



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ARGUMENTAIRE**

**Référentiel concernant la rééducation en cas de  
lombalgie commune**

Réponse à une saisine de la CNAMTS en application de l'article L162-1-7  
du Code de la sécurité sociale

**Mars 2011**

L'avis de la HAS est téléchargeable sur :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé  
Service documentation et information des publics  
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Argumentaire .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Contexte .....</b>	<b>4</b>
1.1 Base législative.....	4
1.2 Saisine de la HAS.....	4
<b>2 Déroulement du travail .....</b>	<b>4</b>
2.1 Méthode de travail de la HAS.....	4
2.2 Phase de concertation avec les parties prenantes .....	5
<b>3 Argumentaire de la CNAMTS .....</b>	<b>5</b>
3.1 Définition retenue de la lombalgie commune .....	5
3.2 Description des pratiques.....	5
3.3 Fondements du projet .....	7
3.4 Projet proposé .....	8
<b>4 Données identifiées dans la littérature.....</b>	<b>9</b>
<b>5 Synthèse des commentaires des parties prenantes .....</b>	<b>9</b>
5.1 Commentaires des instances professionnelles médicales .....	10
5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie.....	11
<b>6 Commentaires de la HAS .....</b>	<b>15</b>

# Argumentaire

## 1 Contexte

### 1.1 Base législative

La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (art. 42) a modifié l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale traitant de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie des actes et prestations. Dans le cas de la prescription d'actes réalisés en série, cet article donne à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie la possibilité de saisir la HAS afin qu'elle valide un référentiel définissant le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire à la poursuite à titre exceptionnel de la prise en charge<sup>1</sup>. La validation de la HAS est expressément requise.

### 1.2 Saisine de la HAS

Par courrier en date du 17 janvier 2011, reçu le 24 janvier 2011 par la HAS, le Directeur Général de l'UNCAM a saisi la HAS d'une demande de validation d'un référentiel sur le thème « rééducation et lombalgie commune ».

L'objectif de la saisine est de valider, en cas de lombalgie commune, le nombre de séances de rééducation au-delà duquel le masseur-kinésithérapeute demandera, de manière exceptionnelle, un accord préalable du service du contrôle médical en justifiant médicalement la poursuite des soins, après concertation avec le prescripteur. Dans la grande majorité des cas, la rééducation aura atteint ses objectifs thérapeutiques avec un nombre de séances inférieur à celui proposé. Ce nombre d'actes sera inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Titre XIV, Chapitre V).

Le nombre seuil de séances prévu dans le référentiel soumis à l'avis de la HAS est de :

- 15 pour une série de séances de rééducation pour l'lombalgie commune ;
- 30, si déjà 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents.

## 2 Déroulement du travail

### 2.1 Méthode de travail de la HAS

Le travail a été réalisé selon la procédure définie par le guide « Méthode d'élaboration des avis de la HAS après saisine par l'assurance maladie ».

La HAS a effectué une recherche documentaire de recommandations de bonne pratique, de revues systématiques et de méta-analyses concernant le thème du référentiel proposé. Dans le cas présent, il s'agissait d'identifier des informations sur le nombre de séances de rééducation recommandé ou validé dans des études, en cas de lombalgie commune.

---

<sup>1</sup> Extrait de l'art. L162-1-7 du Code de la sécurité sociale : « Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

La HAS a également engagé une phase de concertation avec les parties prenantes professionnelles concernées.

## 2.2 Phase de concertation avec les parties prenantes

La HAS a sollicité l'avis des instances professionnelles suivantes :

- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie ;
- Collège de la médecine générale ;
- Collège français des médecins rhumatologues ;
- Fédération des Spécialités Médicales ;
- Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs ;
- Objectif kiné ;
- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Société française de physiothérapie ;
- Société française de rhumatologie ;
- Société nationale française de médecine interne ;
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

Une réponse a été reçue des instances suivantes :

- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie ;
- Collège français des médecins rhumatologues ;
- Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs ;
- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Société française de physiothérapie ;
- Société nationale française de médecine interne ;
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

## 3 Argumentaire de la CNAMTS

### 3.1 Définition retenue de la lombalgie commune

Le référentiel porte sur la rééducation en ambulatoire des lombalgies communes chez l'adulte.

La CNAMTS reprend la définition des recommandations de 2005 de la HAS<sup>2</sup> : « 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. »

### 3.2 Description des pratiques

#### « ► Echantillon n°1 : étude des ententes préalables reçues par l'Assurance Maladie (2001) »

Un audit médical a été réalisé entre le 15 et le 21 mars 2001 sur un échantillon au 1/12<sup>e</sup> représentatif des demandes d'entente préalable (DEP) émanant de masseurs kinésithérapeutes

---

<sup>2</sup> Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. HAS. Mai 2005

libéraux pour les assurés des trois régimes, quel que soit le risque (maladie, maternité ou accident du travail) et le lieu de réalisation.

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

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

	Nombre de DEP	Âge moyen	Traitement initial		Prolongation de traitement	
			Nombre de DEP	Nombre moyen de séances/DEP	Nombre de DEP	Nombre moyen de séances/DEP
Atteinte rachis lombaire	2 325	49,1 ans	1 855	11,5	465	13,1

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

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

En 2008 et 2009, 30 175 patients, assurés du régime général, ont été reconnus atteints d'une affection de longue durée selon l'article L 324-1<sup>3</sup> du code de la sécurité sociale avec comme diagnostic « dorso-lombalgie »<sup>4</sup>. Le motif administratif d'ouverture d'un article L324-1 concerne essentiellement des assurés en arrêt de travail de plus de 6 mois. Il s'agit donc d'un échantillon de patients lombalgiques chroniques pour lesquels on peut supposer une prise en charge en masso-kinésithérapie plus longue que celle de l'ensemble des lombalgies communes. Le nombre de séances de rééducation en ambulatoire réalisé par ces patients en 2009 a été recherché (régime général y compris section locale mutualiste) : 64 % de ces patients ont eu des séances de masso-kinésithérapie. Pour ces patients, le nombre moyen de séances constaté sur l'année était de 33. La médiane se situe à 23 séances.

Nombre de patients ayant eu au moins une séance de masso-kinésithérapie en 2009	Âge moyen	Nombre de séances					
		moyenne	q25	médiane	q75	q90	q95
19 383	46 ans	33	12	23	42	71	93

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

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

<sup>3</sup> Article L324-1 du code de la Sécurité sociale : (extrait) En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée (6 mois), la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; (...)

<sup>4</sup> Codes CIM 10 retenus : M51-Atteintes d'autres disques intervertébraux, M543-Sciatique, M544 Lumbago avec sciatique, M545 Lombalgie basse, M546 Rachialgies dorsales, M548 Autres dorsalgies



### 3.3 Fondements du projet

« La prescription de masso-kinésithérapie représente une part importante du traitement proposé dans la prise en charge des lombalgies. La place et les modalités de réalisation de la masso-kinésithérapie dans les lombalgies ont été précisées dans plusieurs recommandations de l'ANAES et de l'HAS. Elle ne se limite pas au traitement de la douleur mais est une étape essentielle de la prévention des récurrences et du passage à la chronicité.

#### ► Classification des lombalgies communes

Plusieurs classifications existent.

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

- la lombalgie primaire : premier épisode douloureux, de durée le plus souvent limitée, capable d'être prévenue par les moyens de prévention primaire ;
- la lombalgie secondaire : forme récidivante, susceptible de gêner les activités quotidiennes et d'entraîner un retentissement psychologique. Elle peut être prévenue par les moyens de prévention secondaire, en particulier dans les écoles du dos médicalisées ;
- la lombalgie tertiaire : forme chronique et invalidante, responsable de désinsertion sociale, professionnelle et psychologique. Elle nécessite la mise en œuvre de compétences et de mesures pluridisciplinaires orientées vers la reprise précoce des activités et la réinsertion du sujet, si possible dans son cadre de vie antérieur.

Les recommandations de la HAS de 2005 sur la prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune distinguent :

- 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 3 mois ;
- les lombalgies récidivantes sont définies comme la survenue d'au moins deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle<sup>5</sup>.

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

#### ► Recommandations de bonne pratique

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

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

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

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

- **La lombalgie aiguë**

Du fait qu' « aucune étude n'a montré une réelle efficacité de la masso-kinésithérapie, et aucune recommandation publiée ne l'a proposée (...) les experts du groupe de travail considèrent qu'au stade aigu de la maladie (4 premières semaines) le traitement est avant tout médical. À cette période, l'évolution étant le plus souvent favorable, il faut éviter une médicalisation excessive qui pourrait favoriser le passage à la chronicité. Cependant, dans certains cas exceptionnels, un nombre limité de séances de kinésithérapie peut être proposé (2 à 6), à un rythme de 2 à 3

---

<sup>5</sup> Les lombalgies subaiguës, récidivantes et chroniques ont été regroupées dans les recommandations de la HAS en 2005, les plans de traitement rééducatifs étant le plus souvent similaires dans les publications.

*séances par semaine (un traitement masso-kinésithérapique prescrit trop précocement et à une rythmicité trop grande peut favoriser une dépendance du patient vis-à-vis du kinésithérapeute). L'objectif est une reprise rapide de l'activité : les techniques antalgiques pourraient être prescrites, associées à des conseils d'hygiène de vie et à l'éducation du patient.»*

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

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

- **La lombalgie chronique**

La HAS préconise le schéma de prise en charge suivant :

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

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

Le Medical Disability Advisor, guide américain, recommande une rééducation de 12 séances sur une période de 6 semaines. »

### **3.4 Projet proposé**

« Il ne paraît pas nécessaire, en l'état actuel des connaissances, de distinguer par un seuil différent, dans le cadre de la procédure d'accord préalable, les situations de lombalgie aiguë et les situations de lombalgie chronique. En effet, une part importante des premiers épisodes lombalgiques ne donne pas lieu à une prise en charge de rééducation. De plus il n'est pas toujours facile de distinguer objectivement dans quelle situation clinique le patient se trouve (épisode isolé aigu ou pathologie déjà chronique).

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

- dès la 16<sup>ème</sup> séance pour une série de séances de rééducation pour lombalgie commune ;
- dès la 31<sup>ème</sup> séance, si déjà 30 séances pour lombalgie commune auront été prises en charge dans les 12 mois précédents.

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



## 4 Données identifiées dans la littérature

Malgré le nombre très important de publications (recommandations, méta-analyses, revues de synthèse) concernant la lombalgie commune et notamment la masso-kinésithérapie comme modalité thérapeutique, très peu de données sont disponibles concernant le nombre de séances de masso-kinésithérapie à réaliser.

Deux recommandations de bonne pratique proposent un nombre de séances :

- celles de la HAS de 2005<sup>6</sup>, reprises dans le chapitre « fondements du projet » du référentiel de la CNAMTS :
  - lombalgies aiguës : « 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 » ;
  - lombalgies subaiguës, récidivantes et chroniques :
    - En début de traitement : « 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. »
    - « 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 » ;
    - « 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). »
- celles du NICE de mai 2009<sup>7</sup>, qui proposent neuf séances sur une période de 12 semaines.

Une autre recommandation anglaise<sup>8</sup> recommande « un nombre limité de séances pour éviter la dépendance », sans autre précision.

Toutes les autres recommandations de bonne pratique identifiées (y compris celles signalées par la Société française de physiothérapie) ne proposent pas un nombre de séances à réaliser, bien qu'elles positionnent les thérapies manuelles dans la lombalgie aiguë comme dans la lombalgie chronique. De même les revues de synthèse et les méta-analyses.

A noter que les recommandations existantes distinguent toujours lombalgie commune aiguë et lombalgie commune chronique, avec des définitions variables de la durée respective de ces deux phases. La masso-kinésithérapie est un des outils thérapeutiques proposés, avec des modalités d'intervention variables selon les phases. Toutes les recommandations insistent sur l'intérêt d'interventions multidisciplinaires et psycho-socio-éducatives.

## 5 Synthèse des commentaires des parties prenantes

Sont repris ici les principaux commentaires des parties prenantes, portant sur l'argumentation développée par la CNAMTS, et les informations fournies pouvant aider à définir le nombre de séances de rééducation ne nécessitant pas d'accord préalable du service du contrôle médical.

---

<sup>6</sup> Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. HAS. Mai 2005

<sup>7</sup> Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. National Collaborating Centre for Primary Care. NICE. Mai 2009

<sup>8</sup> Clinical guidelines for the physiotherapy management of persistent low back pain. The chartered society of physiotherapy. Londres. 2006.

## 5.1 Commentaires des instances professionnelles médicales

Les réponses ne sont pas accompagnées de références documentaires qui auraient pu apporter des informations complémentaires de celles identifiées par la HAS.

### ▪ Collège français des médecins rhumatologues (CFMR)

« Le principe d'une série de 15 séances nous paraît adapté. Le recours à l'accord médical à partir de la 31<sup>ème</sup> séance pour l'année ne nous paraît pas adapté.

Recommandation HAS : 2 à 6 séances en phase aiguë et jusqu'à 30 en phase chronique.

La proposition d'une limite à 30 séances avant accord médical paraît donc sur cette base sous estimée (6 + 30 = 36), mais ceci ne constitue pas l'essentiel de l'argumentaire incitant à faire reconsidérer la borne proposée.

Sur l'échantillon n°2, la moyenne du nombre de séances est supérieure à la limite proposée (30) dans certains départements (Gard). Globalement, cette limite ne rend pas compte de la pratique observée pour 75 % des patients étudiés (q75 = 42).

Il est difficile ici d'affirmer que tout ou majorité des séances réalisées au-delà de 30 n'est pas médicalement justifié. Ce seuil (30) n'est défendable qu'en théorie et en dehors de la réalité de nos pratiques.

L'hétérogénéité géographique observée dans le recours à la MK pour lombalgie pourrait être expliquée par l'hétérogénéité de l'offre de soins : démographie des kinésithérapeutes rapportée au nombre de patients et surtout disponibilité de centres de rééducation susceptibles de prendre en charge de façon adaptée les patients lombalgiques chronique les plus handicapés. Ces centres sont actuellement en nombre insuffisant et encore absents de certaines régions. Ceci conduit logiquement le praticien à organiser des prises en charge kinésithérapiques ambulatoires plus lourdes. Compte tenu de l'état actuel des choses ces prises en charges ambulatoires sont adaptées, nécessaires et non exceptionnelles. Elles ne relèvent donc pas de l'accord médical préalable.

La démarche retenue nous paraît ambiguë en raison du parti pris initial de ne pas distinguer entre lombalgie aiguë, lombalgie subaiguë et lombalgie chronique, ce qui est pourtant essentiel. Mais il est vrai que cette distinction serait difficile, voire impossible à faire pour le médecin conseil au vu de la seule prescription. Dans la lombalgie en voie de chronicisation l'avis ponctuel du rhumatologue ou du médecin physique devrait être requis. Une consultation pluridisciplinaire associant le spécialiste de l'appareil locomoteur, le médecin traitant et le médecin du travail permettrait de rechercher les moyens les plus adaptés pour éviter la désinsertion socioprofessionnelle.

Enfin, la pratique rhumatologique nous apprend que bon nombre de patients lombalgiques chroniques arrivent à nos consultations après plusieurs mois d'évolution et après avoir suivi le nombre recommandé de séances MK, mais que celles-ci étaient qualitativement insuffisantes, voire inadaptées. Les massages et la physiothérapie résument régulièrement et à tort la prise en charge kinésithérapique pour lombalgie. Les exercices réalisés lors d'un travail en tête à tête avec le kinésithérapeute pendant 20 à 30 minutes par séance, pourtant nécessaires, ne sont pas toujours retrouvés dans le cursus des ces patients. Une nouvelle prescription, et une orientation fiable sont alors nécessaires.

Cette dernière remarque pourrait aider à définir le seuil du nombre de séances pour l'année avant entente préalable : 60. »

### ▪ Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT) - Société française de chirurgie rachidienne (SFCR) – Société française de rhumatologie (SFR)

La SOFCOT a transmis à la HAS la réponse de sociétés associées : la Société française de chirurgie rachidienne et la Société française de rhumatologie.

**SFCR** : « Le rapport préconise une entente préalable dès la 16<sup>e</sup> séance pour une série de séances de rééducation pour lombalgie commune et dès la 31<sup>e</sup> si déjà 30 séances pour lombalgie

commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents. Cela me paraît cohérent, et pourrait avoir l'aval de la SFCR. »

**SFR (3 avis d'experts, dont 2 positifs) :**

« Expert n°1 : il n'y a rien à redire, pour moi c'est OK. Les choses sont claires, la SFR peut s'engager.

Expert n° 2 : pour ma part, je ne conseillerais pas une approbation officielle de la SFR de ce document de qualité extrêmement médiocre.

Expert n°3 :

Fondement scientifique retenu : l'objectif de la rééducation c'est la reprise des activités antérieures ou l'initiation d'un auto-programme d'exercices physiques pour améliorer l'état fonctionnel et prévenir la récurrence. La classification du Gill paraît archaïque et non validée.

Recommandations de l'HAS : je supprimerai « favorise une dépendance vis-à-vis du kinésithérapeute ». J'ajouterai que l'objectif est la reprise des activités.

Ceci sous-entend bien sûr que le kinésithérapeute réalise ce qui est prescrit et que l'ordonnance est correctement rédigée.

Dans la lombalgie chronique on pourrait ajouter que l'absence d'amélioration au-delà de 15 séances et l'impossibilité de reprise du travail doit faire adresser le patient à un médecin spécialisé et au besoin envisager son intégration dans un centre de réentraînement à l'effort. »

▪ **Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)**

« A la phase de lombalgie aiguë (épisode isolé de lumbago aigu), il ne nous paraît pas nécessaire de prescrire des soins de kinésithérapie. Nous adhérons au projet proposé dans la lombalgie commune de 15 séances au-delà desquelles une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre les soins de kinésithérapie et de 30 séances au-delà desquelles une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre les soins de kinésithérapie si déjà 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents. Il nous paraît nécessaire de réévaluer la place des différentes techniques antalgiques et l'apport de l'ergonomie dans la prise en charge. »

▪ **Société nationale française de médecine interne (SNFMI)**

Un avis d'expert transmis : « Je suis tout à fait d'accord avec ce qui est écrit et correspond à ma pratique courante. Seule réserve, dans la définition de la lombalgie, je ne suis pas favorable à inclure « les irradiations dans les cuisses à leur face postérieure jusqu'au genou ». C'est une définition assez anglo-saxonne. Je limiterais la lombalgie à des irradiations dans les fesses au maximum. »

## 5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie

▪ **Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFREK)**

Concernant la lombalgie aiguë : « Contrairement aux conclusions du rapport (de la HAS) « Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription » de mai 2005, le groupe d'experts (de l'AFREK) pense que la lombalgie aiguë doit faire l'objet, non d'une prise en charge exceptionnelle, mais d'une prise en charge systématique et précise par le kinésithérapeute après un bilan-diagnostic kinésithérapique. » (...)

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

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



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

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

Le traitement doit être finalisé si on veut éviter des récurrences et la chronicité. Déterminer un nombre de séances établi sur une moyenne d'actes effectués ne paraît pas adapté à une prise en charge de qualité qui, d'une part, est toujours différente d'un sujet à un autre et qui, d'autre part, doit être cohérente avec les connaissances scientifiques actualisées et les résultats de l'expérience. Ce nombre, s'il était fixé, ne pourrait être qu'arbitraire et limitatif par principe.

Le groupe d'experts pense que la durée du traitement peut se situer, de façon tout à fait justifiée, entre 15 et 30 séances et donc qu'une demande d'accord préalable ne devrait intervenir qu'à partir de la 30<sup>e</sup> séance et non à partir de la 15<sup>e</sup>. » (...)

#### ▪ **Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)**

La FFMKR a demandé à l'AFRK de répondre (cf. ci-dessus).

#### ▪ **Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes**

« A la suite de la publication de Références Médicales Opposables (RMO) liées à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre l'assurance maladie et les médecins, une conférence de consensus sous l'égide de l'ANAES, concernant la prise en charge kinésithérapique de la lombalgie (novembre 1998), a corrigé ces RMO en validant l'intervention du masseur-kinésithérapeute dans la phase aiguë. Or, ce consensus professionnel (le seul publié à ce jour) n'est pas pris en compte par le référentiel. (...)

Aujourd'hui, le projet de référentiel admet que, dans l'état actuel des connaissances, il ne paraît pas nécessaire de distinguer par un seuil différent, dans le cadre de la procédure d'accord préalable, les situations de lombalgies aiguës et les situations de lombalgies chroniques. A fortiori, c'est la démonstration que les analyses « scientifiques » sur lesquelles repose ce référentiel sont discutables, et que « les méthodes scientifiques les mieux adaptées » ne sont pas au rendez-vous.

Pour cette raison, le Conseil national considère que ce référentiel n'est pas conforme à l'article R4321-81 du code de déontologie et préconise la mise en place d'une conférence de consensus sur le traitement kinésithérapique de la lombalgie commune, préalablement à la publication de références sur cette prise en charge. »

#### ▪ **Société française de physiothérapie (SFP)**

« 1. Sur la forme et le fond

Le document proposé est peu consistant sur la présentation des arguments scientifiques exposés. Voici les principaux points jugés très faibles :

- processus de sélection des articles inconnu ;
- libellés et niveaux des références inhomogènes (avec des références sur la coiffe des rotateurs (n°8) ou de la revue Spine datant de 2001 alors que de nombreuses publications sont sorties de ce journal depuis. Absence de citations des revues Cochrane récentes sur le sujet ou de recommandations cliniques récentes, erreur d'écriture sur McKenzie et concepts mal interprétés, etc.), et des appels dans le texte non systématique ;
- utilisation du terme de « lombalgie commune » utilisée alors que des recommandations datant de 1998 demande l'utilisation du terme « non spécifique ». La lombalgie n'a rien de commun pour le patient et le terme non spécifique oblige le praticien à rechercher des drapeaux rouges, verts et jaunes ;
- chapitre « Classification des lombalgies communes » : reprise des recommandations HAS de 2005. La notion de lombalgie aiguë définie comme premier épisode de lombalgie (critère d'inclusion de la plupart des études contrôlées randomisées sur ce thème) n'est pas citée ;

- description des techniques de kinésithérapie dans les chapitres « lombalgies aiguë et chroniques » obsolètes au vue de l'état actuel des publications. Des documents plus récents existent et sont issus de la Cochrane ou de recommandations internationales. Ici seule une recommandation clinique de 2001 est citée. La base de données PEDRO recense plusieurs recommandations plus récentes sur la kinésithérapie. Ces références sont absentes ;
- En ce qui concerne la notion « d'experts » qui est actuellement remis en cause par beaucoup d'affaires dans le domaine de la santé. La phrase située page 3 citant « *les experts du groupe de travail considèrent qu'au stade aigu de la maladie, le traitement est avant tout médical* » est à ce stade peu objectif lorsque les différentes prises en charge ou l'absence de prise en charge sont comparées. Ces assertions sont fausses («addiction» à la kinésithérapie) surtout lorsqu'elles sont comparées à la pratique systématique en France de l'imagerie médicale, sans effet curatif, avec effets secondaires mineurs mais effectifs, dont le coût est parfois supérieur à la prise en charge thérapeutique du kinésithérapeute et qui n'est pas indiquée dans la lombalgie aiguë comme chronique en l'absence de signes cliniques d'une spécificité de la lombalgie (Chou, 2007). La pratique de l'imagerie n'est pas recommandée par les principales recommandations internationales. La comparaison des coûts de cette prise en charge médicale comparée à celle de la kinésithérapie est plus que déséquilibrée et ce commentaire est peu équitable et objectif en termes d'inefficacité thérapeutique ou diagnostique. Elles font de plus courir le risque d'une perte d'impact de la thérapie manuelle lorsque cette dernière est réalisée trop tardivement. Cette thérapie manuelle est simple à mettre en œuvre (mobilisation passive postéro-antérieure de type Maitland + push-up en automobilisation de McKenzie) et validée (augmentation de l'imbibition aqueuse discale mesurée sous IRM), (Beattie, 2010).
- sont citées des recommandations du « Medical disability advisor » sans référence et sans connaître les programmes proposés qui peuvent parfois être bien éloignés de la prise en charge effectuée dans les cabinets français (réentraînement musculaire en endurance, prise en charge pluridisciplinaire et durée des séances et plateaux techniques sans commune mesures) ;
- chapitre « Description des pratiques : Echantillon N°1 » : L'échantillon recruté date de 2001 soit plus de 10 ans. Cet échantillon n'est pas représentatif de l'état des pratiques actuelles. Des mesures d'impact de la conférence de consensus de 1998 montrant un changement des pratiques en 2003, il est probable qu'en 2011, elles aient encore évolué ;
- chapitre « Description des pratiques : Echantillon N°2 » : la définition de la lombalgie ne correspond pas à celle du début du document (M543 : Sciatique ; M544 Lumbago avec sciatique sont des topographies dont les douleurs descendent au-delà du genou) ;
- pour les chapitres « Description des pratiques », la notion de densité des kinésithérapeutes n'est pas étudiée et elle explique notamment l'écart entre le nombre moyen de séances différents sur tout le territoire. Les zones où sont pratiquées le moins de séances sont les zones où les effectifs de kinésithérapeutes sont les moins importants. Un kinésithérapeute seul ne pouvant prendre en charge qu'un nombre de patients limité. Ce qui n'est pas le cas dans les zones à forte densité. Pour que cet indicateur soit fiable, il faudrait que la démographie professionnelle soit homogène sur tout le territoire. Ce qui n'est pas le cas et connu de l'UNCAM qui en fait un de ses arguments phare actuel. Cet indicateur n'est pas fiable et ne représente pas ce qu'il est censé mesurer. L'UNCAM devrait utiliser d'autres indicateurs de résultats cliniques pour extraire des données crédibles de prise de décision.

## 2. Sur la méthodologie UNCAM

Au total, la sélection des articles est très faible et ne représente pas le niveau des publications sur le sujet. L'argumentaire scientifique semble ne reposer que sur les recommandations HAS de 2005. A la HAS de juger si ces recommandations sont encore valables, considérant habituellement que passé 5 ans elles doivent être réactualisées. De nombreux essais cliniques et nouveaux protocoles ont été réalisés depuis et dont les prises en charge limitent la récurrence lorsqu'ils sont pratiqués en phase aiguë et sont efficaces lorsqu'ils sont appliqués en phase chronique. Ce document ne les valorise pas. Une mise à jour sur le sujet s'impose et une véritable politique de diffusion et d'amélioration des pratiques est à mettre en œuvre. La HAS doit remplir son rôle d'amélioration des pratiques fondées sur des données probantes.

Au-delà du nombre de séances, c'est la notion de quantité de séances et de qualité de prise en charge qu'il est nécessaire d'étudier. Ces référentiels devraient s'adosser sur des critères de bilan solides, sur lesquels la prise de décision de poursuivre ou d'arrêter les séances devrait être prise. Les référentiels plafonnés à un nombre de séances n'apportent aucune notion de décision clinique et laissent une gestion administrative contre-productive pour la qualité des soins. Ainsi l'EVA, le questionnaire Eifel ou très simplement le PSFS, validé pour la lombalgie et simple d'utilisation (ce score est utilisé de manière systématique par les kinésithérapeutes américains pour justifier ou pas la poursuite des séances) devraient être des éléments majeurs pour la prise de décision du nombre de séances. Cette réflexion sur des indicateurs spécifiques devrait s'étendre à l'ensemble des référentiels actuels, car les caisses primaires ne savent pas sur quels critères l'entente préalable est recevable ou pas.

Ces référentiels entraînent auprès des professionnels une notion de « forfait séances » qui peut entraîner des effets délétères entraînant une surmédicalisation des soins pour « aller au bout des 30 séances » chez des patients ne nécessitant pas ses soins. Eventuellement, une certaine dérive pourraient être observée où tous les patients suivraient la même prise en charge pour « encaisser le forfait ». Les lombalgiques doivent faire l'objet d'une prise en charge spécifique et très adaptée. Un forfait ne semble pas la réponse optimum si aucun indicateur ou objectifs thérapeutiques ne sont évalués au cours de la prise en charge.

### 3. Contexte clinique

Le contexte d'exercice est aussi problématique en l'état actuel de la cotation des actes. La cotation des actes de kinésithérapie pour lombalgie est de 7,5 AMS (15,30 euros remboursés à 60 % par l'assurance maladie soit 9,18 euros) correspondant à une prise en charge rachidienne de 30 minutes individuellement. La topographie des séances décrite dans le rapport fait intervenir les membres inférieurs (douleur jusqu'aux genoux) et les techniques de prises en charge moderne sollicitent les 2 membres inférieurs. La cotation 9,5 serait ce qui correspond à la nomenclature actuellement (rachis et 2 membres inférieurs).

Il est rappelé qu'une véritable concurrence déloyale s'installe dans l'exercice sur le territoire français avec l'ostéopathie dont les tarifs sont libres et dont le prix des séances peut varier entre 30 et 150 euros. De plus, les patients peuvent aller consulter le praticien ostéopathe en première intention. Les kinésithérapeutes ayant effectué un concours d'entrée très sélectif et des études plus élargies se retrouvent vis-à-vis du public dans une position non concurrentielle pour offrir un niveau de prestation identique (temps passé auprès du malade, temps d'examen clinique, plateau technique, etc.). Cela décrédibilise toute la profession qui est pourtant reconnue auprès du Ministère de la Santé. Cet état entraîne auprès des professionnels un sentiment de frustration et une perte de chance pour le patient de bénéficier de traitements efficaces et remboursés. Les praticiens pratiquant individuellement auprès du patient étant placés dans une situation de plus en plus intenable. C'est tout un pan de l'exercice qui est mis sous tension de manière injuste.

Il faut noter que le nombre d'essais cliniques randomisés en kinésithérapie ayant montré une efficacité pour la lombalgie est sans commune mesure supérieur à ceux publiés dans le champ de l'ostéopathie. Cet état de fait laisse s'installer une dérive des pratiques où des concepts non-fondés sur des preuves (principalement basé sur des techniques passives alors que l'approche multimodale est fondée sur des preuves fortes) font leur entrée auprès des patients avec une décharge complète du système d'assurance santé. Le nombre de jours d'arrêts de travail lié à la lombalgie devrait inciter les pouvoirs publics à savoir où investir, en trouvant les moyens d'améliorer la qualité de l'exercice. La mise en place de référentiel pour la lombalgie sans indicateur de suivi est contre-productive pour faire face à ce problème majeur de Santé Publique. Il ne permettra pas aux professionnels de faire évoluer ses pratiques et de proposer des techniques fondées sur des preuves.

### 4. Conclusions sur le document de saisine

Au total, la méthodologie UNCAM est peu effective. L'UNCAM a réuni les représentants professionnels à partir du 16/09/2010 pour élaborer ce rapport. En 5 mois, l'analyse de littérature effectuée et « l'habillage » scientifique du référentiel est très peu crédible méthodologiquement et ne seraient jamais labellisés par la HAS s'il s'agissait de recommandations cliniques classiques. La rédaction finale de l'UNCAM aurait dû se limiter à la reprise des recommandations HAS de



2005 (basé sur un consensus professionnel non explicite ou formalisé) et la collecte de données récentes sur le nombre de séances pratiquées en kinésithérapie pour lombalgie en 2010 (l'UNCAM est la seule à posséder ses informations !). Il est remarqué qu'il est laissé 15 jours aux sociétés savantes pour répondre à ce document et que cela ne met pas de réagir pour effectuer une revue de littérature précise sur le sujet. Si seul l'avis sur le nombre de séances à rembourser en Kinésithérapie est demandé, il semble plus nécessaire d'effectuer cette demande directement sans habiller méthodologiquement le document de saisine de la HAS. »

La société française de physiothérapie a proposé une liste de références bibliographiques qui ont été analysées par la HAS. Ces publications ne permettent pas de définir le nombre de séances de rééducation utiles.

#### ▪ **Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)**

« Echantillon n°1 : il n'est pas mis en évidence de différence significative entre les nombres moyens de séances par DEP pour un traitement initial ou une prolongation puisque la variance n'est pas communiquée. Il est encore moins possible d'en déterminer la cause.

Echantillon n°2 : la supposition disant que des patients qui sont en ALD pour dorsolombalgie ayant entraîné plus de 6 mois d'arrêt de travail nécessite un traitement plus long qu'une lombalgie commune n'est fondée ni scientifiquement, ni médicalement.

Effectivement, l'arrêt de travail est dû à l'impossibilité de travailler : il prend nécessairement en compte la catégorie socioprofessionnelle de l'individu, la notion de fatigabilité, de pénibilité de la profession, et le statut juridique du travailleur. On peut également supposer qu'un indépendant étant obligé de travailler et ayant un travail physique aura besoin de soins plus longtemps qu'un employé de bureau qui reste en arrêt de travail 6 mois.

Il n'est pas mis en évidence de différence significative entre les moyennes de séances par patient et la moyenne estimée puisque l'UNCAM ne communique aucune variance. Les corrections (exclusion des départements de moins de 100 patients et exclusion des consommations les plus extrêmes 5%) sont arbitraires et faussent la moyenne car ils ne sont pas forcément symétriques : elles ne permettent pas de définir clairement un intervalle de confiance.

Conclusion : Aucune étude épidémiologique sérieuse ne nous est proposée. Ainsi les recommandations proposant de fixer deux planchers l'un à 15 séances, l'autre à 30 séances dans l'année semblent plus liées à un objectif de maîtrise comptable qu'à une réelle démarche scientifique permettant de fixer d'éventuels seuils dans la prise en charge des lombalgies. Il serait plus prudent de différer le rendu de votre décision concernant ce référentiel, sachant que nous sommes en train de développer une expérimentation scientifique à résultats quantifiables, mesurables et reproductibles au travers de bilans diagnostiques spécifiques que nous serions ravis de vous présenter.

## **6 Commentaires de la HAS**

Les données de pratique (échantillon 1 datant de 2001) fournies par la CNAMTS indiquent que la moyenne du nombre de séances de rééducation est de 11,5 et 13,1 respectivement en cas de traitement masso-kinésithérapique initial et de prolongation. La variance est inconnue. Ces deux moyennes sont proches des nombres seuils proposés par la CNAMTS. Il n'y a aucune information sur les caractéristiques cliniques des patients ayant un nombre de séances plus élevé que la moyenne.

Les nombres seuils de séances sont en accord avec les recommandations de la HAS de 2005.

Les données identifiées dans la littérature sont très peu nombreuses et, pour celles qui sont disponibles, sont en faveur d'un nombre limité de séances de masso-kinésithérapie.

Le référentiel proposé ne distingue pas les phases aiguë et chronique de la lombalgie commune de l'adulte alors que les recommandations existantes font cette distinction. Cependant, elles insistent sur la difficulté de bien identifier ces différentes phases dans l'histoire clinique des

patients. Les modalités thérapeutiques validées et proposées sont variables selon ces phases. Dans la mesure où le référentiel ne précise pas les modalités thérapeutiques, il ne paraît pas en contradiction avec les données disponibles.

Il n'y a pas unanimité des avis des parties prenantes (quatre sociétés savantes médicales valident cependant le nombre seuil proposé), sans qu'elles aient fourni à la HAS d'argumentation scientifique permettant d'invalider les seuils proposés.

En l'état, il n'y a pas de donnée scientifique publiée s'opposant à fixer le nombre de séances au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire à la poursuite de la rééducation en cas de lombalgie commune de l'adulte :

- à 15 pour une série de séances de rééducation ;
- à 30, si déjà 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents.

À l'issue de cette analyse et au regard des réponses fournies, le Collège a considéré qu'aucun argument scientifique n'était de nature à s'opposer à la validation du seuil proposé pour déclencher la procédure d'entente préalable.