

*Ce travail a été réalisé par une étudiante de l'IFMK de Montpellier, en stage au cabinet de Mathias Willame, qui s'est interrogée sur la place du masseur-kinésithérapeute dans la prescription d'activité physique comme stratégie non médicamenteuse pour le traitement des affections de longue durée (ALD). Nous sommes fiers de publier le fruit de sa réflexion.*

# PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE LA PLACE DU KINÉSITHÉRAPEUTE

## Introduction

Depuis mars 2017, les médecins traitants ont la possibilité de prescrire une activité physique adaptée aux patients souffrant d'une ALD [1]. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un *Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé* à l'attention des médecins, le but étant de les accompagner et de les aider dans leur nouveau droit [2].

Ce guide explique comment évaluer et repérer les patients à risque pour la pratique d'une activité physique. Le rôle des masseur-kinésithérapeutes y est précisé : dispenser aux patients en ALD une activité physique adaptée à la pathologie, seulement si le patient présente des limitations fonctionnelles sévères. Mais le masseur-kinésithérapeute ne semble pas avoir de place dans le cadre de leur évaluation... ni dans un parcours de soin à évolution positive !

## Les atouts du masseur-kinésithérapeute ?

### La relation de confiance avec son patient

Il existe une relation thérapeutique entre le patient et le praticien, qui évolue petit à petit vers une relation de confiance, souvent indispensable dans le dépassement de soi dont un patient pourra faire preuve. Elle est favorisée par le fait que la kinésithérapie est

au centre du parcours de soins dans le cadre d'une pathologie musculo-squelettique, et que le patient et le praticien peuvent se voir régulièrement. Au fil du temps, ils créent ensemble un passé, un quotidien et donc un avenir.

### Le toucher

C'est l'un des atouts principaux du masseur-kinésithérapeute : nous soignons avec nos mains. Elles sont notre principal outil de travail. Nous sommes à peu près les seuls professionnels de santé à les utiliser, à utiliser leur intelligence, leurs sensations. Elles nous permettent de créer un contact particulier avec le patient. Le toucher permet de rassurer, d'apaiser, mais c'est surtout une forme de communication essentielle. De plus, extrêmement riches en corpuscules de Pacini, capteurs de vibration et de pression, et en disques de Merkel (tact fin), elles sont pour nous un vrai outil diagnostique, thérapeutique. La palpation nous informe sur l'état, l'évolution des différents tissus de nos patients : la peau, miroir du corps (température, changement de coloration, épaisseur, changement de pression, douleur, hypersensibilité, souplesse du pli cutané... [3]), mais surtout sur la qualité du muscle (souplesse, trophicité, contractilité...).

## Le système lombo-pelvien notion de core

- Core anatomique = pas de consensus
  - Caisson abdominal
  - Muscles pelviens?
- Core fonctionnel = stabilité
  - Usage / Littérature
- Core utilité ?
  - Prévention lombalgie
  - Efficience mouvement
  - Performance sportive => Golf



De la théorie à la pratique

## Concept de Core

- Unité anatomique et fonctionnelle
  - Corset musculaire
  - Centre d'une chaîne cinétique fonctionnelle
    - Stabilité lombo pelvienne Panjabi J Spinal Disord 1992
    - Stabilité posturale Radebold Spine 2001
    - Transfert d'énergie Cholewicki Eur Spine J 1999

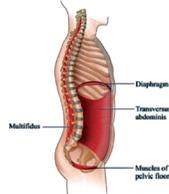


Fig. 1 :  
Description et  
présentation  
du concept du  
core stability.

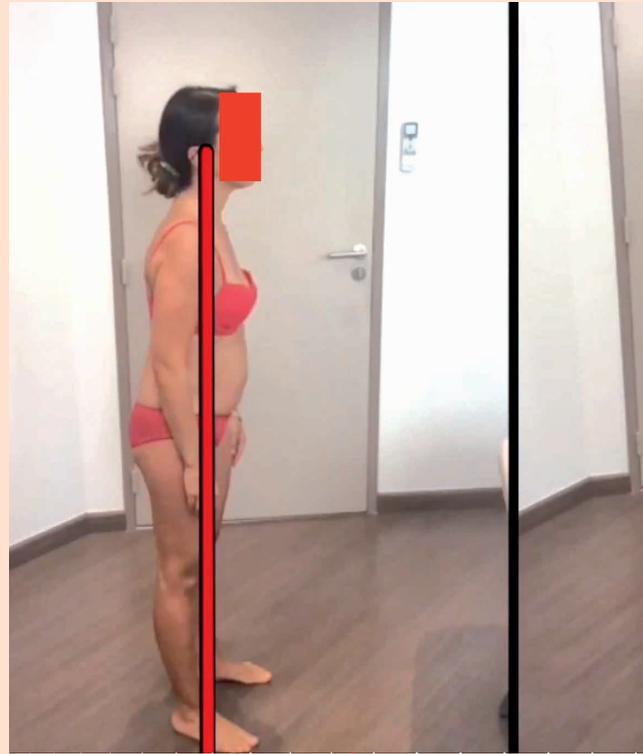


Fig. 2 et 3 : Du BDK au bilan kiné des activités physiques : analy-  
proposés au patient pour évaluer les qualités musculaires prop

### L'observation : du mouvement analytique vers une expertise biomécanique

Associé à la palpation, nous observons. Cela commence dès notre première rencontre avec le patient : comment arrive-t-il au cabinet ? est-ce qu'il marche normalement ou avec des aides à la marche ? A-t-il une boîtierie ? De quelle manière réalise-t-il ses transferts : s'asseoir, se relever, s'allonger ? Comment se déshabille-t-il ? etc. Une fois le patient dévêtu, il est également facile d'apprécier son attitude spontanée, les courbures rachidiennes, les asymétries de membres, les rétractions, les amyotrophies, les appuis. Le fait que le patient se déshabille nous donne aussi l'opportunité de pouvoir apprécier la qualité de la peau, sa coloration, ses éventuelles cicatrices ou fragilités, ses sécrétions, la pilosité. Toutes ces informations sont des indices supplémentaires qui vont nous permettre de nous créer une histoire sur le fonctionnement de notre patient. Nous pouvons parler alors de transduction biomécanique. Par

exemple, lorsque le patient enlève son tee-shirt, nous analysons le geste : limitations d'amplitudes du complexe articulaire de l'épaule, rythme scapulo-huméral, comparaison au côté opposé... Associée à nos connaissances en anatomie et en biomécanique humaine, notre observation nous permet de déduire l'importance de ses capacités et incapacités, de ses déficiences et de son handicap.

### Du bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) au bilan kiné APA

Cela fait plus de 20 ans que les bilans des masseurs-kinésithérapeutes sont reconnus pour l'évaluation des incapacités, des déficiences et du handicap. Dès la publication de la loi sport-santé, l'Ordre a publié une *Notice de mise en œuvre de l'activité physique adaptée par les kinésithérapeutes*, qui est consultable sur son site. Dans cette notice, les grands principes d'un bilan APA sont présentés aux masseur-kinésithérapeutes pour faciliter la prise en charge de leurs patients en ALD. Un point important de ce bilan unit les différents experts du sport-santé : l'évaluation



DR

se biomécanique à l'aide de logiciel d'analyse. On optimise lors du 1er rendez-vous la capacité de correction fonctionnelle. Certains tests sont ensuite réalisés à chaque muscle intervenant dans ce concept, afin d'orienter la prise en charge et les objectifs.

du complexe lombo-pelvi-fémoral ou *core stability*. Toutefois, celui-ci, comme d'autres, semble devoir être développé.

En effet, le *core stability* est un concept déjà bien connu dans le milieu sportif et largement utilisé dans le but d'augmenter la performance des athlètes et la prévention des blessures. Il est aujourd'hui au cœur de nombreux travaux de recherche et questionnements en thérapeutique. Car le travail de la posture dynamique permettrait au corps humain de mieux fonctionner, mieux respirer, mieux digérer. Et ce, aussi bien pour un sportif que pour un patient souffrant d'une ALD.

Anatomiquement, il se délimite en haut par le diaphragme pulmonaire, en bas par le diaphragme pelvien, en arrière par le rachis thoraco-lombaire et en avant par la paroi abdominale. C'est une unité fonctionnelle à part entière, qui comprend des éléments osseux et ligamentaires, mais surtout musculaires (photo 1). Les muscles, décrits selon 3 plans (profond, moyen et superficiel), jouent un rôle dans la stabilité de la zone, la stabilité posturale et le transfert d'énergie.

À l'heure actuelle, le lien entre la lombalgie chronique et la faiblesse du *core stability* a été étudié et largement démontré [4]. Il est donc facile de comprendre l'importance de la stabilisation lombo-pelvienne et de son évaluation dans la prévention des blessures du rachis, surtout dans le cadre d'une activité physique. Mais qu'en est-il pour les lésions périphériques ? La littérature autour de ce sujet se multiplie. Même si de puissantes études randomisées manquent encore, l'expérience clinique semble pencher en faveur d'un intérêt de la stabilisation lombo-pelvienne dans la prévention des lésions articulaires et musculo-tendineuses périphériques [5]. Ce type de prévention prend donc toute sa place dans une prise en charge sport-santé.

Comment l'évaluer ? Il faut s'intéresser d'une part à la musculature profonde, qui doit être souple, contractile et capable de co-contraction, et d'autre part à la qualité des amortisseurs que sont la charnière lombo-sacrée, la charnière thoraco-lombaire, la symphyse pubienne, les articulations sacro-iliaques et les hanches qui doivent être mobiles et non figés (photo 2).

Métiers	Limitations			
	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère
Masseurs-kinésithérapeutes	+/-	*	*	*
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leurs champs de compétences respectifs)	(si besoin déterminé)	(si besoin déterminé)	**	***
Enseignants en APA	+/-	**	***	**
Éducateurs sportifs	***	***	*	non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel	***	**	* (1)	non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel	***	**	* (1)	non concernés

(1) : concernés à condition d'intervenir dans un cadre pluridisciplinaire.

Fig. 4 : Les domaines d'intervention préférés des différents métiers de l'activité physique.

### Le masseur-kinésithérapeute et la prescription d'activité physique

C'est un réseau de 90 000 masseurs-kinésithérapeutes en France qui sont quotidiennement en relation avec des patients touchés par des pathologies conduisant à des comportements sédentaires, pouvant aboutir ou non à la sédentarité. Les masseurs-kinésithérapeutes, spécialistes du mouvement, ne seraient-ils pas les mieux placés pour co-évaluer (avec le médecin), orienter et accompagner (avec les acteurs du sport) ces patients vers une activité physique adaptée de leur choix ? Pour atteindre les objectifs thérapeutiques nécessaires à l'amélioration de leur qualité de vie ? Pour leur permettre de réaliser leur projet personnel ? Il apparaît ici une double nécessité de santé publique : lutter contre la sédentarité et les comportements sédentaires, mais également prévenir les blessures liées à l'activité physique. De plus, l'accompagnement du masseur-kinésithérapeute permettra au patient de garder un bon niveau de motivation et de limiter le retour vers le cercle vicieux de la douleur (photo 3). C'est déjà ce qui se passe dans de nombreux centres

de rééducation ou hôpitaux, où masseurs-kinésithérapeutes et enseignants en activité physique adaptée collaborent. Mais sorti d'hospitalisation, la poursuite de l'activité physique adaptée semble difficile pour les patients.

**CAMILLE SALLES ET MATHIAS WILLAME**



La 2<sup>e</sup> partie de cet article sera publiée dans le Ka n°1539 du 7 mars.