



Télésoin en kinésithérapie : que dit réellement la science sur son efficacité ?

Les publications disponibles convergent vers une conclusion prudente : pour certaines prises en charge fondées sur l'exercice, l'éducation, le suivi et l'adaptation d'un programme, la t  l  r  adaptation peut produire des résultats comparables à une rééducation conventionnelle. Elle ne remplace toutefois pas les situations nécessitant examen ou contact physique.

Le télésoin s'est fortement développé ces dernières années. Mais au-delà de la facilité d'accès et du gain de temps potentiel, une question intéresse directement les kinésithérapeutes : une prise en charge à distance est-elle réellement efficace ?

La littérature scientifique est désormais suffisamment abondante pour apporter une réponse nuancée. Le télésoin ne fait pas « mieux » que la kinésithérapie présentielle dans toutes les situations, et il ne peut évidemment pas remplacer les techniques nécessitant un examen manuel ou un contact physique. En revanche, pour certaines prises en charge fondées sur l'exercice, l'éducation, le suivi et l'adaptation d'un programme, les résultats obtenus à distance sont souvent comparables à ceux d'une rééducation conventionnelle.

Une littérature scientifique devenue conséquente

Une revue publiée en 2024 par une équipe française a analysé 228 revues systématiques consacrées à la t  l  r  adaptation dans différentes pathologies. Les auteurs concluent que les résultats convergent globalement vers une efficacité comparable entre t  l  r  adaptation et rééducation présentielle, tout en soulignant que les modèles de télésoin sont très variés : visioconférence en temps réel, exercices supervisés à distance, applications, télésurveillance ou dispositifs hybrides.

Une précédente « revue des revues » publiée dans Physical Therapy avait déjà étudié 29 revues systématiques portant sur les pathologies musculosquelettiques, neurologiques et cardiorespiratoires. Pour les affections musculosquelettiques, l'analyse quantitative ne retrouvait aucune différence significative de fonction physique entre t  l  r  adaptation et rééducation habituelle.

L'intérêt scientifique du télésoin n'est pas nécessairement d'obtenir de meilleurs résultats que le présentiel, mais de pouvoir obtenir des résultats comparables pour certaines séances qui peuvent raisonnablement être réalisées à distance.

Arthrose du genou : des résultats favorables sur la douleur et la fonction

L'arthrose du genou fait partie des situations les mieux étudiées. Une revue systématique et méta-analyse publiée en 2024 dans le Journal of Medical Internet Research a identifié 23 études, dont 20 intégrées dans la méta-analyse.

Critère	Effet rapporté
Douleur	$g = -0,39$
Fonction physique	$g = -0,51$
Activité physique	$g = 0,13$
Qualité de vie	$g = 0,25$
Auto-efficacité face à la douleur	$g = 0,72$

Les patients avaient également environ 2,7 fois plus de chances de déclarer une amélioration globale que les groupes contrôles. Les auteurs restent néanmoins prudents : le niveau de preuve était faible pour plusieurs critères et certaines différences, bien que statistiquement significatives, n'atteignaient pas forcément le seuil considéré comme cliniquement important.

Lombalgie chronique : efficace, mais pas supérieure à une bonne rééducation présentielle

Une méta-analyse publiée en 2026 a regroupé 14 essais randomisés et 794 patients souffrant de lombalgie chronique non spécifique. En moyenne, la télé-réadaptation était associée à une réduction de la douleur de 1,02 point et à une amélioration du handicap fonctionnel de 7,04 points.

Mais l'analyse détaillée montre que le bénéfice apparaissait principalement lorsqu'on comparait la télé-réadaptation à une prise en charge minimale ou à l'absence de traitement actif. Lorsque la comparaison était faite avec une véritable rééducation active et structurée, la télé-réadaptation ne montrait pas d'avantage clair.

Le télésoin doit donc plutôt être considéré comme une modalité flexible ou complémentaire permettant de maintenir l'accès et la continuité de la rééducation, et non comme une technique intrinsèquement supérieure au présentiel.

Après prothèse totale de genou : des résultats globalement équivalents

Une méta-analyse publiée en 2026 a regroupé 23 essais randomisés représentant 2 607 patients et s'est intéressée aux dispositifs interactifs permettant des échanges bidirectionnels entre le patient et le professionnel de santé. Pour la plupart des critères étudiés - douleur, WOMAC, KOOS, Timed Up and Go ou qualité de vie - aucune différence significative n'a été retrouvée entre rééducation interactive à distance et rééducation conventionnelle.

Une revue de 13 revues systématiques consacrées à la prothèse totale de genou retrouvait également des résultats similaires pour le WOMAC, la qualité de vie et la satisfaction des patients, avec certains résultats favorables concernant la marche, l'extension du genou et les coûts pour les

patients. Les auteurs soulignaient toutefois la qualité méthodologique limitée d'une partie des données disponibles.

Épaule opérée : le numérique peut accompagner la récupération

Un essai randomisé publié dans npj Digital Medicine a étudié 115 patients après réparation de la coiffe des rotateurs. Les patients utilisant un programme numérique de rééducation à domicile ont obtenu une amélioration supérieure sur le Simple Shoulder Test à 12 semaines. Les scores de handicap et de qualité de vie évoluaient également favorablement.

En revanche, il n'existait pas de différence significative entre les groupes concernant la douleur, les amplitudes articulaires, la force musculaire ou la force de préhension. Aucun événement indésirable lié au programme n'a été rapporté.

Et pour les exercices prescrits à distance ?

Une revue systématique comprenant 10 essais randomisés et 1 050 patients a étudié les applications proposant des vidéos d'exercices personnalisés en rééducation. Les résultats montrent une amélioration statistiquement significative de la capacité fonctionnelle (SMD = 0,35) et de la confiance du patient dans sa capacité à réaliser correctement ses exercices (SMD = 0,67).

Les auteurs précisent toutefois que la qualité globale des preuves était faible, notamment en raison du risque de biais des études incluses. Pour le kinésithérapeute, cette donnée suggère que la valeur du suivi à distance réside notamment dans l'accompagnement de l'exercice, l'observation, la correction et l'autonomisation du patient.

Qu'en est-il de la sécurité ?

Une revue systématique publiée en 2025 a analysé 37 essais randomisés représentant 3 166 participants et 65 352 séances de télé-réadaptation. Les chercheurs ont comptabilisé 201 événements indésirables, soit environ 0,31 événement pour 100 séances. La plupart étaient légers ou non graves et n'étaient pas directement attribués à la télé-réadaptation.

Surtout, aucun événement indésirable grave n'a été considéré comme directement lié à la télé-réadaptation dans les études qui documentaient cette relation. Cela ne dispense évidemment pas le professionnel d'une sélection adaptée du patient, d'une évaluation du risque et du recours au présentiel dès que la situation clinique l'exige.

Ce que la science permet réellement de conclure

1. Le télésoin peut produire de véritables améliorations cliniques. Douleur, fonction, force, équilibre ou qualité de vie peuvent progresser dans plusieurs populations étudiées.
2. Pour certaines prises en charge, ses résultats sont comparables au présentiel. C'est particulièrement le cas lorsque la séance repose essentiellement sur l'exercice, les conseils, l'éducation, l'observation ou l'adaptation d'un programme.
3. Il n'est généralement pas supérieur à une bonne rééducation active présentielle. Sa valeur réside davantage dans la possibilité d'assurer autrement une partie de la prise en charge, d'améliorer l'accès aux soins ou d'éviter certaines ruptures de suivi.
4. Il ne doit pas remplacer les séances nécessitant le contact physique du kinésithérapeute.

Le modèle le plus logique est donc souvent hybride : bilan, examen clinique et soins nécessitant le contact en présentiel -> certaines séances de suivi à distance -> retour au cabinet dès que nécessaire.

Et Télavie dans tout cela ?

Il faut ici faire une distinction importante. Les études scientifiques citées évaluent la téléadaptation en général, et non spécifiquement Télavie. Elles regroupent des dispositifs parfois très différents : visioconférences avec un thérapeute, applications, programmes d'exercices, dispositifs de télésurveillance ou modèles hybrides.

Il serait donc scientifiquement incorrect d'en déduire que « Télavie a démontré son efficacité clinique ».

Télavie fournit plutôt l'outil permettant au kinésithérapeute de mettre en œuvre, lorsque cela est cliniquement pertinent, les modalités de télésoin pour lesquelles la littérature scientifique montre aujourd'hui qu'une prise en charge à distance peut être efficace et, dans de nombreuses situations, comparable à une prise en charge conventionnelle.

Le télésoin ne change finalement pas le principe essentiel de la kinésithérapie : ce n'est pas l'outil qui soigne, mais la pertinence de l'indication, la qualité de la prise en charge et le suivi réalisé par le professionnel.

Références scientifiques

1. Nicolas B, Leblong E, Fraudet B, Gallien P, Piette P. Telerehabilitation solutions in patient pathways: An overview of systematic reviews. *Digital Health*. 2024;10:20552076241294110. doi:10.1177/20552076241294110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39502480/>
2. Suso-Martí L, et al. Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapist Practice: An Umbrella and Mapping Review With Meta-Meta-Analysis. *Physical Therapy*. 2021;101(5):pzab075. doi:10.1093/ptj/pzab075. <https://academic.oup.com/ptj/article/101/5/pzab075/6145901>
3. Xiang XN, Wang ZZ, et al. Telehealth-Supported Exercise or Physical Activity Programs for Knee Osteoarthritis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2024;26:e54876. PMID 39094114. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11329855/>
4. Wang H, Liu Z, Li Y, et al. Effectiveness of Telerehabilitation for Chronic Nonspecific Low Back Pain: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research*. 2026;28:e94835. doi:10.2196/94835. <https://www.jmir.org/2026/1/e94835/>
5. Peng L, Wang K, Wu L, Zeng Y, Shen B. Effectiveness of Interactive Remote Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research*. 2026;28:e89321. doi:10.2196/89321. <https://www.jmir.org/2026/1/e89321/>
6. Shim GY, Kim EH, Baek YJ, et al. A randomized controlled trial of postoperative rehabilitation using digital healthcare system after rotator cuff repair. *npj Digital Medicine*. 2023;6:95. <https://www.nature.com/articles/s41746-023-00842-7>
7. Shnitzer H, Chan J, Yau T, et al. The Safety of Telerehabilitation: Systematic Review. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*. 2025;12:e68681. doi:10.2196/68681. <https://rehab.jmir.org/2025/1/e68681>
8. Jirasakulsuk N, Saengpromma P, Khruakhorn S. Real-Time Telerehabilitation in Older Adults With Musculoskeletal Conditions: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*. 2022;9(3):e36028. doi:10.2196/36028. <https://rehab.jmir.org/2022/3/e36028>

Note méthodologique. Cet article est une synthèse de publications scientifiques portant sur la téléadaptation et le télésoin, et non une étude clinique de Télavie. Les populations, protocoles, technologies et niveaux d'accompagnement varient fortement d'une étude à l'autre ; les résultats doivent donc être interprétés dans leur contexte.