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

EPP DE LA PRISE EN CHARGE DES EPAULES OPEREES DANS UN CENTRE DE REEDUCATION

Mémoire présenté par Aurélie FOUGERARD
étudiante en 3ème année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute.
2009-2010.

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION 1

1. 1. Présentation de l'évaluation des pratiques professionnelles 1

1. 2. La Haute Autorité de Santé (HAS) et recommandations 2

1. 3. Objectif du travail 4

2. MATERIEL ET METHODES 4

2. 1. Thème de l'étude 4

2. 2. Présentation de la fiche bilan 5

2. 3. Etude de la fiche bilan 5

2. 3. 1. Critères d'inclusion 5

2. 3. 2. Critères d'exclusion 6

2. 3. 3. Masseurs kinésithérapeutes concernés 6

2. 3. 4. Saisie des données (tab 1) 6

2. 4. Questionnaire 8

2. 5. Recommandations de la HAS sur le bilan de l'épaule opérée 9

3. RESULTATS ET COMPARATIF 12

3. 1. Résultats de l'évaluation des masseurs kinésithérapeutes 12

3. 2 Comparaison entre les items de la HAS et la fiche bilan de l'hôpital Félix Maréchal 13

4. DISCUSSION 16

4. 1. Analyse des questionnaires 16

4. 2. Qualité du remplissage du bilan à l'hôpital Félix Maréchal 18

4. 3. Améliorations à apporter à la fiche bilan de l'hôpital 19

4. 4. L'évaluation fonctionnelle de l'épaule 20

5. CONCLUSION 23

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Juillet 2009, la loi HPST est votée. Elle instaure l'obligation du développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé. Plusieurs objectifs sont attribués au DPC notamment l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cette dernière se réalise par l'intermédiaire du conseil régional de l'ordre en relation avec la Haute Autorité de Santé et le conseil national de l'ordre.

A l'hôpital Félix Maréchal de Metz, un protocole de rééducation pour les épaules opérées a fait son apparition depuis plus de deux ans maintenant. Suite à cela, une fiche bilan a été mise en place. Ce travail consiste à analyser le remplissage de cette fiche bilan par les masseurs kinésithérapeutes et de comparer le bilan type aux recommandations émises par la HAS pour mettre en évidence les points forts et faibles de la pratique, principe de l'EPP.

Mots clés : évaluation des pratiques professionnelles, recommandations, bilan, épaule

1. INTRODUCTION

1. 1. Présentation de l'évaluation des pratiques professionnelles

L'ordre des masseurs kinésithérapeutes a été mis en place par la loi N° 2004-806 du 9 août 2004 (5, 13). Il regroupe l'ensemble des masseurs kinésithérapeutes titulaires du Diplôme d'Etat sauf ceux relevant du service de santé de l'armée. L'ordre a pour but de surveiller le maintien des principes de moralité et de probité de la profession et de s'assurer que les droits, les devoirs et les obligations de tous les masseurs kinésithérapeutes régis par le code de déontologie sont respectés. Assurer la défense de l'honneur de la profession ainsi que son indépendance fait partie de ses missions.

Il est décliné en trois niveaux (5, 13). Le premier est représenté par le conseil national de l'ordre qui comporte une chambre disciplinaire. Il fixe le montant des cotisations qui devra être versé à l'ordre. Le deuxième niveau est constitué par les conseils régionaux avec un rôle dans l'organisation et la participation aux évaluations des pratiques professionnelles. Enfin le dernier niveau est assuré par les conseils départementaux inscrivant les masseurs kinésithérapeutes au tableau de l'ordre et dictant les règles de bonnes conduites.

L'évaluation des pratiques professionnelles (2, 14, 20) se réalise donc par l'intermédiaire du conseil régional de l'ordre en relation avec le conseil national et la Haute Autorité de Santé. Elle consiste à établir une comparaison entre ce qui se fait et la pratique attendue (recommandations, référentiels, données validées) (15, 18). Il a été mis en évidence un écart défavorable entre l'état des différents savoirs et la pratique réelle. Grâce à l'évaluation des pratiques professionnelles, le praticien peut ainsi visualiser ses points forts

tout en révélant ses points faibles (11). Par l'intermédiaire de la formation continue (2, 19), il peut renforcer ou consolider ses connaissances techniques et théoriques. L'évaluation des pratiques professionnelles permet principalement l'amélioration de la qualité des soins et une mise à jour des connaissances soit par l'intermédiaire des formations continues soit par la consultation des données actuelles.

1. 2. La Haute Autorité de Santé (HAS) et recommandations

Les Recommandations pour la Pratique Professionnelle (RCP) (1, 4, 8, 9) sont des propositions émises sur un thème permettant d'aider le praticien et le patient à déterminer les soins les plus appropriés pour une situation clinique bien définie. Grâce aux RCP, la HAS élabore des recommandations professionnelles. Plusieurs étapes sont nécessaires pour rédiger les RCP.

- Thème de l'étude : il est choisi par le Collège de la HAS suivant les demandes de la sécurité sociale, du ministre de la santé et des priorités de la santé publique.

- Comité d'organisation : il définit précisément le thème de l'étude, les questions à traiter, la population de patients ainsi que les professionnels concernés.

- Groupe de travail : la HAS constitue ce groupe de professionnels provenant de situations géographiques éloignées, d'écoles différentes, de mode d'exercices différents. Un président est désigné pour coordonner le groupe de travail. Un chargé de projet est également désigné pour sélectionner, analyser et synthétiser toute la littérature pertinente au sujet de l'étude et rédiger un argumentaire.

- Rédaction de la première version des recommandations : grâce au travail et à l'argumentaire du chargé de projet et à l'avis de l'ensemble du groupe émis lors des réunions, la première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail.

- Groupe de lecture : il est chargé de donner son avis sur l'argumentaire et sur les recommandations.

- Version finale des recommandations : l'avis émis par le groupe de lecture est analysé et discuté par le groupe de travail qui modifiera si besoin l'argumentaire et rédigera la version finale des recommandations et une synthèse de ces recommandations. L'ensemble de ses documents est soumis à la Commission d'Evaluation des Stratégies de Santé qui peut demander que certains points soient revus par le groupe de travail. La Commission rend son avis au collège de l'HAS.

- Validation par le collège de la HAS : il valide le rapport final avant de donner l'autorisation de sa diffusion.

- Diffusion : la HAS met en ligne sur son site l'argumentaire, les recommandations et la synthèse de ces recommandations.

- Gradation des recommandations : chaque article est affecté d'un niveau de preuve scientifique suivant la qualité des études thérapeutiques. D'après le niveau de preuve des articles, les recommandations ont un grade variable : A, preuve scientifique établie ; B, présomption scientifique ; C, faible niveau de preuve. S'il n'existe pas d'études sur le sujet, les recommandations sont fondées sur des accords professionnels au sein du groupe de travail après consultation du groupe de lecture.

Les recommandations (8, 9) portant sur les «critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation après chirurgie des ruptures de la coiffe et arthroplasties d'épaule» ont été publiées en janvier 2008.

1. 3. Objectif du travail

L'épaule est une articulation complexe, très sensible aux mouvements répétés, de grandes amplitudes, aux rythmes rapides des travaux et au vieillissement. Par conséquent, cette articulation se détériore rapidement suite aux contraintes qu'elle subie tout au long de la vie. Les pathologies de l'épaule représentent donc des enjeux à la fois humains, scientifiques et économiques (17).

Actuellement, il existe une vingtaine de recommandations dans le domaine de la kinésithérapie, dont une portant sur l'épaule citée précédemment. A partir de cette recommandation, la HAS a émis une série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration de la pratique professionnelle en novembre 2008 (voir annexe I) (10). Ces critères constituent des éléments pour une bonne pratique et sont élaborés à partir des recommandations émises sur ce même thème. Ils portent sur les points clés de la pratique. Ils doivent être intégrés dans les démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Pour ce travail, nous retiendrons les objectifs 2 et 4 pour l'évaluation des pratiques professionnelles (voir annexe I) : définir les modalités de traitement en masso-kinésithérapie et évaluer la progression clinique.

2. MATERIEL ET METHODES

2. 1. Thème de l'étude

A l'hôpital Félix Maréchal, tout patient opéré de l'épaule est pris en charge selon le protocole de Hauteville (12). Cette méthode de rééducation est adaptée à la biomécanique de l'épaule et s'attache en premier lieu à restaurer les amplitudes fonctionnelles passives de ce

complexe articulaire. Cette technique a l'avantage d'impliquer le patient directement dans sa prise en charge et de le rendre autonome progressivement dans sa rééducation.

Le but de ce travail est d'observer puis d'évaluer la manière dont la fiche bilan est remplie par les masseurs kinésithérapeutes pour permettre ensuite une comparaison aux recommandations de la HAS afin de rentrer dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles.

2. 2. Présentation de la fiche bilan

Le bilan est présenté dans l'annexe II.

A l'hôpital Félix Maréchal, le bilan comprend plusieurs grandes sections : anamnèse, articulaire, douleur. Sur la première page, le kinésithérapeute prend note des données générales intéressant le patient et sa pathologie. Le praticien marque l'évolution des différentes amplitudes articulaire de l'épaule sur la deuxième page. Les tableaux d'évolution de la douleur diurne et nocturne sont retrouvés sur la troisième page. La dernière page est laissée libre, permettant ainsi au kinésithérapeute de noter ses observations hebdomadaires sur l'évolution du patient ou d'ajouter des précisions.

2. 3. Etude de la fiche bilan

2. 3. 1. Critères d'inclusion

Les patients concernés sont en hospitalisation complète ou en ambulatoire à l'hôpital Félix Maréchal. Ils ont subi une chirurgie de rupture de la coiffe des rotateurs ou une arthroplastie et ont recours à la rééducation selon le protocole de Hauteville.

2. 3. 2. Critères d'exclusion

Les patients présentant une capsulite rétractile, une fracture de la tête humérale, une luxation d'épaule, ou une acromioplastie sans rupture de coiffe sont exclus de l'étude afin d'être conforme aux recommandations de la HAS.

2. 3. 3. Masseurs kinésithérapeutes concernés

Seuls les masseurs kinésithérapeutes de l'hôpital Félix Maréchal ayant effectués la formation de Hauteville participent à l'étude car ce sont les seuls à prendre en charge ces patients et ainsi à remplir les feuilles de bilan.

2. 3. 4. Saisie des données (tab 1)

Nous avons recueilli l'ensemble des dossiers des patients présentant une pathologie d'épaule traitée selon le protocole de Hauteville. Pour chacun des dossiers, un numéro d'anonymat a été attribué. Nous retenons uniquement ceux remplissant les conditions citées précédemment pour l'évaluation. Cette dernière porte sur des dossiers s'étalant sur un an et demi : le premier date de début décembre 2007 et le dernier de fin juillet 2009. Pour évaluer ces bilans, nous avons élaboré une liste de critères reprenant les différents points de la fiche. Grâce à ces items, nous avons mis en place une grille d'évaluation. Cette dernière a pour objectif de mettre en évidence la qualité du remplissage des bilans pour pouvoir l'améliorer par la suite.

Tableau 1 : grille d'évaluation

NUMERO D'ANONYMAT			
1. PATIENT			
1.a âge			
1.b profession			
1.c loisirs			
1.d latéralité			
1.e projet			
2. PATHOLOGIE			
2.a pathologie + histoire			
2.b lesion			
2.c description geste opératoire			
2.d antécédents			
2.e installation			
3. ARTICULAIRE			
3.a contro-latéral			
3.b pré opératoire			
3.c début prise en charge			
3.d evolution			
3.d' élévation antérieure			
3.d" rotation externe			
3.d''' rotation internet			
4. DOULEUR			
4.a pré opératoire			
4.b début prise en charge			
4.c par semaine			
4.d traitement antalgique			
5. FONCTIONNEL			
6. EVOLUTION HEBDOMADAIRE DE LA REEDUCATION			
7. BALNEOTHERAPIE			
8. CONCLUSION			

Pour chaque patient et pour chaque item, il faudra marquer O pour « oui » si la donnée, dans le dossier, est remplie et claire ; « N » pour non si la donnée est absente ou imprécise et « NT » pour non testé lorsque la donnée demandée ne peut être recueillie. Depuis que la

rééducation de l'épaule s'opère selon le protocole de Hauteville, la fiche bilan a subi des modifications dans un but d'amélioration :

- l'item « projet du patient » a été rajouté.

- Deux tableaux sont présents pour noter l'évaluation de la douleur diurne et nocturne. Dans la première version, il n'existait qu'un tableau pour une évaluation globale de la douleur.

2. 4. Questionnaire

L'avis des masseurs kinésithérapeutes concernant ces bilans doit être recueilli. C'est pourquoi, nous avons mis en place un questionnaire destinés aux praticiens prenant en charge les patients porteurs de pathologie d'épaule. Les questions 2 et 3 vont nous permettre de mettre en évidence l'état des connaissances des kinésithérapeutes quant aux recommandations de la HAS.

1. La fiche bilan est-elle facile d'utilisation ? Oui ☐ Non ☐

1.1 Si oui, pourquoi ?

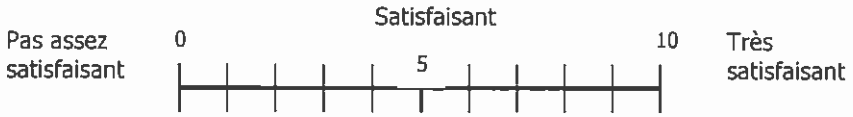
1.2 Si non, pourquoi ?

2. Pour vous, est-ce que trop d'éléments sont demandés et par conséquent, la fiche est-elle trop longue à remplir? Oui ☐ Non ☐

Si oui, citez les données, demandées dans le bilan, inutiles à remplir selon vous ?

3. Au contraire, quelles données sont indispensables pour un meilleur suivi du patient ?

4. La fiche actuelle vous demande de noter vos remarques hebdomadaires sur l'évolution du patient, qu'en pensez-vous ?



4.1 Si satisfaisant (>5), pourquoi ?
4.2 Si non satisfaisant (<5), pourquoi ?
5. Afin que la fiche soit mieux remplie, que faut-il améliorer selon vous (format, mise en page, contenu ...)?
6. Avez-vous des remarques éventuelles à faire à propos du bilan ?

2. 5. Recommandations de la HAS sur le bilan de l'épaule opérée

Les recommandations de l'HAS (8, 9) sur l'évaluation clinique du patient reposent majoritairement sur des accords professionnels et nous préciserons lorsqu'il existera un niveau de preuve. En effet, il n'existe pas de données dans la littérature française et anglo-saxonne ou alors celles-ci ont un niveau de preuve insuffisant. Les accords professionnels correspondent à un avis quasi unanime des experts sur la question reposant sur des données biomécaniques, biologiques, neurophysiologiques... Les recommandations concernent le kinésithérapeute et l'ergothérapeute. L'évaluation est divisée en deux parties :

- Fonctions organiques et structures anatomiques :

- La douleur : l'utilisation d'une échelle validée est recommandée pour pratiquer un suivi régulier de la douleur. Il est également préconisé d'interroger le patient quant à la localisation de sa douleur, les horaires ainsi que les mouvements ou facteurs responsables de la douleur ou de sa majoration.

- La fonction cutanée : pour éviter une complication de la cicatrice, il est recommandé, une fois le pansement enlevé, de pratiquer une observation de celle-ci. Il est demandé de vérifier l'absence d'œdème dans cet examen.

- La fonction sensitive : suite à l'intervention chirurgicale ou suite au port d'orthèse notamment thoraco-brachiale, le patient peut présenter des complications neurologiques. Elles sont rares mais peuvent exister c'est pourquoi le bilan sensitif est recommandé.

- La fonction articulaire : les amplitudes articulaires du complexe de l'épaule sont suivies régulièrement, d'abord en passif puis en actif. Les amplitudes sont mesurées grâce à un goniomètre ou à un inclinomètre.

- La fonction musculaire : en post opératoire immédiat, il est recommandé d'évaluer la tonicité et la contractilité des muscles du complexe de l'épaule. Lorsque le patient a bénéficié d'une réparation tendineuse, le suivi de la force et de l'extensibilité musculaire n'est pas recommandé avant la fin du 3ème mois postopératoire. Au-delà de ce délai, il est possible de l'évaluer soit par l'évaluation de la force musculaire soit à travers le score de Constant. Sachant qu'il n'existe pas d'outils validés, il est utile mais non recommandé d'apprécier l'endurance et le tonus musculaire : hypotonie, contractures.

- La fonction relative au mouvement : dès l'autorisation de la mobilisation active par le chirurgien, il est recommandé d'évaluer de façon globale le membre supérieur pathologique par des mouvements globaux, par des situations d'activités bi-manuelles, par la fonction d'appui et de soutien.

- La fonction des systèmes cardio-vasculaire et respiratoire : si la profession du patient ou ses loisirs nécessitent des capacités cardio-vasculaires élevées ou si le patient présente des difficultés dans ses activités quotidiennes suite à un problème de ces fonctions, il est utile de procéder à une évaluation de la tolérance à l'effort.

- Les signes généraux évoquant une complication : des complications secondaires peuvent éventuellement survenir lors de la rééducation, il est alors recommandé d'en prendre note sur le bilan et de le signaler soit auprès du chirurgien ayant opéré le patient soit auprès du médecin de médecine physique et de réadaptation.

➢ Activités, participation, qualité de vie :

Il est recommandé de réunir des informations concernant le projet du patient, son environnement social ainsi que ses capacités fonctionnelles avant et après l'opération. Les capacités fonctionnelles sont représentées par les activités de la vie quotidienne (la mobilité, l'entretien personnel et la vie domestique), les loisirs et également la profession.

Il est recommandé d'utiliser des outils validés tel que le questionnaire de Dash (voir annexe III) pour le suivi de l'évolution des activités et de la qualité de vie des patients selon un grade B. Ce grade correspond à une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve. Quant au score de Constant (voir annexe IV), il n'est pas recommandé car il n'est pas utile avant la fin du 3ème mois post opératoire du fait des contre-indications chirurgicales.

Suite à toutes ces recommandations, l'HAS a rédigé une fiche type de synthèse du bilan diagnostic masso-kinésithérapique (voir annexe V).

3. RESULTATS ET COMPARATIF

3. 1. Résultats de l'évaluation des masseurs kinésithérapeutes

Voir annexe VI.

Pour chaque item, nous calculons un pourcentage. Pour rappel, nous notons :

- « oui » si l'item est rempli de façon claire
- « non » si la donnée est absente ou imprécise
- « non testé » si la donnée ne peut être recueillie.

- Tableau II : résultats pour l'item concernant le patient

	oui	non	non testé
1.a âge	91,4	8,6	0
1.b profession	97,1	2,9	0
1.c loisirs	91,4	8,6	0
1.d latéralité	97,1	2,9	0
1.e projet	17,1	8,6	74,3

- Tableau III : résultats pour l'item concernant la pathologie

	oui	non
2.a pathologie	97,1	2,9
2.b lésion	45,7	54,3
2.c geste opératoire	48,6	51,4
2.d antécédents	80	20
2.e installation	91,4	8,6

- Tableau IV : résultats pour l'item concernant l'articulaire

	oui	Non
3.a contro-latérale	74,3	25,7
3.b pré-opératoire	65,7	34,3
3.c début de prise en charge	88,6	11,4
3.d' élévation antérieure	94,3	5,7
3.d" rotation externe	94,3	5,7
3.d"' rotation interne	94,3	5,7

- Tableau V : résultats pour l'item concernant la douleur

	oui	non
4.a pré-opératoire	82,9	17,1
4.b début de prise en charge	91,4	8,6
4.c par semaine	88,6	11,4
4.d traitement	60	40

- Tableau VI : résultats pour l'ensemble des derniers items

	oui	non
5. fonctionnel	11,4	88,6
6. évolution hebdomadaire	68,6	31,4
7. balnéothérapie	94,3	5,7
8. conclusion	68,6	31,4

3. 2 Comparaison entre les items de la HAS et la fiche bilan de l'hôpital Félix Maréchal

Cette comparaison se conçoit à travers un tableau précisant d'un côté les recommandations émises par la HAS et de l'autre côté la pratique à l'hôpital Félix Maréchal.

Tableau VII : écarts entre HAS et pratique professionnelle

RECOMMANDATIONS HAS		PRATIQUE
fonctions organiques, structures anatomiques		
douleur	* intensité *traitement *topographie *horaires *facteurs déclenchants	oui oui non oui non
fonction cutanée	*cicatrice *œdème	non non
fonction sensitive		non
fonction articulaire	*passif *actif *élévation *rotation latérale *rotation médiale * autres	oui non oui oui oui non
fonction musculaire	*contractilité *tonicité *hypotonie *contractures *endurance *force musculaire *extensibilité	Non Non Non Non Non Non Non
fonction cardio-respiratoire		Non
signes complications		Non

Activités, participation, qualité de vie	
questionnaire DASH	Non
projet	Oui
activités de la vie quotidienne	Oui

Quelques précisions concernant la pratique à l'hôpital sont à apporter pour la justification du tableau :

- les douleurs diurne et nocturne sont évaluées mais sans précision des horaires.

- La fiche bilan de l'hôpital ne précise pas si les amplitudes articulaires sont obtenues en actif ou en passif. Cependant cette méthode de rééducation est passive ou auto-passive induisant une prise de mesures passive. Les tableaux d'évaluation articulaire permettent de préciser si les mesures sont prises à chaud ou à froid.

- Les activités, la participation et la qualité de vie sont mesurées au travers du score de Constant et non par l'intermédiaire du questionnaire de Dash. Ceci permet une approche multidisciplinaire avec les autres praticiens tels que les médecins, ergothérapeutes.

- L'évaluation de la force musculaire ne peut se faire avant la fin du troisième mois post opératoire. Or les patients partent le plus souvent avant cette date. S'ils poursuivent leur rééducation après ce délai, le score de Constant permet l'évaluation de la force musculaire.

- La dernière page est laissée libre afin que les thérapeutes puissent ajouter des précisions non répertoriées dans les trois premières pages (œdème, cicatrice, trouble de la sensibilité, complications…).

4. DISCUSSION

4. 1. Analyse des questionnaires

A ce jour, à l'hôpital Félix Maréchal, six masseurs kinésithérapeutes pratiquent la rééducation de l'épaule. Tous ont répondu au questionnaire. Cependant des précisions sont à apporter :

- un masseur kinésithérapeute a répondu mais aucun de ces dossiers ne peut être évalué. En effet, le dernier bilan que nous avons analysé est daté de fin juillet 2009 or il a commencé à appliquer ce protocole après cette date.

- Un second a répondu mais tous les dossiers patients qu'il a tenu ne rentrent pas dans l'étude car les pathologies ne sont ni des arthroplasties ni des ruptures de coiffe des rotateurs.

- Un thérapeute a répondu au questionnaire mais il est à l'origine de la création de la fiche bilan où il a apporté des modifications au fur et à mesure du temps.

- Un autre thérapeute a participé à cette étude mais il n'a pu répondre au questionnaire car il est parti de l'hôpital.

A la première question, l'ensemble des thérapeutes considèrent la fiche simple d'utilisation grâce à une présentation claire et des parties bien répertoriées et distinctes. La première page permet de présenter le patient et sa pathologie. Les pages suivantes notent l'évolution du patient permettant son suivi régulier. Cette fiche permet de connaître rapidement les éléments essentiels du bilan lorsqu'un autre thérapeute prend en charge le patient.

Un seul kinésithérapeute explique que la fiche est trop longue à remplir : « le patient trouve qu'on lui pose beaucoup de questions et le projet lui pose souvent problème ». Les éléments indispensables cités par les thérapeutes concernent principalement le patient (mode de vie, projet, profession) et sa pathologie (lésion, geste opératoire). Un seul a mentionné « le suivi des amplitudes ». « Toutes les données sont essentielles » pour deux kinésithérapeutes.

La question suivante demande l'avis des masseurs kinésithérapeutes quant au fait de rédiger des remarques hebdomadaires sur l'évolution du patient. Leurs avis se traduisent par une note sur 10, « pas assez satisfaisant » correspondant à une note de 0 et « très satisfaisant » à une note de 10. Cinq thérapeutes attribuent une note supérieure à 5 avec une moyenne de 8,8/10. Selon eux ces remarques sont importantes car elles permettent :

- d'avoir un bon suivi de la douleur et des amplitudes articulaires.
- De noter des événements imprévus survenant pendant la semaine.
- De comprendre les raisons d'une absence d'évolution de la rééducation.

Un seul praticien a suggéré qu'il faudrait peut-être rajouter d'autres données « cicatrice », « sensibilité » et « score de Constant » au bilan actuel. Ainsi la fiche serait plus complète et les « thérapeutes ne négligeraient aucune information ».

La question concernant les modifications à apporter au bilan pour un meilleur remplissage, deux thérapeutes ont expliqué qu'il serait peut-être intéressant de réorganiser la partie concernant la maladie afin d'être plus clair et de rajouter les items manquants cités précédemment.

4. 2. Qualité du remplissage du bilan à l'hôpital Félix Maréchal

L'item concernant le patient (âge, profession, loisirs, latéralité, projet) est dans l'ensemble bien rempli (environ 95% des dossiers) à l'exception du projet. Sur 34 dossiers, seulement 9 sont dotés de cet item puisqu' il a été rajouté par la suite. Sur ces 9 dossiers, 6 praticiens ont écrit le projet du patient. D'après le questionnaire posé aux masseurs kinésithérapeutes, la plupart du temps, le patient ne connait pas lui-même son projet ceci expliquant pourquoi cet item n'est pas toujours noté.

Les masseurs kinésithérapeutes remplissent correctement la pathologie du patient (dans 97% des cas) et son installation en post opératoire immédiat (dans 90% des cas). Pour la moitié des dossiers, la lésion et le geste opératoire ne sont pas expliqués dans les dossiers. Les antécédents ne sont pas marqués dans 20% des bilans soit par oubli de la part du thérapeute soit parce que le patient n'en présente pas.

Les tableaux retraçant l'évolution des amplitudes articulaires de l'épaule sont remplis pour la majorité des dossiers (95%). L'amplitude pré opératoire n'est pas toujours connue car le chirurgien n'a pas communiqué cette donnée et le patient ne s'en rappelle pas toujours. C'est pourquoi cet item n'est rempli qu'à hauteur de 65%. Dans 30% des cas, l'amplitude de l'épaule contro-latérale n'est soit pas inscrite, soit incomplète, soit notée « sub-normales » ou « normales » donc non-connue.

En moyenne sur 10 dossiers, 9 disposent d'une évaluation hebdomadaire de la douleur diurne et nocturne effectuée. Ceci montre que les masseurs kinésithérapeutes sont soucieux de la douleur dans leur rééducation. En revanche, la douleur pré opératoire n'est connue que dans

80% des cas car bien souvent les patients ne s'en souviennent plus. De plus, un praticien explique que l'évaluation de la douleur pré opératoire n'est pas toujours fiable car sa valeur est induite par l'état actuel du patient. Dans 60% des cas, les masseurs kinésithérapeutes inscrivent le traitement médicamenteux du patient.

Le score de Constant n'est pas intégré à la feuille bilan ce qui peut expliquer pourquoi seulement 11% des dossiers présentent une évaluation fonctionnelle de l'épaule. Les masseurs kinésithérapeutes marquent l'évolution du patient de façon hebdomadaire dans environ 70% des cas. Pour les autres, ils n'ont pas de remarques ou alors celles-ci ne sont pas rédigées régulièrement. Lorsqu'une partie de la prise en charge du patient se fait en balnéothérapie, les praticiens le notifient sur le bilan dans 95% des cas. Cette donnée n'est pas connue au début de la rééducation et les praticiens oublient d'y revenir. Environ 7 dossiers sur 10 sont dotés d'une conclusion lorsque le patient finit sa rééducation à l'hôpital.

Les fiches bilans sont dans l'ensemble bien remplies sauf quelques points qui nécessitent d'être améliorés :

- la lésion et le geste opératoire
- l'évaluation fonctionnelle
- l'évolution hebdomadaire et la conclusion de la rééducation.

4. 3. Améliorations à apporter à la fiche bilan de l'hôpital

Les données que contient le bilan actuel utilisé à l'hôpital Félix Maréchal sont correctes mais ce bilan est incomplet. Pour être conforme aux recommandations de la HAS, il faut rajouter des items ou apporter des précisions.

- La topographie et les facteurs déclenchant de la douleur sont à rajouter.

- La fonction cutanée (cicatrice et œdème) est à insérer dans le bilan car elle n'y apparait pas même si le masseur-kinésithérapeute peut rajouter ces données sur la dernière page.

- Il en est de même pour la fonction sensitive.

- Il faut préciser sur cette feuille si les amplitudes articulaires sont obtenues en actif ou en passif malgré le fait que cette rééducation s'effectue selon un mode passif ou auto-passif.

- Le protocole de Hauteville ne s'intéresse pas en priorité à la fonction musculaire ceci expliquant pourquoi cet item n'apparait pas dans la fiche bilan. La plupart du temps, les patients terminent leur rééducation à l'hôpital avant d'avoir l'autorisation chirurgicale pour commencer le travail actif. Cependant pour les patients restant plus longtemps il serait intéressant de rajouter cet item regroupant la contractilité, la tonicité, l'hypotonie, les contractures, l'endurance, la force et l'extensibilité.

- La fonction cardio-respiratoire

- Les signes de complications peuvent être inscrits sur la dernière page laissée libre du bilan. Mais il serait intéressant de l'écrire pour que les masseurs kinésithérapeutes n'oublient pas de l'inscrire si cela arrive.

- Le score de Constant n'est pas adéquat à ce stade car il n'est pas possible de s'en servir avant la fin du 3ème mois post opératoire. Il faut le remplacer par le questionnaire de Dash.

4. 4. L'évaluation fonctionnelle de l'épaule

L'item « activités, participation, qualité de vie » dans les recommandations de l'HAS est le seul ne faisant pas appel à un accord professionnel mais reposant sur un niveau de

preuve. Ainsi, il est recommandé d'utiliser le questionnaire Dash (8, 9) et ce dès le post opératoire plutôt que le score de Constant. Pour certains auteurs (17), ce score n'apporte que très peu d'éléments utiles aux kinésithérapeutes et comporte quelques incohérences notamment l'évaluation de la douleur sur 15 points alors qu'habituellement elle est évaluée sur 10 points. Le bilan de la douleur tient compte uniquement de l'intensité et omet la topographie, le caractère diurne, nocturne, le traitement ou encore les mouvements exacerbant ou déclenchant cette douleur. De plus, il est demandé de mesurer la force selon l'appareil dont dispose le thérapeute, mais tous n'ont pas le même ainsi le résultat va être difficilement transposable. L'évaluation de la force musculaire s'effectue dans la position d'abduction de 90° dans le plan de la scapula alors que cette position n'est quasiment jamais utilisée dans la vie quotidienne et qu'elle met en forte contrainte les muscles de la coiffe des rotateurs. Cette évaluation de la force musculaire ne peut pas se faire souvent avant la fin du troisième mois post opératoire du fait des contre-indications chirurgicales. Ce score mélange douleur, perturbations des activités quotidiennes, amplitudes et force, ainsi le score obtenu ne désigne pas l'élément qui est déficitaire chez ce patient. Or la société européenne de chirurgie de l'épaule et du coude (7) a adopté ce score. Selon cette société, il représente un outil valide, pertinent, simple, reproductible et sensible. Une évaluation globale de l'épaule est possible avec des critères objectifs et subjectifs en utilisant ce score.

Le questionnaire de Dash est le seul questionnaire auto-administré validé en français (16). C'est pourquoi, il est recommandé d'utilisation pour le suivi de l'évolution des activités et de qualité de vie. Pourtant ce questionnaire a l'inconvénient de ne pas être spécifique à l'épaule contrairement au score de Constant. Il peut être utilisé pour toutes les atteintes du membre supérieur. Le deuxième désavantage porte sur le fait que toutes les questions

demandent des réponses subjectives contrairement au score de Constant où une partie des réponses est objective (7).

4. 5. Loi et évaluation des pratiques professionnelles

L'EPP consiste en une «analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS, en incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (14). Ainsi, une EPP comporte deux temps : comparer sa pratique à des références scientifiques et validées suivi d'une action visant à améliorer ses points faibles et renforcer ses points forts. Jusqu'à présent, l'EPP n'était obligatoire que pour les médecins (3). Par conséquent, si les masseurs kinésithérapeutes la pratiquaient, ce n'était que sur la base du volontariat. Seule la formation continue demeure obligatoire. La loi HPST instaure l'obligation du développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé. L'article 59 de cette loi explique que le DPC a pour objectifs : l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Suite à cette loi, l'EPP devient obligatoire pour tous les masseurs kinésithérapeutes salariés et libéraux. Plusieurs domaines peuvent être évalués comme le bilan (objet de ce travail) mais d'autres sujets peuvent être évalués tel que le comportement professionnel, la communication (éducation à la santé), le plan de traitement (organisation de la prise en charge, nombre et rythme des séances), les interventions thérapeutiques.

5. CONCLUSION

L'objectif 2 (10) (« définir les modalités de traitement en masso-kinésithérapie ») des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques en masso-kinésithérapie après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule porte sur deux points. Le premier évalue l'exécution du bilan et du diagnostic par l'intermédiaire d'une évaluation qualitative et quantitative régulière. A l'hôpital Félix Maréchal, ce point est réalisé. Le deuxième point porte sur l'identification du projet du patient et des objectifs thérapeutiques. Les objectifs de traitement sont explicites par le fait que les masseurs kinésithérapeutes expliquent le traitement et le protocole utilisé au patient lors de la première séance. Les attentes du patient sont recueillies et discutées avec lui. L'objectif 2 est rempli.

L'objectif 4 (10) «évaluer la progression clinique» est aussi analysé. Il est divisé en deux parties. La première de cet objectif est remplie car à l'hôpital Félix Maréchal, les praticiens effectuent une succession de bilans pour chaque patient. L'utilisation d'échelles validées est la deuxième partie de cet objectif. Il est important car l'utilisation de bilans valides permet une comparaison fiable entre les séances de rééducation. Dans cet établissement, pour évaluer la douleur, la mobilité passive et la force musculaire, les praticiens utilisent des échelles validées. Le suivi de l'évolution des activités s'effectue avec le score de Constant et non par le questionnaire de Dash comme recommandé. Ainsi le deuxième point de l'objectif 4 est réalisé partiellement.

Les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques incluent d'autres objectifs non évalués dans ce travail. C'est maintenant au tour des masseurs kinésithérapeutes

de prendre connaissance de ses critères et de procéder à une évaluation en choisissant des objectifs non étudiés.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ANDRE-VERT J.** - Elaboration des recommandations professionnelles par la Haute Autorité de Santé. - Kinésithérapie la revue, 2009, 85 - 86, p. 42 – 43.

2. **BILGIN B.** - Commentaires et propositions suite à l'enquête. Développer l'évaluation pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles. - Kinésithérapie la revue, 2006, 59, p. 20-22.

3. **BILGIN B.** - Evolution réglementaire de l'évaluation des pratiques professionnelles. - Kinésithérapie la revue, 2006, 59, p. 16 – 19.

4. **CORDESSE G.** - Naissance d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS). – Kiné la revue, 2009, 88, p.22-27.

5. **EVENOU D.** - L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : une dynamique au service de l'amélioration de la qualité de nos pratiques. – Kiné la revue, 2007, 67, p. 27 – 29.

6. **GAZELLY D-F.** - Evaluation fonctionnelle de l'épaule – 20 ans d'expérience. – GAZELLY D-F. – Rééducation et chirurgie de l'épaule au quotidien. – Montpellier : Sauramps médical, 2006. – p. 39 – 40.

7. **GIRAUD J.** - Evaluation fonctionnelle de l'épaule = application à l'expertise. – Rev Fr Dommage Corp, 2005, 31, 2, p.8 – 12.

8. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule. Argumentaire, janvier 2008.

9. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule. Recommandations, janvier 2008.

10. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

11. **OVIEVE J-M.** - L'évaluation des pratiques professionnelles officiellement présentes en masso-kinésithérapie. – Kinésithérapie Scientifique, 2005, 460, p. 3.

12. **PADEY A., LIOTARD J-P.** - La rééducation de l'épaule : la souplesse avant tout. – Profession kinésithérapeute. – 2004, N°3, p. 5 – 8.

13. **POCHOLLE M.** - Actualités sanitaires et sociales (Re) Naissances de l'ordre des kinésithérapeutes. – Kinésithérapie la revue, 2004, 32-33, p. 5.

14. TRUDELLE P. - Amélioration continue de la qualité de la pratique professionnelle. - Kinésithérapie la revue, 2006, 59, p. 15 - 15.

15. TRUDELLE P. - L'évaluation des pratiques professionnelles en kinésithérapie : états des lieux 2007 et perspectives. – Kinésithérapie Scientifique, 2007, 482, p. 5 – 8.

16. VAILLANT J. - Evaluer l'épaule dans les activités de la vie quotidienne : le questionnaire DASH. – Kinésithérapie Scientifique, 2008, 491, p. 53 – 55.

17. VIEL E. - Bilans de l'épaule. - VIEL E. – Bien rédiger le bilan diagnostic-kinésithérapique. Mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de Santé. – Paris : Masson, 2006. – p. 71 – 79.

18. VIEL E. - Rédiger pour être lu. - VIEL E. – Bien rédiger le bilan diagnostic-kinésithérapique. Mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de Santé. – Paris : Masson, 2006. – p. 1 – 37.

19. WALLON M-L. - Evaluation des pratiques professionnelles (EPP), coup d'envoi. - Kiné actualité, 2009, 1137, p. 12 - 15.

20. WALLON M-L. - Formation continue et EPP. - Kiné actualité, 2008, 1116, p. 18 - 23.

Autres références :

JO – loi N° 2009 – 879 du 21 juillet 2009, article 59.

Décret 2005-346 du 14 avril 2005.

ANNEXES

ANNEXE I

Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques

Masso-kinésithérapie après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule

Document destiné aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou salariés

But de la démarche :
Aider le patient à retrouver les activités optimales en adéquation avec le projet
Thérapeutique

Ne retenez parmi les objectifs et les critères de qualité proposés ci-dessous « ♉ » que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Adaptez éventuellement le format final.

Cochez le critère « ♉ », si ce dernier est atteint selon les consignes précisées dans le guide d'utilisation (chapitre 2). Pour plus de précisions sur chacun des critères proposés, merci de consulter les justifications décrites ci-après, extraites des recommandations pour la pratique clinique ou de l'argumentaire scientifique sur le thème *Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie de ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule.*

Objectif 1. Respecter la prescription et les consignes postopératoires transmises

♉ Adéquation du programme de rééducation avec délais et consignes précisés par le
Chirurgien

Objectif 2. Définir les modalités de traitement en masso-kinésithérapie

♉ Réalisation du bilan et du diagnostic kinésithérapiques
♉ Identification du projet du patient et des objectifs thérapeutiques

Objectif 3. Mettre en oeuvre des techniques adaptées aux objectifs thérapeutiques

- Mobilisation manuelle précoce en vue de la restauration de la mobilité passive
- Apprentissage des automobilisations
- Restauration de la fonction musculaire et reprise des activités quotidiennes

Objectif 4. Évaluer la progression clinique

- Bilans successifs réalisés
- Utilisation d'échelles validées

Objectif 5. Informer le patient

- Présentation des gestes interdits et apprentissage des moyens de compenser les restrictions fonctionnelles liées à l'immobilisation ou à la protection de la réparation chirurgicale

Objectif 6. Communiquer avec l'équipe médicale

- Transmission des bilans-diagnostics à chaque consultation ou lors de transfert du patient vers une autre structure
- Contact avec le praticien prescripteur en cas de signe(s) évocateur(s) d'une évolution anormale

ANNEXE II

BILAN D'EPAULE

Nom-prénom : **Médecin :**
Date de naissance : **Chirurgien :**
Date de l'intervention : **Kinésithérapeute :**
Côté atteint : Côté dominant : 1er séjour ☐
Date d'entrée : Date de sortie : 2e séjour ☐

Pathologie :

Histoire de la maladie :

Nombre d'infiltrations pré-op. :
Souplesse pré-opératoire : EAA: EAP:
Rééducation pré-opératoire à visée articulaire : O N

Lésions :
Dégénératif ☐ Traumatique ☐ Trauma. sur terrain dégén. ☐ Rupture itérative ☐

Douleurs (description, EVA)
pré-opératoire (J-8) :
au début de la prise en charge :

Geste opératoire : à ciel ouvert ☐ réparation sous arthro. ☐ arthroscopie ☐ mini-open ☐

Antécédents :

Amplitudes de l'épaule contro-lat. : élévation : RE1 : RI :

Mode de vie : **Installation :** Echarpe ☐
Profession : Coussin Hauteville ☐
Sport et loisirs : Thoraco-brachial ☐
Aide à domicile : O N Anti-rotation ☐

Séjour : Piscine : O N Masque et tuba : O N Ceinture de plomb : O N
En hospitalisation complète : O N En hospitalisation de jour : O N

Projet du patient :

E5664

ELEVATION ANTERIEURE

à chaud: O
à froid: ●

150° à J +

J +																	
180																	
170																	
160																	
150																	
140																	
130																	
120																	
110																	
100																	
90																	
80																	
70																	
60																	
50																	
40																	
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16

ROTATION EXTERNE: RE1

90																	
80																	
70																	
60																	
50																	
40																	
30																	
20																	
10																	
0																	
-10																	
-20																	
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16

ROTATION INTERNE

D 4																	
D 7																	
D 10																	
lomb sup																	
lomb int																	
sacrum																	
fosse																	
trochanter																	
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16

EVALUATION GLOBALE DE LA DOULEUR DIURNE PAR SEMAINE (EVA)

J +																	
10																	
9																	
8																	
7																	
6																	
5																	
4																	
3																	
2																	
1																	
0																	
	Faire	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16

EVALUATION GLOBALE DE LA DOULEUR NOCTURNE PAR SEMAINE (EVA)

10																	
9																	
8																	
7																	
6																	
5																	
4																	
3																	
2																	
1																	
0																	
	Faire	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16

⊙ *douleur avec traitement antalgique* • *douleur sans traitement antalgique*

OBSERVATIONS HEBDOMADAIRES : évolution, pics douloureux, traitements antalgiques

Nombre de séances effectuées :

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE DASH- MEMBRE SUPERIEUR.

Développé par :

American Academy of Orthopedic Surgeons

Institute for Work and Health, Toronto

American Association for Hand Surgery

American Society for Surgery of The Hand

American Orthopaedic Society for Sports Medicine

American Shoulder and Elbow Surgeons

Arthroscopy Association of North America

American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons.

La date d'aujourd'hui : / /

Merci de compléter ce questionnaire !

Ce questionnaire va nous aider pour apprécier votre état de santé général et vos problèmes musculo-articulaires en particulier.

C'est à vous de remplir ce questionnaire. Ce n'est pas obligatoire, et les réponses resteront strictement confidentielles dans votre dossier médical.

Veuillez répondre à toutes les questions. Certaines se ressemblent, mais toutes sont différentes.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Si vous hésitez, donnez la réponse qui vous semble la plus adaptée. Vous pouvez faire des commentaires dans la marge. Nous lirons tous vos commentaires, aussi n'hésitez pas à en faire autant que vous le souhaitez.

Instructions

Ce questionnaire s'intéresse à ce que vous ressentez et à vos possibilités d'accomplir certaines activités. Veuillez répondre à toutes les questions en considérant vos possibilités au cours des 7 derniers jours. Si vous n'avez pas eu l'occasion de pratiquer certaines de ces activités au cours des 7 derniers jours, veuillez entourer la réponse qui vous semble la plus exacte si vous aviez dû faire cette tâche. Le côté n'a pas d'importance. Veuillez répondre en fonction du résultat final , sans tenir compte de la façon dont vous y arrivez.

Veuillez évaluer votre capacité à réaliser les activités suivantes au cours des 7 derniers jours.
(Entourez une seule réponse par ligne.)

		Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
37.	Dévisser un couvercle serré ou neuf	1	2	3	4	5
38.	Ecrire	1	2	3	4	5
39.	Tourner une clé dans une serrure	1	2	3	4	5
40.	Préparer un repas	1	2	3	4	5
41.	Ouvrir un portail ou une lourde porte en la poussant	1	2	3	4	5
42.	Placer un objet sur une étagère au-dessus de votre tête	1	2	3	4	5
43.	Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs)	1	2	3	4	5
44.	Jardiner, s'occuper des plantes (fleurs et arbustes)	1	2	3	4	5
45.	Faire un lit	1	2	3	4	5
46.	Porter des sacs de provisions ou une mallette	1	2	3	4	5
47.	Porter un objet lourd (supérieur à 5 Kg)	1	2	3	4	5
48.	Changer une ampoule en hauteur	1	2	3	4	5
49.	se laver ou se sécher les cheveux	1	2	3	4	5
50.	Se laver le dos	1	2	3	4	5
51.	Enfiler un pull-over	1	2	3	4	5
52.	Couper la nourriture avec un couteau	1	2	3	4	5
53.	Activités de loisir sans gros effort (jouer aux cartes, tricoter, etc.)	1	2	3	4	5
54.	Activités de loisir nécessitant une certaine force ou avec des chocs au niveau de l'épaule du bras ou de la main. (bricolage, tennis, golf, etc..)	1	2	3	4	5
55.	Activités de loisir nécessitant toute la liberté de mouvement (badminton, lancer de balle, pêche, Frisbee, etc.)	1	2	3	4	5
56.	Déplacements (transports)	1	2	3	4	5
57.	Vie sexuelle	1	2	3	4	5

58. **Pendant les 7 derniers jours**, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main a-t-elle gêné vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ? (entourez une seule réponse)

1 Pas du tout 2 légèrement 3 moyennement 4 beaucoup 5 extrêmement

59. Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles du fait (en raison, par) de problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main? (entourez une seule réponse)

1 Pas du tout limité 2 Légèrement limité 3 moyennement limité 4 Très limité 5 Incapable

Veuillez évaluer la sévérité des symptômes suivants **durant** **les 7 derniers jours.**
(entourez une réponse sur chacune des lignes)

		Aucune	légère	moyenne	importante	extrême
60.	**Douleur de l'épaule**, du bras ou de la main	1	2	3	4	5
61.	**Douleur de l'épaule**, du bras ou de la main en pratiquant **une activité particulière** Precisez cette activité :	1	2	3	4	5
62	Picotements ou **fourmillements douloureux de l'épaule, du bras** ou de la main	1	2	3	4	5
63.	**Faiblesse du bras**, de l'épaule ou de la main	1	2	3	4	5
64.	**Raideur du bras**, de l'épaule ou de la main	1	2	3	4	5

65. **Pendant les 7 derniers jours**, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourez une seule réponse)

1 pas du tout 2 un peu 3 moyennement 4 très perturbé 5 Insomnie complète

66. "Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause du problème de mon épaule, de mon bras, ou de ma main"

1 Pas d'accord du tout 2 Pas d'accord 3 ni d'accord ni pas d'accord 4 d'accord 5 tout à fait d'accord

58. **Pendant les 7 derniers jours**, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main a-t-elle gêné vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ? (entourez une seule réponse)

1 Pas du tout 2 légèrement 3 moyennement 4 beaucoup 5 extrêmement

59. **Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles du fait (en raison, par) de problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main?** (entourez une seule réponse)

1 Pas du tout limité 2 Légèrement limité 3 moyennement limité 4 Très limité 5 Incapable

Veuillez évaluer la sévérité des symptômes suivants **durant** **les 7 derniers jours.**
(entourez une réponse sur chacune des lignes)

		Aucune	légère	moyenne	importante	extrême
60.	**Douleur de l'épaule**, du bras ou de la main	1	2	3	4	5
61.	**Douleur de l'épaule**, du bras ou de la main en pratiquant **une activité particulière** Précisez cette **activité** :	1	2	3	4	5
62.	Picotements ou **fourmillements douloureux de l'épaule, du bras** ou de la main	1	2	3	4	5
63.	**Faiblesse du bras**, de l'épaule ou de la main	1	2	3	4	5
64.	**Raideur du bras, de** l'épaule ou de la main	1	2	3	4	5

65. **Pendant les 7 derniers jours**, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourez une seule réponse)

1 pas du tout 2 un peu 3 moyennement 4 très perturbé 5 Insomnie complète

66. "Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause du problème de mon épaule, de mon bras, ou de ma main"

1 Pas d'accord du tout 2 Pas d'accord 3 ni d'accord ni pas d'accord 4 d'accord 5 tout à fait d'accord

ANNEXE IV

HAS
LA AUTORITÉ DE SANTÉ

Score de Constant

D'après Constant CR, Murley AHG. *A clinical method of functional assessment of the shoulder.* Clin Orthop Relat Res 1987;(214):160-4. Traduction de M. Dougados, avec son aimable autorisation.

► Fiche de recueil des résultats

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Date :
Médecin traitant :
Médecin prescripteur :

	Date				Début	Milieu	Fin
Douleur (total sur 15 points)	A. Échelle verbale 0 = intolérable 5 = moyenne 10 = modérée 15 = aucune B. Échelle algométrique Soustraire le chiffre obtenu du nombre 15 0_____15 Absence de douleur — douleur sévère **Total** — **A + B / 2 (/15)**						
Niveau d'activités quotidiennes (total sur 10 points)	Activités professionnelles/ occupationnelles	travail impossible ou non repris		0 point			
		gêne importante		1 point			
		gêne moyenne		2 points			
		gêne modérée		3 points			
		aucune gêne		4 points			
	Activités de loisirs	impossible	0 point ;	gêne modérée	3 points		
		gêne importante	1 point ;	aucune gêne	4 points		
		gêne moyenne	2 points				
	Gêne dans le sommeil	douleurs insomniantes		0 point			
	exemple : aux changements de position	gêne modérée		1 point			
		aucune gêne		2 points			
Niveau de travail avec la main (total sur 10 points)	À quelle hauteur le patient peut-il utiliser sa main sans douleur et avec une force suffisante ?	taille	2 points ;	cou	6 points		
		xiphoïde	4 points ;	tête	8 points		
				au dessus de la tête	10 points		
Mobilité (total sur 40 points)	Antépulsion (total / 10)	0°-30°	0 point	91°-120°	6 points		
		31°-60°	2 points	121°-150°	8 points		
		61°-90°	4 points	>150°	10 points		
	Abduction (total / 10)	0°-30°	0 point	91°-120°	6 points		
		31°-60°	2 points	121°-150°	8 points		
		61°-90°	4 points	< 150°	10 points		
	Rotation latérale (total / 10)	main derrière la tête, coude en avant			2 points		
		main derrière la tête, coude en arrière			4 points		
		main sur la tête, coude en avant			6 points		
		main sur la tête, coude en arrière			8 points		
		élévation complète depuis le sommet de la tête			10 points		
	Rotation médiale (total / 10)	dos de la main niveau fesse			2 points		
		dos de la main niveau sacrum			4 points		
		dos de la main niveau L3			6 points		
		dos de la main niveau T12			8 points		
		dos de la main niveau T7-T8			10 points		
Force musculaire (total sur 25 points)	Abduction isométrique (élévation antéro-latérale de 90° dans le plan de l'omoplate)	si 90° n'est pas atteint en actif			0 point		
		si maintien de 5 s, par 500g			1 point		
Total (total sur 100 points)	Valeur absolue (en points/100)						
	Valeur pondérée (%)						

Tableau 1 : Valeur fonctionnelle normale de l'épaule selon l'indice de Constant en fonction de l'âge et du sexe.

Âge	Hommes			Femmes		
	Droit	Gauche	Moyenne	Droit	Gauche	Moyenne
21/30	97	99	98	98	96	97
31/40	97	90	93	90	91	90
41/50	86	96	92	85	78	80
51/60	94	87	90	75	71	73
61/70	83	83	83	70	61	70
71/80	78	73	75	71	64	69
81/90	70	61	66	65	64	64
91/100	60	54	56	58	50	52

ANNEXE V

Kinésithérapeute Adresse : Tél. : e-mail :	Patient droitier gaucher Nom : Profession : Prénom : Loisirs : Date de naissance :
Prescription médicale du.../.../... médecin prescripteur : Libellé :	
Traitement déjà effectué Nombres de séances effectuées à la date du ... / ... /... : ..... Moyens techniques mis en œuvre : individuel ; collectif ; balnéothérapie ; autres	Signes évoquant **une évolution inattendue** fièvre ; réapparition ou augmentation de la douleur ; réaction inflammatoire stagnation ou régression des amplitudes articulaires sidération ou paralysie de .... atteinte sensitive de .... instabilité articulaire ou prothétique

Évaluation	**Date bilan 1**	**Date bilan 2**	**Date bilan 3**	**Date bilan 4**
Douleur Intensité échelle validée : EVA ou .... Contrôlée par le traitement Autres données (topographie, horaire, facteurs déclenchants)	oui ; non	oui ; non	oui ; non	oui ; non
Fonction de la peau État cutané et cicatriciel				
Mobilité si autorisée passive : P active contre pesanteur : A élévation rotation latérale (RL1*) rotation médiale autres	P : NR* A : NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°	P : NR* A : NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°	P : NR* A : NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°	P : NR* A : NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°
Fonctions des muscles Contractilité de tous les muscles Tonicité (préciser localisation) hypotonie : H, contractures : C Endurance				
Fonction cardio-respiratoire (si reprise sportive ou professionnelle envisagée)				
Activités Questionnaire DASH Indépendant pour les AVQ* Troubles de l'équilibre, déplacement, Risques de chute (Tinetti ou Time Up and Go) Activités importantes pour le patient	oui ; non oui ; non	oui ; non oui ; non	oui ; non oui ; non	oui ; non oui ; non
Projet du patient (attentes, objectifs) :	**Diagnostic MK dont objectifs thérapeutiques**			
Projet thérapeutique à venir Arrêt de traitement : motif.... Poursuite de traitement proposé				
Conclusion				

	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16	45	46	47	48	49	50	51
1.a	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O
1.b	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
1.c	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
1.d	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
1.e	NT	NT	NT	NT	O	NT	NT	NT	NT	NT	NT	O	NT	NT	NT	NT	N	NT
2.a	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
2.b	N	O	N	O	N	N	O	N	N	O	N	O	N	N	N	N	O	N
2.c	O	O	N	O	N	N	N	N	O	N	O	N	N	O	N	O	O	O
2.d	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
2.e	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
3.a	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O	O
3.b	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	N	N
3.c	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O
3.d'	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O
3.d''	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O
3.d'''	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O
4.a	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
4.b	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
4.c	O	O	O	N	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
4.d	O	O	N	O	O	O	N	N	O	N	O	O	N	N	O	O	O	O
5	O	O	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6	O	O	N	O	N	O	O	N	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O
7	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O
8	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O

	52	53	54	55	56	57	58	59	62	65	70	72	73	74	75	76	78
1.a	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O
1.b	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
1.c	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O
1.d	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O
1.e	O	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	O	N	O	N	O	NT	NT	NT
2.a	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O
2.b	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	N	N	N	N	O	N	O
2.c	O	O	O	N	O	N	N	O	O	O	N	O	N	N	N	N	N
2.d	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	N	N	O	N	N	O	O
2.e	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O
3.a	N	O	O	N	O	O	O	O	O	O	N	N	O	N	O	N	O
3.b	N	O	O	N	O	N	O	O	N	O	O	N	N	N	O	O	O
3.c	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	N	O	O
3.d'	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
3.d"	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
3.d'''	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O
4.a	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	N	O	O	N
4.b	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O
4.c	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O
4.d	O	O	O	O	O	N	N	N	O	O	O	N	N	N	N	O	N
5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N
6	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N	N	O	N
7	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
8	O	O	O	N	O	N	O	N	O	O	N	N	N	N	O	N	N