

MINISTRERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

**PROPOSITION D'UN SCORE SUR
100 POINTS POUR L'EVALUATION
DU PATIENT LOMBALGIQUE**

Rapport de travail écrit personnel
Présenté par **Vincent REBHUN**
Candidat libre
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
De Masseur-kinésithérapeute
2001-2002

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION.....	1
2. ASPECTS LEGISLATIFS DU BILAN-DIAGNOSTIC-KINESITHERAPIQUE	2
2.1. Définition du bilan-diagnostic-kinésithérapique.....	2
2.2. Contenu du bilan-diagnostic-kinésithérapique	3
2.3. Objectifs du bilan-diagnostic-kinésithérapique	4
3. L'ORIGINE DE LA CONCEPTION DE LA FICHE	5
3.1. Les deux sites	5
3.1.1. Types de centres.....	5
3.1.2. Les deux fiches existantes.....	5
3.2. Critiques des deux fiches.....	6
3.2.1. Bilan de prise en charge des lombalgiques du centre de NANCY.....	6
3.2.1.1. Avantages.....	6
3.2.1.2. Inconvénients	6
3.2.1.3. Conclusion.....	6
3.2.2. Bilan fonctionnel du rachis sur 100 points du centre de GONDREVILLE	7
3.2.2.1. Avantages.....	7
3.2.2.2. Inconvénients	7
3.2.2.3. Conclusion.....	7
4. ELABORATION DE LA FICHE.....	8
4.1. Caractéristiques du bilan.....	8
4.2. Organisation de la fiche	9
4.2.1. Généralités	9
4.2.2. Organisation de la forme.....	9
4.2.3. Choix des différentes techniques d'évaluation	10
4.2.3.1. Activités de la vie quotidienne	11
4.2.3.2. Respiration et proprioception	11
4.2.3.3. Douleur	12
4.2.3.4. Mobilité.....	12
4.2.3.4.1. La double inclinométrie	12
4.2.3.4.2. Extensibilité musculaire	13
4.2.3.4.2.1. Ischio-jambiers.....	14

4.2.3.4.2.2. Droit fémoral	14
4.2.3.4.2.3. Psoas.....	14
4.2.3.4.2.4. Pelvi-trochantériens	15
4.2.3.4.2.5. Adducteurs.....	15
4.2.3.5. Force musculaire.....	15
4.2.3.5.1. Abdominaux	15
4.2.3.5.2. Spinaux.....	16
4.2.3.5.3. Force globale des membres inférieurs	17
4.3. Intérêts de la fiche	18
4.4. Limites de la fiche.....	18
5. DISCUSSION.....	19
6. CONCLUSION	20

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Ce travail réalisé sous forme de fiche technique propose une évaluation du patient lombalgique basée sur un score de 100 points. Cet outil simple, commun et mobile accompagnera le patient du début à la fin du traitement.

Après des rappels législatifs et sur les fiches déjà existantes au sein de l'I.R.R., nous nous attacherons à l'élaboration de la fiche bilan en détaillant aussi bien son organisation que le choix des différentes techniques.

Mots clés : Lombalgie, bilan, validation.

1. INTRODUCTION

La lombalgie, plus communément appelée « mal de dos » est une des pathologies les plus répandue dans notre société.

Elle représente la première cause de consultation dans les centres anti-douleur et la première cause d'invalidité chez les personnes de moins de 45 ans. Sur le plan des dépenses de santé (c'est-à-dire coûts médicaux directs) cela se chiffre à près de 9MF en 1990 (soit 1,35MEuro) en France et sur le plan des coûts indirects et des répercussions sociales à 13% des accidents du travail (soit 110000 sur 830000) (3). Le mal de dos n'a-t-il pas été déclaré comme le « mal du siècle » ?

La difficulté principale dans le traitement de la lombalgie est la complexité de cette pathologie. Il est très difficile de dégager une cause unique au mal tant des intrications peuvent exister entre les différents facteurs. Il apparaît alors comme évident qu'une telle affection ne peut être soignée au mieux que si, dès le départ, elle a été cernée. Le meilleur moyen d'y arriver est le bilan-diagnostic-kinésithérapique.

Nous souhaitons donc proposer une fiche bilan basée sur un score afin de permettre plus facilement de faire ressortir les éléments déclenchant, et d'apprécier l'évolution du lombalgique au fil de la rééducation.

2. ASPECTS LEGISLATIFS DU BILAN-DIAGNOSTIC-KINESITHERAPIQUE

2.1. Définition du bilan-diagnostic-kinésithérapique

La notion de bilan-diagnostic-kinésithérapique et, plus précisément, de diagnostic kinésithérapique a été introduit par l'article 2 du décret n° 96-879 du 08/10/1996. Celui-ci fut modifié par le décret n° 2000-577 du 27/06/2000 dit "Décret de compétences" qui confirme et renforce cette notion en stipulant : "Dans le cadre de la prescription médicale, le masseur kinésithérapeute établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et techniques qui lui paraissent le plus appropriés." (4)

Nous ne rentrerons pas dans les détails législatifs de l'élaboration d'un tel bilan-diagnostic-kinésithérapique en milieu libéral. Ce travail a pour but d'aboutir à la réalisation d'une fiche bilan pour une prise en charge de patients lombalgiques au sein de l'Institut Régional de Réadaptation de NANCY.

Notons tout de même que l'exécution de tels bilans ne concerne pas uniquement les masseurs-kinésithérapeutes et qu'elle découle du Code de la Santé Publique. Ainsi, par exemple, le code de déontologie impose aux médecins la tenue d'un dossier écrit et le décret du 15/03/1993 en fait de même pour les infirmiers (9).

La définition qui nous semble la plus appropriée au diagnostic kinésithérapique est celle établit par l'A.F.R.E.K. (Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie) : "Le diagnostic kinésithérapique est un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent :

- d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés
- de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre." (1)

De même, une définition concise du bilan peut être fournie par le Comité Lexicographique de REDATEL. Ce sont des “ Examens méthodiques menant à une évaluation quantifiée de l’état ou des capacités d’un sujet ou d’une fonction.” (1).

2.2. Contenu du bilan-diagnostic-kinésithérapique

Le bilan kinésithérapique est un ensemble d’éléments recueillis par le thérapeute permettant :

- d’identifier les déficiences puis les incapacités et d’en déduire les handicaps du patient,
- de déterminer les buts de son action, donc les moyens mis en œuvre, c’est-à-dire les techniques les mieux adaptées à chaque patient,
- de déterminer des paramètres qui permettront de quantifier les résultats de cette ou de ces techniques (6).

Le bilan initial, exécuté au début de la prise en charge, permet au thérapeute d’évaluer les déficiences et les incapacités du patient. C’est en fonction de celles-ci et de ses attentes que le thérapeute établira un plan de traitement et qu’il choisira les différentes techniques de rééducation. Une réactualisation régulière objectivera la qualité du traitement mis en œuvre. Une comparaison entre les bilans successifs mettra en avant l’évolution et sera mise en relation avec les objectifs initiaux de traitement pour décider de la nouvelle stratégie à adopter (poursuite, intensification, arrêt ou changement de traitement).

2.3. Objectifs du bilan-diagnostic-kinésithérapique

L'établissement de bilans, et encore plus de bilans normalisés, rencontre en France de nombreuses réticences auprès des professionnels qui y voient au mieux une perte de temps empiétant sur le temps thérapeutique, au pire une tentative de mise en place d'un contrôle de leur pratique professionnelle (9).

Or, le bilan doit permettre de mettre en évidence les indications, les non-indications et surtout les contre-indications à l'emploi des techniques relevant de la compétence du masseur-kinésithérapeute. Leur répétition puis la comparaison amène à l'évolution ; le bilan permet une meilleure adaptation des soins à la pathologie et au patient.

De plus, le bilan peut être source d'information mutuelle entre le kinésithérapeute et le médecin. Ainsi, sans se substituer au médecin, le thérapeute doit cependant être à même en cas de doute de demander un avis médical et inversement le bilan kinésithérapique adressé au médecin rééducateur peut influencer son indication de kinésithérapie (9).

Le dernier objectif est la protection juridique. En effet, le médecin n'est responsable que de son diagnostic, de son indication de kinésithérapie et des actes qu'il a personnellement effectués. Le kinésithérapeute demeure responsable de son propre diagnostic ainsi que du choix et de l'exécution de ses propres actes. Le meilleur moyen d'établir le diagnostic et de choisir les techniques les plus appropriées est de réaliser un bilan. Le bilan est un document écrit, il peut donc servir de preuve en cas de litige pour démontrer que telle ou telle technique était adéquate, d'autant plus si ce sont des éléments de pronostic valide qui ont conduit au choix des techniques. En dépit du fait que nous ne disposions pas à ce jour d'un recul suffisant dans l'application des nouveaux textes pour qu'une jurisprudence se soit dégagée, il semble logique de considérer qu'un bilan écrit sera un élément de preuve déterminant dans une éventuelle procédure contentieuse (9).

3. L'ORIGINE DE LA CONCEPTION DE LA FICHE

3.1. Les deux sites

3.1.1. Types de centres

C'est dans le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de NANCY rue Lionnois que j'ai effectué mon stage de mémoire. Il s'agit d'un centre où sont traitées essentiellement des pathologies de traumatologie et de rhumatologie, dont fait partie la lombalgie.

Le centre de GONDREVILLE est un centre de réadaptation. Outre la kinésithérapie et l'ergothérapie, les patients exercent différentes activités dans des ateliers dans le but de se réadapter aux contraintes de leurs professions respectives ou de se réorienter vers d'autres métiers.

Le regroupement de ces différents centres sur un seul et unique site boulevard Lobau est prévu en 2006.

3.1.2. Les deux fiches existantes

Comme de nombreux lombalgiques sont soignés et rééduqués dans les deux centres cités ci-dessus, chacun a élaboré sa propre fiche. Dans l'optique du regroupement en 2006, le but de cette fiche est d'harmoniser l'évaluation du lombalgique au sein de l'I.R.R., et de permettre une meilleure communication et un meilleur suivi dès à présent.

3.2. Critiques des deux fiches

3.2.1. Bilan de prise en charge des lombalgiques du centre de NANCY (Annexe I)

3.2.1.1. Avantages

- éléments généraux dont les antécédents médicaux et chirurgicaux (ce qui peut être important pour déterminer la cause de la lombalgie),
- fiche très complète regroupant tous les différents bilans dits « classiques » (fonctionnel, douleur, statique, mobilité, force musculaire, extensibilité musculaire,...) et d'autres moins utilisés mais très utile dans le cadre de la rééducation tels que la proprioception ou la respiration.

3.2.1.2. Inconvénients

- temps de réalisation assez long,
- modes d'exécution de certains tests non spécifiés et donc non réalisables par des personnes qui ne les maîtrisent pas (par exemple : inclinométrie, test de RUFFIER-DICKSON adapté),
- manquent des tests neurologiques spécifiques tels que ceux de LASEGUE, LERI.

3.2.1.3. Conclusion

C'est une fiche bilan très complète mêlant le subjectif (comme la palpation) et l'objectif (comme l'inclinométrie) mais longue à réaliser dans son ensemble. De plus l'évolution du patient est assez peu visible d'un bilan à l'autre, sauf pour des thérapeutes exercés, ce qui peut engendrer des problèmes pour une communication inter-kinésithérapique ou inter-centre.

3.2.2. Bilan fonctionnel du rachis sur 100 points du centre de GONDREVILLE (Annexe II)

3.2.2.1. Avantages

- score sur 100 points adapté du test de CONSTANT donc évaluation très lisible,
- rapidité de réalisation.

3.2.2.2. Inconvénients

- force musculaire des muscles du tronc non testée,
- extensibilité musculaire des muscles entrant dans la mobilité du complexe lombo-pelvi-fémoral non intégrée au score,
- utilisation de tests invalidés (par exemple le test de SCHÖBER),
- toutes les pondérations sont calquées sur le CONSTANT mais l'épaule et le rachis sont deux éléments différents.

3.2.2.3. Conclusion

L'organisation de cette fiche basée sur celle du score de CONSTANT est originale. Elle a d'ailleurs été le point de départ de notre réflexion. Malheureusement certaines évaluations essentielles (comme par exemple la force des muscles du tronc, l'hypoextensibilité sous-pelvienne, etc...) sont manquantes.

4. ELABORATION DE LA FICHE BILAN (Annexe III)

4.1. Caractéristiques du bilan

D'après l'A.F.R.E.K. (1), les caractéristiques essentielles du bilan sont :

- Reproductibilité : résultats comparables dans des situations comparables, appréciés par le test/re-test,
- Fiabilité : les mêmes résultats entre les mains de professionnels différents,
- Sensibilité : la distribution statistique est régulière, chaque item apporte de l'information, et de très petits écarts sont décelés.

Le meilleur moyen d'obtenir des résultats comparables est de posséder des techniques de bilans fiables d'où l'importance d'une validation de celles-ci par l'A.N.A.E.S.

Mais un bilan ne trouvera pas une utilisation régulière :

- s'il est jugé trop compliqué par les thérapeutes,
- s'il leur est difficile de dégager le diagnostic et les axes principaux de rééducation.

Réaliser un bilan demande de l'investissement. Il ne faut pas que le patient aie l'impression de perdre du temps qui, pour lui, devrait être consacré à la rééducation. Pour cela le thérapeute doit expliquer les biens fondés et les buts du traitement afin que le patient constate que cette « perte » engendrera un gain futur et qu'il pourra visualiser son évolution à travers la répétition des bilans par une simple comparaison de chiffres. Pour que cela soit plausible, le bilan se doit d'être rapide, précis et ciblé c'est-à-dire mesurer ce que l'on a à mesurer et non autre chose de superflu (6).

4.2. Organisation de la fiche

4.2.1. Généralités

La profession de masseur-kinésithérapeute est en constante restructuration. Ainsi, le masseur-kinésithérapeute voit ses compétences et ses responsabilités s'étendre pour devenir aujourd'hui un professionnel de santé à part entière. Si le bilan fait partie des bases de la kinésithérapie, le retranscrire provient des dernières réformes (4).

Les bilans existent depuis longtemps, alors pourquoi cette fiche ? Des patients de plus en plus demandeur de techniques spécifiques ou non, un nombre de patients toujours plus importants et des bilans souvent longs et compliqués ont lentement contribué à délaissé ces évaluations. Nous avons donc voulu que cette fiche soit un outil simple, rapide et efficace. Pour cela, nous avons aussi bien travaillé sur le fond que sur la forme.

4.2.2. Organisation de la forme

Il existe de nombreuses façons de bilanter un patient lombalgique et plusieurs de le présenter. Nous nous sommes inspirés de travaux déjà publiés et validés sur la lombalgie ou sur d'autres pathologies pour élaborer notre fiche.

Comme les bilans réalisés par le kinésithérapeute ne répondent actuellement à aucune obligation de forme nous proposons d'élaborer une fiche dans laquelle nous tenterons d'associer clarté, simplicité et rapidité (9).

Nous avons choisi de condenser la fiche sur une seule page afin de rendre son utilisation plus commode et avons opté pour une dimension A4. C'est le format le plus répandu : il permet de regrouper toute l'évaluation sur une seule page ce qui rend la lecture et l'utilisation de la fiche plus claire et plus rapide. Toujours pour les mêmes raisons et pour ne pas surcharger cette

page, certaines modalités d'exécution ou de pondérations sont indiqués au verso. Cette page est découpée en deux parties indépendantes.

La première rassemble : - les éléments généraux (nom, prénom, antécédents,...) susceptibles d'influencer le bilan voire le programme de traitement

- la date de bilan.

Une simple comparaison entre les chiffres ou les scores des différentes fiches donne une évolution du patient.

La deuxième est celle de l'évaluation proprement dite, elle se divise également en plusieurs sous-parties (douleur, mobilité,...). Leur ordre nous est apparu important : nous savons qu'il faut essayer de faire sortir le lombalgique du cercle douloureux. Ainsi, nous n'avons pas placé l'item Douleur en premier comme dans le score de CONSTANT (Annexe IV) ou dans le bilan fonctionnel du rachis pour ne pas la mettre au centre de la rééducation. Dans le même raisonnement, les tests actifs sont en fin d'évaluation. En effet, un échec à ces tests, positionnés au début, fausserait le score. Nous nous sommes largement inspiré du score de CONSTANT mis en place pour l'évaluation de l'épaule, ainsi que l'avait déjà initié le centre de GONDREVILLE. Cette fiche se présente sous forme de tableau avec une colonne à droite pour noter les points obtenus à chaque item, une ligne supplémentaire étant rajoutée pour un sous-total correspondant à chaque thème. La dernière ligne sert de total final.

4.2.3. Choix des différentes techniques d'évaluation

S'agissant une fiche et non d'un listing de toutes les techniques existantes pour bilanter un patient lombalgique, nous avons le choix et n'avons retenu que des éléments d'évaluation ayant pour caractéristiques d'être des techniques :

- validées ou non encore invalidées
- mesurables et /ou appréciables par le thérapeute avec une variabilité intra- et inter-observateur la plus faible possible,
- nécessitant le moins de matériel possible,
- ayant une durée de réalisation raisonnable.

4.2.3.1. Activités de la vie quotidienne

Avec la diminution de la douleur, l'augmentation du niveau d'activité est souvent souhaitée par les patients dans leurs attentes premières.

En nous inspirant des questionnaires validés existants (DALLAS, EIFEL, OSWESTRY,...), notre but n'était pas de réaliser un questionnaire mais d'essayer d'englober toutes les activités de la vie journalière (travail, loisirs, repos déplacement, vie sociale). Nous avons formulé des questions simples, les plus courtes possible et précises afin que le travail de pondération du patient soit le plus accessible.

4.2.3.2. Respiration et proprioception

Bien que ces items soient invalidables, il nous est apparu évident de les faire figurer tant leur non-maîtrise est signe de déconditionnement chez le sujet lombalgique. La respiration abdomino-diaphragmatique fait partie intégrante de tout exercice de rééducation (tant lors des étirements que du renforcement musculaire). La non-maîtrise de ces deux éléments peut être source de mauvaise réalisation d'un exercice voire d'une réalisation néfaste.

4.2.3.3. La douleur

Même si le symptôme douleur n'est pas indicatif pour le masseur-kinésithérapeute car non spécifique, même si l'évaluation reste souvent subjective et si les tests inter-observateurs apparaissent comme peu reproductibles, il demeure essentiel de la quantifier (3). En effet, la douleur arrive fréquemment en tête des attentes du patient et reflète tant son état physique que psychique.

Il existe plusieurs façons de la mesurer (localisation, par l'intensité, qualité) et donc différents moyens de l'objectiver (cartographie, échelles, questionnaires). Les questionnaires, bien que validés, étant longs et parfois confus, nous optons pour une adaptation de l'Echelle Verbale Simple. Elle consiste en une liste d'adjectifs hiérarchisés décrivant des niveaux d'intensité croissante. Les études démontrent une bonne fiabilité des tests intra-observateurs à l'inverse des tests inter-observateurs (3, 5).

4.2.3.4. Mobilité

4.2.3.4.1. La double inclinométrie

Nous n'avons choisi de tester que la mobilité en flexion et cela pour plusieurs raisons :

- c'est dans cette composante, au niveau lombaire, qu'il y a le plus de mobilité (entre 50 et 60 degrés de débattement) contre 35° de moyenne pour les inclinaisons et environ 10° pour les rotations (5). Et si la mobilité rachidienne est réduite chez la plupart des lombalgiques, cette réduction porte habituellement sur la flexion (3),
- pour rester dans un temps d'évaluation raisonnable, nous ne pouvions pas tout tester. C'est dans cette composante de flexion qu'il y a eu le plus d'études. Le travail de pondération en

fonction des normes a donc été plus aisé. Et comme c'est dans ce secteur qu'il y a le plus de mobilité, il est plus facile de dégager des écarts significatifs,

- c'est une mesure angulaire ; le résultat peut être comparé à une moyenne issue d'une base de donnée de référence indépendamment de la morphologie du sujet. De plus il n'y a pas de variation de la mobilité lombaire en fonction du sexe (10).

La double inclinométrie se réalise en plaçant deux goniomètres de type RIPPSTEIN, l'un sur T12 (flexion totale), l'autre sur la surface plane du sacrum (c'est à dire S1/S2, flexion pelvienne). En position redressée de départ, l'opérateur positionne les deux inclinomètres en les préréglant à 0°, aiguille verticale. Le patient effectue une flexion antérieure du tronc jusqu'à la limite de l'amplitude permise. Le thérapeute relève ensuite les deux chiffres et le calcul de la différence fournit l'amplitude lombaire en degré (10).

Pondération pour la Double Inclinométrie (Tableau I) :

10 points	8 points	6 points	4 points	2 points	0 point
Supérieur à 50°	Entre 45 et 50°	Entre 40 et 45°	Entre 35 et 40°	Entre 30 et 35°	Entre 0 et 30

Par exemple : Flexion totale : 95° Flexion pelvienne : 52°

La flexion lombaire vaut alors : $95 - 52 = 43^\circ$ donc 6 points

4.2.3.4.2. Extensibilité musculaire

Tous ces tests sont exécutés de façon progressive et prudente pour ne pas déclencher de phénomènes douloureux. Un échauffement musculaire peut être conseillé.

4.2.3.4.2.1. Ischio-jambiers

Le patient est en décubitus dorsal. Le masseur-kinésithérapeute saisit le membre inférieur à tester et place une main sur l'Épine Iliaque Antéro-Supérieure (E.I.A.S.) controlatérale, et l'autre sur la face antérieure de la cuisse avec un goniomètre de RIPPSTEIN. Puis, passivement, le thérapeute amène le membre inférieur vers la verticale. Le test est arrêté dès que l'E.I.A.S. se mobilise. La norme est de 80 à 85° de flexion de hanche (75° peut être considéré comme normal pour un homme) (5).

Si la valeur est inférieure à 75° : 0 point, si supérieure à 75° : 1 point

A faire des deux côtés alternativement.

4.2.3.4.2.2. Droit fémoral

Le patient est en décubitus dorsal en bout de table. Le côté à tester est laissé relâché, le segment jambier est donc à la verticale. Le masseur-kinésithérapeute demande au sujet d'amener le membre inférieur controlatéral contre sa poitrine à l'aide de ses membres supérieurs (5). Si le segment jambier se tend, alors le droit fémoral est rétracté : 0 point. S'il reste à la verticale, il n'est pas hypoextensible : 1 point.

A faire des deux côtés alternativement.

4.2.3.4.2.3. Psoas (test de THOMAS)

Le patient est en décubitus dorsal. Le masseur-kinésithérapeute place une main sous le genou à tester et avec l'autre amène le membre inférieur controlatéral sur la poitrine du sujet.

Si le genou se décolle, le psoas est rétracté : 0 point. Sinon, il n'est pas hypoextensible : 1 point. A faire des deux côtés.

4.2.3.4.2.4. Pelvi-trochantériens

Le patient est en décubitus ventral, genou fléchi à 90° du côté à tester. Avec une main, le masseur-kinésithérapeute amène le segment jambier en rotation interne, l'autre fixe le bassin au niveau de la sacro-iliaque homolatérale (8). Il ne doit pas y avoir de résistance avant 30° : 1 point, sinon ils sont rétractés : 0 point. A faire des deux côtés.

4.2.4.3.2.5. Adducteurs

Le patient est allongé en décubitus dorsal. Le masseur-kinésithérapeute saisit le membre à tester avec une main et avec l'autre il fixe la racine du membre. Puis il effectue passivement une abduction de hanche (8). Les adducteurs sont déclarés rétractés si l'abduction n'atteint pas 40° : 0 point, sinon 1 point. A faire des deux côtés alternativement.

4.2.3.5. Force musculaire

4.2.3.5.1. Abdominaux

Pour évaluer la force des abdominaux, nous avons choisi le test de SHIRADO. Le patient est en décubitus dorsal hanches et genoux à 90° de flexion, le segment jambier repose sur un tabouret et les bras sont croisés sur les épaules. Le masseur-kinésithérapeute demande au patient de décoller les épaules jusqu'aux scapulas et de maintenir la position le plus

longtemps possible. Le temps est noté en secondes. La norme retenue est de 85 secondes pour une femme et de 180 secondes pour un homme (7).

Pondération (Tableau II) :

	10 points	8 points	6 points	4 points	2 points	0 point
Femme tps en sec.	85 et plus	Entre 80 et 85	Entre 70 et 80	Entre 60 et 70	Entre 50 et 60	Inférieur à 50
Homme tps en sec.	180 et plus	Entre 160 et 180	Entre 140 et 160	Entre 120 et 140	Entre 100 et 120	Inférieur à 100

4.2.3.5.2. Spinaux

Le test de SORENSEN, test statique évaluant l'endurance des extenseurs du tronc, semble faire référence par les nombreuses études dont il a fait l'objet.

Le patient est décubitus ventral, tronc dans le vide, les E.I.A.S. sur la table. Les membres inférieurs et le bassin sont maintenus par des sangles ou par le thérapeute. Le patient doit tenir la position horizontale, mains en croix sur la poitrine. Le temps est noté en secondes (5).

Selon BIERING-SORENSEN (2) les valeurs moyennes sont 175 secondes pour l'homme et 197 chez la femme.

Pondération (Tableau III) :

	10 points	8 points	6 points	4 points	2 points	0 point
Femme tps en sec.	190 et plus	Entre 170 et 190	Entre 150 et 170	Entre 130 et 150	Entre 110 et 130	Inférieur à 110
Homme tps en sec.	170 et plus	Entre 150 et 170	Entre 130 et 150	Entre 110 et 130	Entre 90 et 110	Inférieur à 90

La difficulté de pondération dans ce test réside dans l'écart type (100 secondes chez la femme, 50 chez l'homme). Mais toutes les études s'accordent pour dire que les valeurs sont nettement diminuées chez le lombalgique.

Il existe des tests beaucoup plus précis en isocinétique mais ces tests ne sont pas réalisables par chaque masseur-kinésithérapeute. En effet un appareil d'isocinétisme (type CYBEX) coûte très cher, tous les centres de l'I.R.R. n'en sont pas pourvus, et encore moins les kinésithérapeutes libéraux.

4.2.3.5.3. Force globale des membres inférieurs

Bien que nous n'ayons pas trouvé d'études de fiabilité sur « l'exercice des accroupissements », il nous paraît indispensable d'évaluer la force globale des membres inférieurs, cela donnant une précision supplémentaire sur le déconditionnement du lombalgique. Plutôt que de tester cette force en statique comme dans la fiche du centre de NANCY (exercice de la chaise sans tabouret), nous avons opté pour un travail dynamique comme dans le bilan fonctionnel du rachis du centre de GONDREVILLE. Ce test se

rapproche plus de la physiologie qu'un travail statique et la pondération est facilitée, un accroupissement équivalant à 1 point et cela jusqu'à 10, note maximale.

4.3. Intérêts de la fiche

L'intérêt général de cette fiche bilan émane d'une volonté commune au sein de l'I.R.R. entre les différents professionnels de santé (médecin rééducateur, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, etc..) et les différents sites (Nancy, Gondreville, etc..) de disposer d'outils identiques afin de permettre une meilleure transmission d'un dossier de patient. Cet outil commun doit apporter un supplément d'homogénéisation au sein de l'institut.

L'intérêt particulier réside dans le fait que le thérapeute peut dégager une évolution du patient par comparaison des scores successifs et ainsi adapter ses techniques de rééducation. Le patient peut lui aussi voir facilement son évolution, ce qui peut être source de motivation s'il voit son score augmenter mais à l'inverse être source de désabusement voire de renoncement avec un score stagnant.

4.4. Limites de la fiche

Une grosse erreur serait de prendre cette fiche comme étant une fiche bilan type pour patient lombalgique. Elle propose simplement une approche nouvelle par un score calqué sur le modèle de celui élaboré par CONSTANT pour l'épaule. Mais cela ne doit pas occulter les autres méthodes de bilans comme par exemple les questionnaires type DALLAS ou EIFEL ou encore d'autres techniques d'investigation telle que la statique du sujet, la palpation des tissus

mous, voire le facteur psychologique dans les cas d'accident du travail, de reclassement ou de maladie professionnelle.

Dans sa forme actuelle, cette fiche prend peu en compte les attentes du patient. Or, la hiérarchisation des déficiences et des incapacités par ordre d'importance doit être établie selon les attentes du patient.

5. DISCUSSION

Notre objectif était de réaliser une fiche bilan qui, conforme à la nouvelle législation amènerait une homogénéisation au sein de l'I.R.R., tout au moins dans le cadre de cette affection fréquente qu'est la lombalgie. Etant donné que l'appréciation doit être entreprise à grande échelle, c'est-à-dire en incluant tous les différents acteurs de la rééducation, nous ne sommes qu'au stade de la proposition. Sa forme et son contenu actuel ne sont l'oeuvre que d'une réflexion de quelques personnes.

Certains éléments restent en suspens : le choix des techniques d'évaluation est-il le plus adéquat ? Ne faut-il pas en intégrer d'autres (comme l'extension globale) ? Ne peut-on pas réduire certaines imprécisions (remplacement des tests isométriques par de l'isocinétisme) ? L'affinement de la pondération se fera en même temps que l'appréciation. Ceci constituera les prochaines étapes du projet. L'aboutissement de celui-ci serait alors la validation de cette fiche par un organisme tel que l'AFREK, l'ANAES,...

6. CONCLUSION

Lors de ce travail de réflexion nous nous sommes heurtés à plusieurs difficultés. Néanmoins, il semble raisonnable de penser que le chemin emprunté (approche législative, choix de techniques validées voire non encore invalidées, etc...) est le bon. En effet, cette fiche, certes perfectible, correspond à la réalité de la pratique quotidienne.

Ce travail enrichissant m'a été profitable tant au niveau individuel – travaux de recherches, réflexion sur un sujet, initiation à l'informatique et à ses dérivés -, qu'au niveau professionnel – recherche de techniques d'évaluation validées dans le cadre d'une pathologie donnée, organisation d'un bilan.

Cette fiche s'attache à une pathologie spécifique. Si, à terme, cette proposition s'avérait concluante d'autres fiches pourraient être élaborées.

Nous contribuerions ainsi à l'homogénéisation avant le regroupement.

BIBLIOGRAPHIE

1. **AFREK.** – Adresse Internet : <http://www.afrek.com>
2. **BIERIG-SORENSEN F.**, Physical measurements as risk indicators for low back trouble over a one year period. – Spine, 1984; 9 : 106-119.
3. **Conférence de Concensus : Recommandation de l'ANAES concernant la prise en charge kinésithérapique du lombalgique**, 13 novembre 1998. – Paris : Spek, 2000.- 315p.
4. **Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.** – Journal officiel n° 149
5. **FRANSOO P.** – L'examen clinique du lombalgique.- Paris : Frison-Roche, 2000.- 239p.
6. **GOUILLY P.** – Le diagnostic kinésithérapique.- adresse Internet : gouilly@club-internet.fr
7. **ITO T., SHIRADO O., SUZUKI H. et al.** – Lumbar trunk muscle endurance testing: an inexpensive alternative to a machine for evaluation. – Arch. Phys. Med. Orthop., 1996; 77: 75-79.

- 8. PIERRON G., LEROY A., PENINOU G., DUFOUR M., GENOT G.** – Kinésithérapie
2 : Membres Inférieurs. – Paris : Flammarion Médecine Sciences – 454p.
- 9. ROCTON R.** – Les bilans : aspect légal et opposabilité.- Kiné Scientifique, 2002 ; 418 :
49-52.
- 10. VOISIN P., WEISSLAND T., VANVELCENAHHER J.** – Evaluation clinique chez le
lombalgique de la flexion lombo-pelvienne en position debout.- Kiné scientifique, 2000 ;
397 : 31-35.

ANNEXES

ANNEXE I

**BILAN DE PRISE EN
CHARGE DES
LOMBALGIQUES**

NOM : Prénom :
 diagnostic : Loisirs :
 Profession : âge :
 Antécédents médico chirurgicaux :

Histoire de la maladie :

Bilan fonctionnel

MARCHE : Normale Anormale

Périmètre :

Sans problèmes Difficile

ESCALIER
 ASSIS DEBOUT
 POSITION ASSISE
 STATION DEBOUT
 VOITURE
 AUTRES DIFFICULTES RENCONTREES :

Douleur

0 ----- 10

LOCALISATION :

TYPE : mécanique inflammatoire

Bilan statique

BASSIN : Horizontalité : OUI NON

Coté :

Antéversion Rétroversion

Angle Q : (Norme= 130°)

Rotation : OUI NON Coté :

LONGUEUR DES M.I. : D= G=

RACHIS :

Profil statique Flèches Flèches
 Plan sagittal plan frontal

Plan horizontal Gibbosité OUI NON

Localisation :

Mesure :

Test de Troisier D1 + D12= (Norme= 65mm)

Proprioception

Anté rétroversion : OUI NON

Dissociation LPF en position assise OUI NON

Respiration

Abdomino diaphragmatique : OUI NON

Palpation

Infiltrats cellulalgiques : localisation :

Importance :

Territoire d'innervation :

Ligaments : ilio lombaires :

Sacro iliaques :

Inter épineux :

Contractures musculaires :

Palpation osseuse :

Troubles sensitifs : OUI NON

Inclinométrie

Globale (T12-L1) : /110°

Sous pelvienne (S1-S2) : / 55°

Sus pelvienne (mesure déductive) : / 55°

Mobilité

Flexion :Shober : (Norme= +5cm)

DDS : (Norme= 6cm)

Inclinaison G

Inclinaison D

Rotation G

Rotation D

Extension :Shober : (Norme= -1cm)

Rétractions musculaires

Coté D

Coté G

Triceps

I.J.

Psoas iliaque

Droit antérieur

T.F.L.

Pelvi trochanteriens

Adducteurs

Pectoraux

Force musculaire

Membres inférieurs :

Accroupissements : /10

Basculine : Q : D : G : (N : 20Kg)

I.J. : D : G :

Test Q (assis ss tabouret) : (Norme= 1')

Test abdominaux (SHIRADO) : (Norme= 2')

Test spinaux (SORENSEN) : (Norme= 4')

Condition physique

(Ruffier-Dickson adapté)

Note sur 20 :

ANNEXE II

BILAN FONCTIONNEL RACHIS : 100 points (pts)

1 - DOULEUR : 15 points

11- Avez-vous des douleurs du rachis dans la vie quotidienne ?

- non (climatique) 15 pts
- légères 10 pts
- modérées 5 pts
- sévères 0 pt

2 - ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE : 20 points

21 - Votre activité professionnelle ou quotidienne est-elle limitée par votre rachis ? non = 4 pts limitation sévère = 0 pt

22 - Votre activité de loisir est-elle limitée par votre rachis ? non = 4 pts limitation sévère = 0 pt

23 - Votre sommeil est-il perturbé par votre rachis ? non = 2 pts limitation sévère = 0 pt

24 - A quel niveau pouvez-vous vous servir raisonnablement de votre rachis ?

- mi-cuisse = 2 pts
- genou = 4 pts
- mi-jambe = 6 pts
- cheville = 8 pts
- toucher le sol = 10 pts

3 - MOBILITE ACTIVE : 40 points

31 - Flexion : Schöber

- 0 cm = 0 pt
- de 0 à 1 cm = 2 pts
- de 1 à 2 cm = 4 pts
- de 2 à 3 cm = 6 pts
- de 3 à 4 cm = 8 pts
- de 4 à 5 cm = 10 pts

32 - Extension

- 0 cm = 0 pt
- 0,5 cm = 5 pts
- 1 cm = 10 pts

33 - Rotations

- asymétriques = 5 pts
- symétriques = 10 pts

34 - Inclinaisons

- asymétriques = 5 pts
- symétriques = 10 pts

4 - FORCE MUSCULAIRE : 25 points

Test des 10 accroupissements

- 10 réalisés = 25 pts
- de 8 à 9 = 20 pts
- de 6 à 7 = 15 pts
- de 4 à 5 = 10 pts
- de 2 à 3 = 5 pts
- de 0 à 1 = 0 pt

SERVICE DE MASSO-KINESITHERAPIE

BILAN FONCTIONNEL RACHIS

Nom :
Prénom :
Age :

Date :
MK :
Latéralité :

1 DOULEUR
(15 points)

11

.....

2 A V Q
(20 points)

21

.....

22

.....

23

.....

24

.....

3 MOBILITE ACTIVE
(40 points)

31 Flexion :

.....

32 Extension :

.....

33 Rotations :

.....

34 Inclinaisons :

.....

4 FORCE MUSCULAIRE
(25 points)

.....

TOTAL :

..... /100

COMMENTAIRES :

- palpation :
- débit mètre de pointe :
- caisson abdominal :

ANNEXE III

SCORE POUR PATIENTS LOMBALGIQUES SUR 100 POINTS

Date :

NOM :

PRENOM :

AGE :

Profession :

Loisirs :

Antécédents :

Histoire de la maladie :

ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE :

- . Votre activité quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents) est-elle limitée par votre rachis (0-4 pts)
- . Votre activité professionnelle ou de loisirs (sorties, sport) est-elle limitée par votre rachis (0-4 pts)
- . A cause de votre dos, votre sommeil est-il perturbé (0-2 pts)
- . Votre mal de dos gêne-t-il vos déplacements en voiture (0-2 pts)
- . Votre dos gêne-t-il vos déplacements à pieds (distance, douleur, rapidité) (0-2 pts)
- . La station debout immobile est-elle contraignante (0-2 pts)
- . La station assise prolongée est-elle contraignante (0-2 pts)
- . Votre mal de dos a-t-il changé votre relation avec les autres (0-2 pts)

Sub-total/20

RESPIRATION :

Le patient maîtrise-t-il la respiration abdomino-diaphragmatique :
Oui : 5 pts Non : 0 pts

Sub-total/5

PROPRIOCEPTION :

- . Maîtrise de l'anté/rétroversion de bassin : 0-5 pts
- . Maîtrise de la dissociation du complexe lombo-pelvi-fémoral : 0-5 pts

Sub-total/10

DOULEUR : Dans la vie quotidienne :

Non : 15 Légère : 10 Modéré : 5 Sévère : 0

Sub-total/15

MOBILITE :

- . Du rachis en flexion par inclinométrie (0-10 pts)
- . Sous-pelvienne par extensibilité musculaire :
 - *Ischio-jambiers (0-2 pts)
 - *Droit fémoral (0-2 pts)
 - *Adducteurs (0-2 pts)
 - *Psoas (0-2 pts)
 - *Pelvi-trochantériens (0-2 pts)

Sub-total/20

FORCE MUSCULAIRE :

- . Abdominaux (Test de SHIRADO) : 0-10 pts
- . Spinaux (test de SORENSEN) : 0-10 pts
- . Membres inférieurs en global (10 accroupissements) : 0-10 pts

Sub-total/30

TOTAL/100 points

Pondération pour la Double Inclinométrie :

10 points	8 points	6 points	4 points	2 points	0 point
Supérieur à 50°	Entre 45 et 50°	Entre 40 et 45°	Entre 35 et 40°	Entre 30 et 35°	Entre 0 et 30°

Pondération pour le test de SCHIRADO :

	10 points	8 points	6 points	4 points	2 points	0 point
Femme tps en sec.	85 et plus	Entre 80 et 85	Entre 70 et 80	Entre 60 et 70	Entre 50 et 60	Inférieur à 50
Homme tps en sec.	180 et plus	Entre 160 et 180	Entre 140 et 160	Entre 120 et 140	Entre 100 et 120	Inférieur à 100

Pondération pour le test de SORENSEN :

	10 points	8 points	6 points	4 points	2 points	0 point
Femme tps en sec.	190 et plus	Entre 170 et 190	Entre 150 et 170	Entre 130 et 150	Entre 110 et 130	Inférieur à 110
Homme tps en sec.	170 et plus	Entre 150 et 170	Entre 130 et 150	Entre 110 et 130	Entre 90 et 110	Inférieur à 90

ANNEXE IV

Date

Côté : D/G

Secteur Epaulé CRF Nancy

Date d'intervention :

Intervention :

SCORE DE CONSTANT

Droite

Gauche

Rien	légère	Moyenne	Sévère
15	10	5	0

DOULEUR

Sub-total/15

NIVEAU D'ACTIVITE

- 1. Handicap professionnel ou occupation (0 à 4 points)
- 2. Handicap dans les activités de loisirs (0 à 4 points)
- 3. La gêne dans le sommeil (0 à 2 points)
- 4. Le niveau de travail avec la main (10 points)

Maille	Xyphoïde	Cou	tête	Au dessus
2	4	6	8	10

Sub-total/20

MOBILITE ACTIVE

Flexion

0-30	30-60	60-90	90-120	120-150	150-180
0	2	4	6	8	10

Abduction

0-30	30-60	60-90	90-120	120-150	150-180
0	2	4	6	8	10

Rotation externe

- Main derrière la tête coude en avant : 2
- Main derrière la tête coude en arrière : 2
- Main sur la tête coude en avant : 2
- Main sur la tête coude en arrière : 2
- Main au dessus de la tête : 2

Rotation interne

Dos de la main sur :

Cuisse	Fesse	Sacrum	L3	D12	D7
0	2	4	6	8	10

Sub-total :/40

FORCE MUSCULAIRE

Abduction statique en KgX2

Sub total/25

TOTAL/100 points

CONSTANT PONDERÉ %