Dr Bernard de Geofroy
Chirurgien orthopédiste · Chirurgie de la hanche et du genou
RPPS 10102056552 · Conventionné secteur 2 OPTAM

Hôpital Privé Clairval — 317 bd du Redon, 13009 Marseille
Château-Gombert — 16 rue Louis Leprince-Ringuet, 13013 Marseille
Maison de santé Les Iris — Av. Jean Giono, 13190 Allauch
Secrétariat : 04 65 38 20 54 · chirurgie-hanche-genou-marseille.fr

PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION · HANCHE

Tendinopathie du moyen fessier

Version 1 · octobre 2026

TRAITEMENT DE 1RE INTENTION	DURÉE	À ÉVITER
Éducation et exercices	**8 à 12 semaines, parfois plus**	**La compression du tendon**

Protocole indicatif. Il est adapté à chaque patient par votre médecin et votre kinésithérapeute, en fonction de l'examen, de l'imagerie et de l'évolution.

Consignes générales

- La douleur siège sur le côté de la hanche, en regard de la saillie osseuse du grand trochanter, et peut descendre sur la face externe de la cuisse. Elle est réveillée par la position couchée sur le côté, la station debout prolongée sur une jambe, les escaliers et la position assise jambes croisées. Elle touche surtout les femmes entre 40 et 65 ans.
- Longtemps appelée « bursite trochantérienne », elle est en réalité le plus souvent liée à une souffrance des tendons du moyen et du petit fessier, comprimés contre l'os lorsque la cuisse se rapproche de l'axe du corps (adduction) et surchargés lors des activités.
- Dans l'essai randomisé LEAP (204 patients), un programme associant éducation et exercices donnait 77 % de succès à 8 semaines, contre 58 % après une infiltration de corticoïdes et 29 % en simple attente ; à un an, 79 %, 58 % et 52 %. L'infiltration soulage à court terme mais ne traite pas la cause.
- Le traitement repose donc d'abord sur deux piliers : diminuer la compression du tendon dans la vie quotidienne, et le renforcer progressivement.
- Les exercices sont adaptés à la douleur : Règle de la douleur : une douleur pendant l'exercice jusqu'à 4 ou 5 sur 10 est acceptable si elle revient à son niveau habituel dans les 24 heures ; sinon, diminuer l'intensité de la séance suivante.

Les étapes de la rééducation

Phase 1 — Semaines 0 à 2 — Éducation et apaisement

OBJECTIFS

- Comprendre l'origine de la douleur.
- Supprimer les positions qui compriment le tendon.
- Commencer à activer les fessiers sans douleur.

CONTENU

- Explication du mécanisme : la douleur vient d'un tendon comprimé et surchargé, pas d'une lésion grave de la hanche.
- Au lit : éviter de dormir sur le côté douloureux ; sur le côté sain, placer un coussin entre les genoux.
- Debout : répartir le poids sur les deux jambes, ne pas « s'asseoir » sur une hanche en la laissant sortir sur le côté.
- Assis : ne pas croiser les jambes ni serrer les genoux ; éviter les sièges trop bas, les genoux doivent rester un peu plus bas que les hanches.
- Réduire temporairement les longues marches en côte, les escaliers répétés et les activités qui déclenchent la douleur, sans arrêter l'activité physique.
- Exercices isométriques des abducteurs : 5 contractions de 30 à 45 secondes, 1 à 2 fois par jour, à intensité modérée (voir exercices).
- Antalgiques ou glace si besoin.

À ÉVITER

- Pas d'étirement de la bandelette iliotibiale ni des fessiers en croisant la jambe : ils augmentent la compression du tendon.
- Pas de massage appuyé sur le grand trochanter.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Douleur nocturne et douleur au repos diminuées.
- Isométriques réalisés sans augmentation de la douleur le lendemain.

Phase 2 Semaines 2 à 8 — Renforcement progressif

OBJECTIFS

- Augmenter la capacité du tendon et la force des abducteurs.
- Améliorer le contrôle du bassin en appui sur une jambe.

CONTENU

- 2 à 3 séances supervisées par semaine, complétées par un programme à domicile.
- Renforcement progressif en charge : pont fessier sur deux jambes puis sur une jambe, squat, montée de marche, fentes, en gardant le bassin horizontal et le genou dans l'axe.
- Travail des abducteurs en chaîne fermée et ouverte, en position neutre de hanche, sans adduction ; charges lourdes et mouvements lents dès que la tolérance le permet.
- Contrôle du bassin en appui unipodal : se tenir sur une jambe sans laisser la hanche sortir sur le côté, puis en mouvement.
- Marche latérale avec élastique, travail du tronc.
- Poursuite des isométriques les jours de douleur plus marquée.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Appui unipodal de 30 secondes sans douleur ni bascule du bassin.
- Montée de marche et squat sur une jambe contrôlés et peu douloureux.

Phase 3 À partir de 8 semaines — Fonction et reprise

OBJECTIFS

- Reprendre toutes les activités habituelles.
- Prévenir les récidives.

CONTENU

- Exercices fonctionnels et spécifiques : escaliers, marche en côte, sauts légers, course progressive pour les coureurs.
- Augmentation progressive du volume d'activité, d'une semaine à l'autre.
- Programme d'entretien de 2 séances de renforcement par semaine.
- Retour progressif aux positions évitées, selon la tolérance.

Autres traitements, en cas d'évolution lente

- Les ondes de choc peuvent compléter les exercices, avec un niveau de preuve modéré.
- Une infiltration de corticoïdes soulage à court terme ; elle est associée aux exercices et non répétée, car elle n'apporte pas de bénéfice durable et peut fragiliser le tendon.
- Les injections de plasma riche en plaquettes (PRP) sont une option discutée dans les formes chroniques, avec des données encore limitées.
- En cas de douleur persistante au-delà de 6 mois malgré un traitement bien conduit, ou de rupture tendineuse, une IRM et un avis chirurgical permettent de discuter une réparation des tendons, souvent sous endoscopie.

Les exercices à faire à la maison

Isométriques chaque jour en phase 1, puis exercices de renforcement 3 à 4 fois par semaine : 3 séries de 8 à 12 répétitions, mouvement lent, bassin stable, sans croiser les jambes. Une douleur jusqu'à 4 ou 5 sur 10 est acceptable si elle n'augmente pas la nuit ou le lendemain.

Isométriques

1. **Abduction allongé sur le dos**
   Jambes tendues et légèrement écartées, une ceinture autour des genoux ou des chevilles : pousser vers l'extérieur sans bouger, 30 à 45 secondes, 5 fois.
2. **Abduction debout contre un mur**
   Debout sur la jambe saine, le côté douloureux près du mur, genou plié à 90° : pousser le genou contre le mur 30 à 45 secondes, 5 fois.

Renforcement

3. **Pont fessier**
   Allongé sur le dos, genoux pliés : décoller le bassin en serrant les fessiers, tenir 3 secondes. Progression : sur une jambe.
4. **Abduction allongé sur le côté sain**
   Coussin entre les genoux au début, bassin bien vertical : monter la jambe du dessus légèrement en arrière, pointe du pied vers l'avant, sans dépasser l'horizontale.
5. **Squat contrôlé**
   Pieds à largeur de bassin : s'asseoir vers une chaise et se relever lentement, genoux dans l'axe des pieds. Progression : charge, puis sur une jambe.
6. **Montée de marche**
   Monter sur une marche avec la jambe douloureuse en gardant le bassin horizontal, redescendre lentement.
7. **Marche latérale avec élastique**
   Élastique autour des genoux ou des chevilles, genoux légèrement fléchis : 10 pas de côté dans chaque sens.
8. **Appui unipodal**
   Se tenir sur la jambe douloureuse 30 secondes sans laisser la hanche sortir sur le côté, puis en lançant l'autre jambe dans différentes directions.

Informations pour le kinésithérapeute

- Bilan initial et de suivi : douleur à la palpation du grand trochanter, test d'appui unipodal de 30 secondes, tests de résistance des abducteurs, score VISA-G.
- Éliminer une autre origine : douleur de l'aine (articulation de la hanche), douleur lombaire irradiant sous le genou avec fourmillements (origine rachidienne).
- Signaler un déficit de force marqué avec boiterie (signe de Trendelenburg), qui peut traduire une rupture tendineuse et justifie une IRM.

Référence

Mellor R, Bennell K, Grimaldi A, et al. Education plus exercise versus corticosteroid injection use versus a wait and see approach on global outcome and pain from gluteal tendinopathy: prospective, single blinded, randomised clinical trial. BMJ. 2018;361:k1662. doi:10.1136/bmj.k1662 — Grimaldi A, Mellor R, Hodges P, et al. Gluteal tendinopathy: a review of mechanisms, assessment and management. Sports Med. 2015;45(8):1107-1119. doi:10.1007/s40279-015-0336-5

Contacter rapidement l'équipe chirurgicale en cas de

- douleur nocturne intense ne cédant pas au changement de position ;
- fièvre ou rougeur de la hanche ;
- faiblesse brutale avec boiterie importante ;
- douleur de l'aine ou douleur irradiant sous le genou avec fourmillements ;
- absence d'amélioration après 3 mois de rééducation bien conduite.

Essoufflement brutal ou douleur dans la poitrine : appelez le 15.