. *Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation.* Elsevier Masson, 2007.
46. **C., Fischbacher.** Outpatient physiotherapy services for low back pain. *STEER.* 2001, 2.
47. **French S., Cameron M., Walker B., Reggers J.** Réduction par la thermothérapie enveloppante de la douleur et de l'incapacité au cours des phases précoces de la lombalgie. *Kinésithérapie La Revue.* mars 2007, Vol. 7, 63.
48. **Peyronnet R., Estrade J.L., Leroux D.** Place de la kinésithérapie dans la prise en charge des lombalgies chroniques (revue bibliographique). *Annales de Kinésithérapie.* novembre 2000, Vol. 27, N° 7.
49. **Benoit, G.** Rééducation dynamique dans la lombalgie chronique. *Kinésithérapie Scientifique.* juillet 2011, 523.
50. **J. Vanvelcenaher, D. Raevel, G. O'Miel, P. Voisin, P. Struk, T. Weissland, E. Aernoudts, P. Bibré, M. Goethals, P. Masse.** Programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis dans les lombalgies chroniques. *Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation.* Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), 1999.
51. **P., Benner.** De novice à expert (excellence en soins infirmiers). *Masson.* 2005.
52. **F., Rauner.** Savoir pratique et compétence d'action professionnelle. *Revue européenne de formation professionnelle.* janvier 2007, 40, 60.
53. **Santé, Haute Autorité de.** Guide méthodologique, Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiquants. HAS, juin 2007.
54. **l'évaluation, Agence Nationale pour le Développement de.** Evaluation d'une action de santé publique : Recommandations. octobre 1995.
55. **B., Bahar.** Enquête du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes face à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Kinésithérapie La Revue.* 2006, 59, 20-8.

ANNEXES

➤ Annexe 1

Tableau des amplitudes moyennes des arthrons lombaires

Niveau	Flexion-extension	Inclinaison	Rotation
L1-L2	10°	3°	1°
L2-L3	12°	4°	1°
L3-L4	12°	5°	1,5°
L4-L5	15°	3,5°	1,5°
L5-S1	20°	2°	3°
Total	69°	17,5°	8°
Soit environ	70°	15°-20°	5°-10°

Schéma 1 : La charnière aponévrotique lombaire

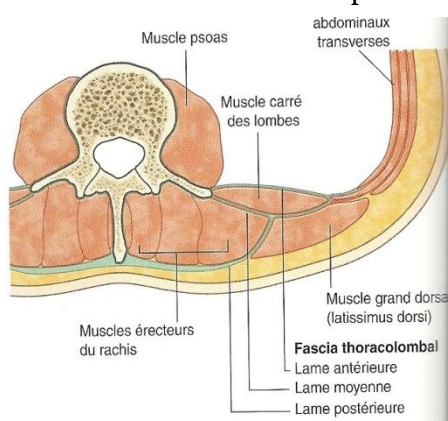
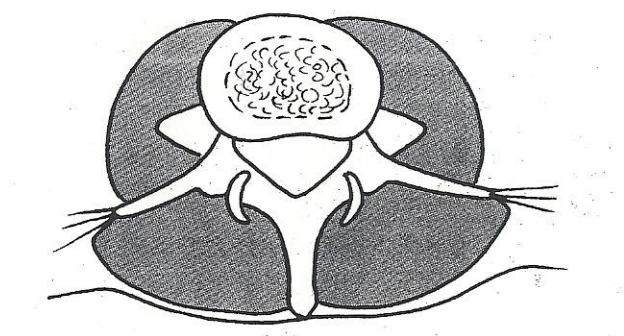


Schéma 2 : La représentation des 4 colonnes lombaires d'après Dolto



➤ Annexe 2 : Questionnaire envoyé à la population ciblée

Questionnaire

Q.1. Prenez-vous régulièrement en charge des patients souffrants de lombalgie ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, pourriez-vous estimer ce nombre sur l'année 2012 ?

☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ ≥41 (nombre :)

Q.2. Dans quel secteur d'activité exercez-vous actuellement ?

Structure hospitalière ☐ Cabinet libéral ☐ Autre ☐ (préciser)

Depuis quand exercez-vous cette activité? Année :

Q.3. Quel est actuellement, en moyenne, le nombre de séances par patient que vous réalisez lorsque vous êtes confronté à ce contexte pathologique ?

Q.4. Avez-vous pu bénéficier d'une ou plusieurs formations abordant la rééducation des patients lombalgiques ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui :

- Année (s) de formation et formation (s) suivie(s) :

Année : nom de la formation :

Année : nom de la formation :

Année : nom de la formation :

Q.5. Quelles techniques utilisez-vous face à cette pathologie ?

<u>Techniques utilisées</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Note de 0 (minimum) à 10 (maximum)</u> <u>pour chaque item cotant l'importance</u> <u>de la technique utilisée dans votre</u> <u>prise en charge rééducative du patient</u>
Massages	☐	☐	
Chaleur	☐	☐	
Etirements	☐	☐	
Electrothérapie antalgique type endorphinique	☐	☐	
Electrothérapie antalgique type TENS	☐	☐	
Renforcements musculaires	☐	☐	
Techniques d'auto-rééducation (étirements, renforcement musculaire à domicile)	☐	☐	
Techniques de thérapie manuelle ; précisez : - - -	☐	☐	

Autres : - - - -	☐	☐	
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Q.6. Si vous avez recours à des techniques de thérapie manuelle :

➤ Dans quel(s) but(s) les utilisez-vous ?

Q.7. D'après votre expérience, les diverses techniques d'auto-rééducation utilisées auprès du patient sont-elles intégrées rapidement ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, au bout de quels délais :

Si non, quelle pourrait en être la (les) raisons (s) ?

Q.8. Selon vous, cette rééducation permet-elle la reprise des activités sociales et professionnelles du patient lombalgique sur la durée ?

Evaluation sur une échelle allant de 0 à 10 : (0 : Nulle ; 10 : très efficace dans le temps)

0 : ☐	1 : ☐	2 : ☐	3 : ☐	4 : ☐	5 : ☐	6 : ☐	7 : ☐	8 : ☐	9 : ☐	10 : ☐
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Commentaire :

Q.9. Selon vous, quel serait le nombre de séances permettant la prise en charge la plus efficiente ?

☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ ≥41 (nombre :)

Pourquoi ? :

Q.10. Vous tenez vous régulièrement informé sur l'évolution éventuelle de la prise en charge des patients lombalgiques ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, pouvez-vous préciser la ou les dernière(s) référence(s) dernièrement consultées ?

Avez-vous des remarques à faire concernant ce questionnaire ?

➤ Annexe 3 : Graphiques issus de l'analyse de l'enquête.

