



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

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

**DOULEUR REFEREE ET PRISE EN CHARGE
MASSO-KINESITHERAPIQUE :
ENQUETE AUPRES DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
LIBERAUX DU GRAND EST**

Mémoire présenté par **Pauline ADAM-BOINI**,
Étudiante en 4ème année de masso-kinésithérapie,
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

2015-2019



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), ADAM-BOINI Pauline.....

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 25 avril 2019.....

Signature

Résumé :

Au quotidien le masseur-kinésithérapeute est confronté à la douleur. Celle-ci peut avoir une origine locale ou distale. Dans ce dernier cas elle peut être référée. La douleur référée correspond à une souffrance en provenance d'un viscère. Elle est ressentie à distance de la lésion, dans une région possédant la même innervation. L'influx nociceptif est transmis au cortex, mais celui-ci peut mal l'interpréter, dû à une convergence des informations afférentes. Lors de la prise en charge d'un patient douloureux, dans quelle mesure les douleurs référées sont-elles maîtrisées et recherchées par les thérapeutes ? Pour y répondre un questionnaire a été élaboré et diffusé pour obtenir un état des lieux auprès des M.K. libéraux du Grand Est. Sur les 257 professionnels interrogés, 69 ont répondu. La population de répondants est composée de 52% de femmes avec une moyenne d'âge de 38,7 ans. 94.2% des M.K. connaissent ses notions. Suite à l'analyse des résultats, il ressort que l'âge du M.K., son nombre d'années d'exercice et d'expérience est ce qui influence majoritairement sa maîtrise.

Mots clés : Cartographie, douleur référée, réflexothérapie.

Abstract :

In everyday life, patients with pain confront the physiotherapist. This pain can have either a proximal or distal origin, which is known as referred pain. Referred pain corresponds to a viscera in the pain, which is felt at a distance from the lesion, within in a structure that has an identical innervation. The nociceptive impulse is transmitted to the cortex, but he can be misinterpreted, due to a convergence of afferent information. When treating a patient with severe pain, to what extent can physiotherapists master the knowledge and research with respect to the referred pain? To answer this, a questionnaire was created and diffused to obtain a global view of the independent physiotherapists from the Grand Est region. Out of the 257 physiotherapists interviewed, 69 replied. The population's study is composed of 52% women with an average age of 38,7 years. Approximately 94.2% of the physiotherapists surveyed are familiar with this type of pain. After analysing the results, we observed that the age of the PT and the number of years of exercise and experience are the main factors that influences a physiotherapist's mastery of this subject.

Key-words: Map, referred pain, projected pain, reflexotherapy.

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	1
1.1. Contextualisation.....	1
1.2. Physiologie, étiologie.....	1
1.2.1 Mécanisme de la douleur.	2
1.2.2 Les différents types de douleur.....	3
1.3. Quel intérêt de connaître les points de douleurs référées ?	5
2. MATERIEL ET METHODE	6
2.1. Méthode de recherche documentaire	6
2.2. Objectifs	6
2.3. Méthodologie.....	7
2.3.1 Elaboration du questionnaire	7
2.3.2 Population	8
2.3.3 Sélection de l'échantillon.....	8
2.3.4 Saisie des données	9
2.3.5 Présentation du questionnaire	9
3. RESULTATS	11
3.1. Caractéristiques des répondants	11
3.2. La formation des répondants	12
3.3. Connaissances des répondants.	13
3.4. Bilan : recherche des douleurs référées lors d'une prise en charge	15
3.5. Avis des M.K. sur la recherche des douleurs référées à l'heure de l'EBP.....	16
4. DISCUSSION	17
4.1. Représentativité de la population sondée	17
4.2. Biais de l'étude	17
4.3. Analyse des résultats	18
4.4. Comparaison des cartographies.....	23

4.4.1. Présentations des auteurs	23
4.4.2. Comparaison	24
4.5. Difficultés rencontrées lors de l'élaboration du mémoire	31
4.6. Critiques sur le questionnaire et propositions d'amélioration.	32
5. CONCLUSION	33

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Abréviations couramment utilisées:

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

M.K. : masseur-kinésithérapeute.

1. INTRODUCTION

1.1.Contextualisation

La douleur est un élément important dans la prise en charge masso-kinésithérapique. C'est elle qui, souvent, encourage une personne à consulter un médecin et donc à débiter une rééducation auprès d'un masseur-kinésithérapeute. En effet, d'après l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) la douleur serait à l'origine de près de deux tiers des consultations médicales [1].

Le thérapeute, qu'il soit salarié ou libéral, est également, au quotidien, confronté à la douleur dans sa pratique. La notion de douleur référée et de points douloureux est souvent répandue. Mais qu'en est-il vraiment des connaissances précises des M.K. ?

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des connaissances et de la maîtrise des notions relatives à la douleur référée. Nous chercherons à savoir l'intérêt porté à ces douleurs par les professionnels libéraux du Grand Est. Ont-ils ces notions ? Les emploient-ils dans leur pratique quotidienne ? Ces interrogations nous ont mené à formuler la question suivante : **Lors de la prise en charge d'un patient douloureux, dans quelle mesure les douleurs référées sont-elles maîtrisées et recherchées par les M.K.?**

Afin de répondre à cette question, une enquête nous a semblé être l'outil adapté. Cela permet d'analyser la situation et par la suite de discuter les résultats obtenus.

1.2. Physiologie, étiologie

Tout d'abord qu'est-ce qu'est la douleur ? Quels en sont les mécanismes ?

Pour rappel, l'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes* » [2].

La douleur est un phénomène complexe, subjectif car elle dépend de la perception et de l'histoire personnelle de l'individu. Elle est un mécanisme de protection servant à nous prévenir d'une blessure existante ou à venir.

1.2.1 Mécanisme de la douleur.

- Formation du message douloureux

Un stimulus nociceptif va activer des terminaisons libres de fibre sensitive. En fonction du type de stimulus l'information sera perçue par différents récepteurs :

- Les **récepteurs mécano-thermiques** reliés aux fibres A delta. Celles-ci sont faiblement myélinisées et conduisent rapidement l'information.
- Les **récepteurs polymodaux** reliés aux fibres C. Elles sont activées par des stimuli thermiques, mécaniques, chimiques et électriques. Ces fibres étant de plus petit calibre et non myélinisées elles transmettent plus lentement l'information.

Ce stimulus est ensuite transformé en potentiel de récepteur, c'est la transduction de l'information.

- Arrivée de l'information à la moelle épinière

Ensuite ce potentiel, par l'intermédiaire des fibres afférentes se trouvant dans les nerfs périphériques, rejoint les racines postérieures. Les fibres A delta et C se répartissent sur six segments dans la substance blanche dorso-latérale jusqu'aux couches superficielles de la corne dorsale. Quand le potentiel traverse ces différents segments il existe une perte de netteté de l'information nociceptive.

Plusieurs trajets sont possibles :

- vers le cerveau grâce aux neurones ascendants ;
- vers un autre étage de la moelle ;
- vers les motoneurones de la partie antérieure de la moelle pour déclencher une activité réflexe. Par exemple, les réflexes de protection.

Lorsque l'information se dirige vers le cortex, celle-ci va se transmettre par des fibres ascendantes croisant la ligne médiane. Cette information sera traitée par 3 structures la formation réticulée, le mésencéphale et le thalamus latéral [3].

1.2.2 Les différents types de douleur

Les douleurs peuvent être classées selon différentes catégories :

- la **douleur spontanée** :

Elle s'exprime en dehors de toute sollicitation extérieure. Elle est perçue lorsque la stimulation nociceptive atteint le seuil douloureux. La personne ressent la douleur car celle-ci atteint le cortex.

- la **douleur provoquée** :

Elle est perçue lorsque la sommation des stimulations nociceptives atteint le seuil douloureux. Elle est perçue à la palpation ou à la pression de l'examineur.

Ensuite, la douleur peut avoir pour origine une structure locale ou distale en souffrance, qu'elle soit spontanée ou provoquée.

- la **douleur d'origine locale** :

Dysfonction d'une structure entraînant une expression de la douleur dans le même territoire.

- la **douleur d'origine distante** :

La structure entraînant la douleur et le territoire où elle est perçue sont distincts. Cette douleur d'origine distante est dite projetée.

Mais celle-ci peut encore se diviser en deux catégories :

- soit **rapportée** :

Elle est entraînée par une lésion sur le trajet d'un nerf périphérique ou des branches de ce nerf. Elle va être perçue dans la zone innervée par ce même nerf. Elle peut être signe d'une irritation nerveuse.

- soit **référée** :

Elle est causée par un phénomène de convergence des informations afférentes nociceptives utilisant la même unité neurale. Elle peut avoir pour origine un élément viscéral ou somatique. Elle est ressentie à distance de la lésion, dans une région possédant la même innervation.

Pour appréhender le fonctionnement de la douleur référée, il faut prendre en compte l'organisation métamérique.

Le métamère est l'unité nerveuse de base. Il permet de comprendre et d'expliquer en partie les connexions existantes entre les structures anatomiques de ce segment spinal. Les métamères sont liés au développement embryologique. En effet, les éléments nerveux et les organes périphériques vont s'associer et conserver cet appariement au cours du développement. Cela aboutit à une organisation segmentaire cranio-caudale de plusieurs étages. Chaque étage, organisé autour d'un segment de moelle épinière, donne naissance à une paire de racines nerveuses qui va innervier toutes les structures du métamère [4].

Ces structures anatomiques qui composent le métamère sont :

- La peau ou le dermatome ;
- Le muscle ou le myotome ;
- Les éléments ostéo-articulaires ou le sclérotome ;
- Les vaisseaux ou l'angiotome ;
- Les viscères ou le viscérotome.

Le métamère regroupe donc plusieurs éléments anatomiques qui vont avoir une innervation convergente vers le même segment spinal. Ainsi un viscère va avoir des nerfs afférents vers une même unité neurale qu'un autre élément du métamère. Cela peut aboutir à ce que les informations reçues au niveau des centres supérieurs et du cortex soient perçues comme provenant d'un élément somatique. Une douleur d'origine viscérale peut donc apparaître dans des structures somatiques appartenant au même métamère.

C'est sur ce principe d'organisation métamérique que repose le concept de réflexothérapie développée par J.BOSSY. Il déclarait que « *le principe général de l'organisation réflexe permet de comprendre qu'une stimulation à l'intérieur de l'organisme peut déterminer un signe dans n'importe quelle autre partie en liaison par un circuit nerveux avec le territoire de stimulation, et qu'inversement une stimulation thérapeutique dans un territoire précis pourra agir sur tous les territoires reliés par des circuits nerveux* » [5].

1.3. Quel intérêt de connaître les points de douleurs référées ?

Lors du bilan, le patient indiquera la localisation de sa douleur et ses modalités. Le M.K. se concentrera d'abord sur des structures en regard de cette douleur. Mais, il est important que lors de la prise en soin, le M.K. ne néglige pas la globalité du patient. Puisqu'une structure peut avoir des manifestations et des conséquences à distance.

Le professionnel suite à son bilan va établir un plan de traitement en fonction des déficiences et des besoins que présente le patient. C'est pour cela que les connaissances sur les différents types de douleur sont importantes. Le M.K. à l'aide de ces notions peut alors étudier toutes les hypothèses.

Reconnaitre le type exact de douleur permet de pouvoir y répondre par un traitement adapté. Au besoin le M.K. pourra réorienter le patient vers un médecin suite à son bilan.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Méthode de recherche documentaire

Préalablement à la réalisation du questionnaire, nous avons réalisé des recherches grâce à plusieurs bases de données, PubMed, Pedro, EMConsult et le moteur de recherche Google. La mise en place du questionnaire a aussi nécessité de consulter le site de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [6] et des Pages jaunes [7].

Tout d'abord les recherches se sont portées sur les différents types de douleurs existants. Le but était d'identifier précisément les douleurs qui nous intéressaient, c'est-à-dire les douleurs référées. Les recherches se sont poursuivies sur les mécanismes des douleurs et les différentes cartographies les recensant.

Pour ces recherches les mots clés anglais suivant ont été utilisés : « referred pain », « projected pain », « reflexotherapy », « map » et les mots clés français « douleur référée », « cartographie ». Ces mots clés ont été combinés lors de nos recherches avec l'opérateur booléen « *and* ».

D'autres recherches ensuite ont été faites pour obtenir des informations sur la réalisation d'un questionnaire, le type de questions à utiliser.

Après ces recherches préparatoires, la lecture des articles et entretiens avec des masseurs-kinésithérapeutes, nous avons réalisé notre questionnaire.

2.2. Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire est d'évaluer l'intérêt porté, actuellement, aux douleurs référées par les M.K. libéraux. Le questionnaire permettra d'évaluer si les thérapeutes ont ces notions et à quel moment de leur formation ils les ont acquises. Cela permettra de savoir s'ils les appliquent dans leur pratique quotidienne. Enfin, cette enquête permettra de recueillir l'avis des professionnels sur le sujet.

Dans un second temps, par l'intermédiaire des réponses au questionnaire, une comparaison de cartographies de douleurs référées les plus connues sera réalisée. Elle aura pour but de savoir s'il existe une superposition des points. Cette comparaison ayant pour but d'obtenir une simplification de leur recherche.

2.3. Méthodologie

2.3.1 Elaboration du questionnaire

Nous nous sommes dirigés vers la mise en place d'un questionnaire Google form. Ce choix fut motivé car ce type de questionnaire est un outil simple d'utilisation, il permet de rassembler et d'organiser les réponses par la suite. Il permet également de réaliser un questionnaire anonyme, ce qui permet au MK de répondre librement.

Notre questionnaire se compose en majorité de questions binaires et de quelques questions à choix multiples. Cela a pour objectif de limiter le temps de réponse. Néanmoins celles-ci sont parfois complétées avec le choix « autre » ou avec des questions ouvertes pour permettre au répondant une plus grande liberté.

La première partie du questionnaire est commune à tous. Elle permet de caractériser le répondant par son âge, son genre, par exemple. Les questions suivantes, quant à elles, s'adaptent en fonction des réponses précédemment fournies. Par exemple « Connaissez-vous les douleurs référées ? oui / non » renverra le répondant vers une section différente en fonction de la réponse. Ces questions rendent le questionnaire plus ciblé et évite une perte de temps aux professionnels et donc minimise le risque que le répondant ne termine pas le questionnaire.

Ensuite pour vérifier la faisabilité du questionnaire, il a été testé sur 10 personnes. Parmi elles, nous trouvons 6 thérapeutes et 4 personnes sans aucun rapport avec le domaine médical. Ce test a permis d'obtenir l'opinion de professionnels sur les questions proposées. Les personnes ont également évalué la compréhension du questionnaire, le temps nécessaire pour y répondre et tout autre élément à améliorer avant sa diffusion à plus grande échelle.

2.3.2 Population

La population choisie pour ce mémoire est composée de masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans le Grand Est. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu lors de la création de l'échantillon.

Pour constituer notre échantillon nous avons eu recours au document de travail de la DREES sur les professions de santé publié au 1 janvier 2017. Grâce à celui-ci nous avons obtenu le nombre de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral dans le Grand Est, soit 5133 kinésithérapeutes. Pour avoir un échantillon assez grand et représentatif, nous avons sélectionné 5% des M.K. libéraux de chaque département du Grand Est. Le calcul de ces 5% étant équivalent à 257 thérapeutes.

2.3.3 Sélection de l'échantillon

Pour composer l'échantillon le site des Pages Jaunes [7] a été utilisé. Dans la barre de recherche du site, nous avons rentré le terme « masseurs-kinésithérapeutes » suivi du nom d'un département. Grâce à cette recherche nous avons obtenu une liste de professionnels.

Le site des Pages Jaunes affiche 20 réponses par page. Nous avons sélectionné le 5^{ème} des 20 noms de la première page, puis répété cela à chaque page de réponses jusqu'à l'obtention du nombre désiré de M.K. par département.

Si la dernière page ne comptait pas 5 noms, nous retournions à la première page de recherche. Puis nous prenions le 10^{ème} nom des 20 affichés pour compléter notre liste. Nous recommençons sur les pages suivantes jusqu'à obtenir le nombre nécessaire. Dans le cas où nous arrivions à la dernière page sans avoir le nombre souhaité de M.K, la méthode précédente était appliquée.

La liste de ces professionnels a été répertoriée dans un tableau Excel, comportant leurs noms et numéros de téléphone.

2.3.4 Saisie des données

Les M.K. ont été contactés par appel téléphonique. L'appel permettait de présenter rapidement l'enquête au M.K. et de lui demander son adresse électronique. Si le MK nous donnait son adresse, un mail lui était immédiatement envoyé pour lui transmettre le lien du questionnaire. Si le M.K. ne répondait pas, il était recontacté une deuxième fois. En cas de non réponse le M.K. était considéré comme non répondant.

Les appels ont été réalisés du 7 novembre 2018 au 23 novembre 2018. Le 5 décembre 2018 un mail de remerciement et de relance a été envoyé. Le questionnaire a été clôturé le 14 décembre 2018.

2.3.5 Présentation du questionnaire

Le questionnaire complet est en **ANNEXE I**.

Notre enquête se compose de trois grandes parties. Après une brève présentation du mémoire, le répondant doit renseigner quelques informations personnelles. Cette première partie comprend:

- le genre ;
- l'âge ;
- la profession, pour savoir si le M.K. est également ostéopathe, ce qui pourrait influencer ses réponses ;
- le département d'exercice ;
- l'année d'obtention du diplôme d'état ;
- le pays d'obtention du diplôme ;
- l'IFMK où le répondant a suivi sa formation initiale, si celui-ci a obtenu son diplôme d'état en France.

Suite à cette partie administrative, l'enquête se poursuit avec des questions sur les douleurs référées. Si le répondant connaît ces douleurs, il doit alors préciser quelle(s) cartographie(s) il maîtrise, à quel moment il a obtenu ces notions. Il doit ensuite préciser s'il a suivi des formations et quelle a/ont été sa/ses motivation(s).

Si le répondant n'a pas de connaissance sur les douleurs référées le questionnaire se termine là.

La dernière partie s'intéresse à la place des douleurs référées lors de la prise en charge masso-kinésithérapeutique. Le but est de savoir :

- si les M.K. lors de leurs bilans recherchent les points de douleurs référées ;
- si cette recherche est chronophage ;
- si cela apporte un bénéfice selon eux ;
- quelle est leur opinion sur la place de cette recherche à l'heure de la pratique basée sur les preuves.

Enfin, les M.K. sont remerciés pour avoir consacré du temps pour répondre à l'enquête.

3. RESULTATS

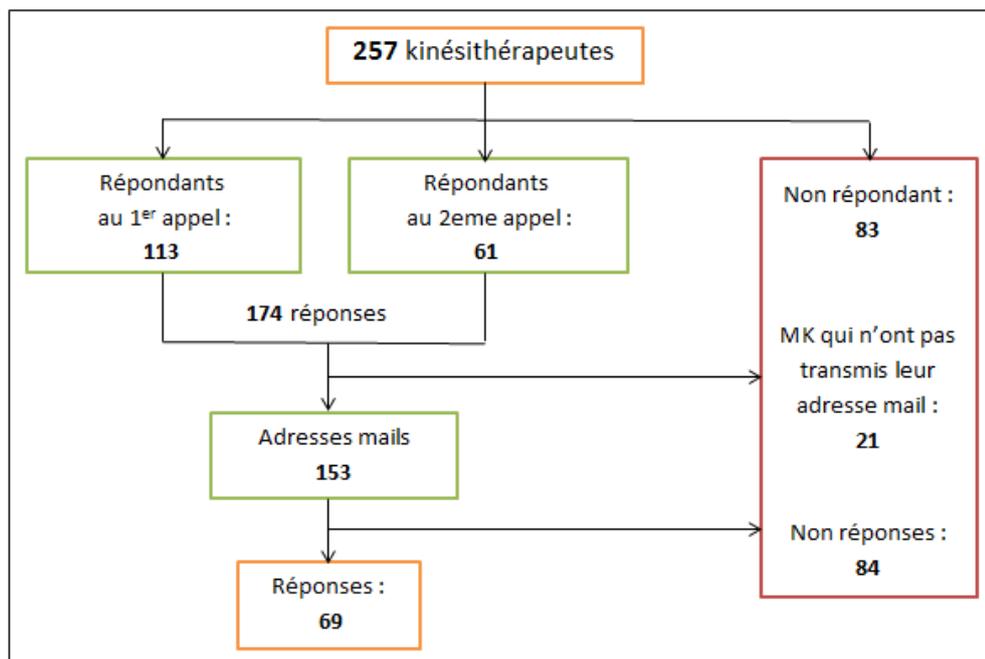


Figure n°1: Diagramme représentant l'évolution de la population sondée lors de l'enquête.

Sur les 257 professionnels initialement contactés, 174 nous ont répondu (soit 33% de la population initiale) et 153 nous ont transmis leur adresse mail (29%). 21 M.K. ne nous ont pas transmis leur adresse, ils n'en avaient pas ou nous ont expliqué ne pas avoir le temps pour répondre à notre enquête. Finalement, le questionnaire a obtenu 69 réponses, soit 26.85% de notre échantillon initial.

3.1. Caractéristiques des répondants

Notre échantillon est composé de 52% de femmes (36/69). La moyenne d'âge est de 38.7 ans, avec un écart type 11.5 ans. L'âge de cette population s'étend de 24 à 62 ans.

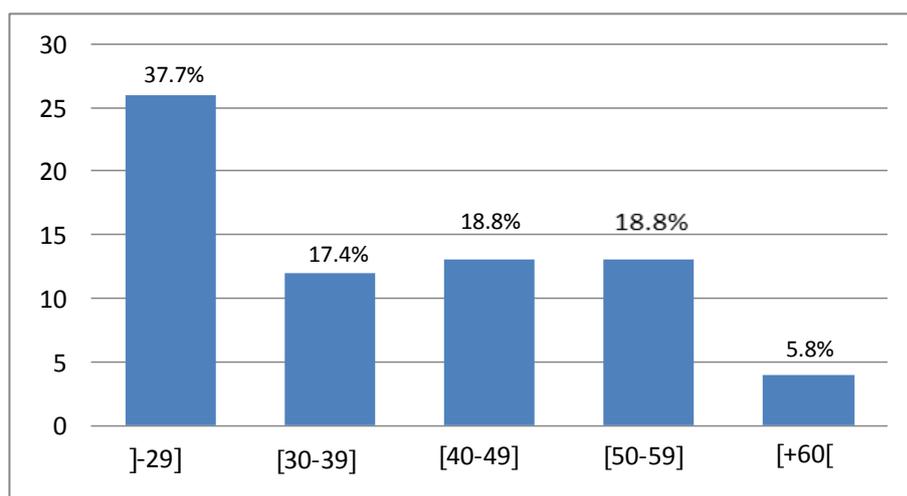


Figure n°2: Répartition du nombre de répondant par catégorie d'âge.

La catégorie d'âge la plus représentée est celle des moins de 29 ans, représentant 37.7% de notre population. Ensuite les catégories [40-49 ans] et [50-59 ans] correspondent chacune à 18.8% des répondants. La catégorie des [30-39 ans] constituant 17.4% de la population et enfin les plus de 60 ans pour 5.8%.

3.2.La formation des répondants

En ce qui concerne la formation des répondants, tous les M.K. libéraux qui ont répondu au questionnaire ont obtenu leur diplôme en France.

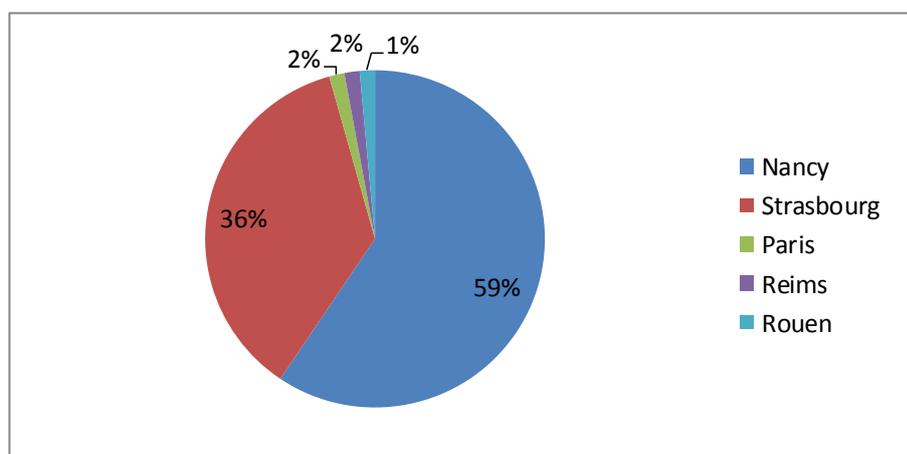


Figure n°3: Répartition des répondants par IFMK.

Parmi les 69 répondants, 41 M.K., soit la majorité, ont suivi leurs études à l'IFMK de Nancy. Ensuite vient l'IFMK de Strasbourg avec 25 M.K., puis l'IFMK de Reims avec 1 M.K., l'IFMK de Rouen avec 1M.K. et 1M.K. dans un des IFMK de Paris. Les M.K. exerçant dans le Grand Est interrogés ont donc à 95% suivi leurs études dans la région.

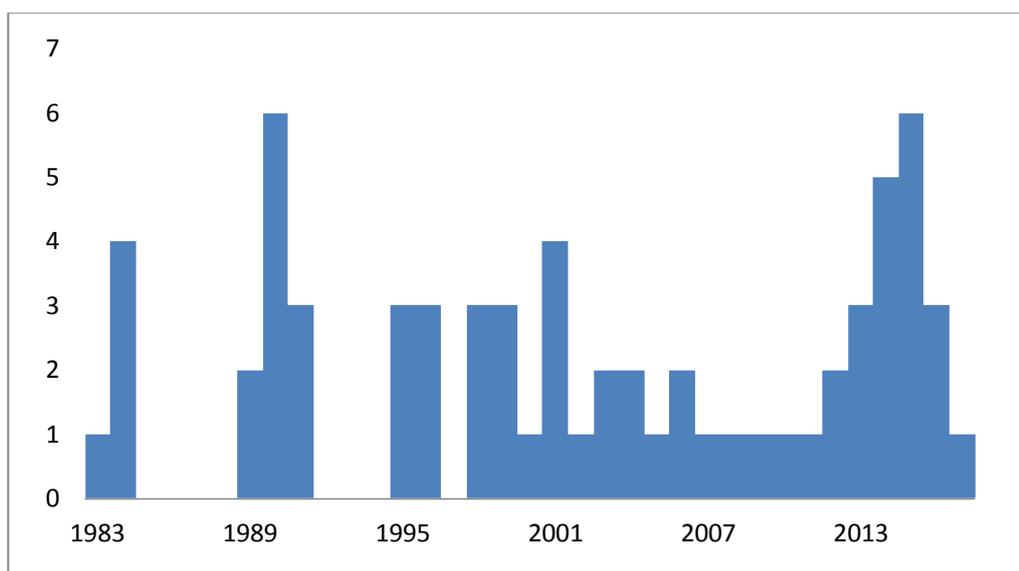


Figure n°4: Répartition des répondants en fonction de leur année d'obtention de DE.

Autour de l'année 2015, existe un pic dans la répartition, ce qui correspond, en grande partie, à la catégorie d'âge des moins de 29 ans. De 1998 à 2017, toutes les années d'obtention sont représentées. À l'inverse entre l'année 1985 et 1994 certaines années ne sont pas présentes.

17.4% ont également une formation en ostéopathie en plus de leur diplôme de kinésithérapeute, soit 12 personnes.

3.3. Connaissances des répondants.

Parmi les 69 répondants au questionnaire, 65 connaissent les douleurs référées, soit 94.2%, ce qui est un pourcentage conséquent.

Parmi ces 65 thérapeutes, 36 (52,2%) connaissent la cartographie de TEIRICH-LEUBE (annexe n°4), 20 (28,9%) connaissent la cartographie de CHAPMAN (annexe n°3), 13 (18,8%) connaissent les Zones de HEAD (annexe n°2), 13 (18,8%) connaissent des dermalgies réflexes de JARRICOT (annexe n°5), et 22 (31,9%) ne connaissent aucune cartographie.

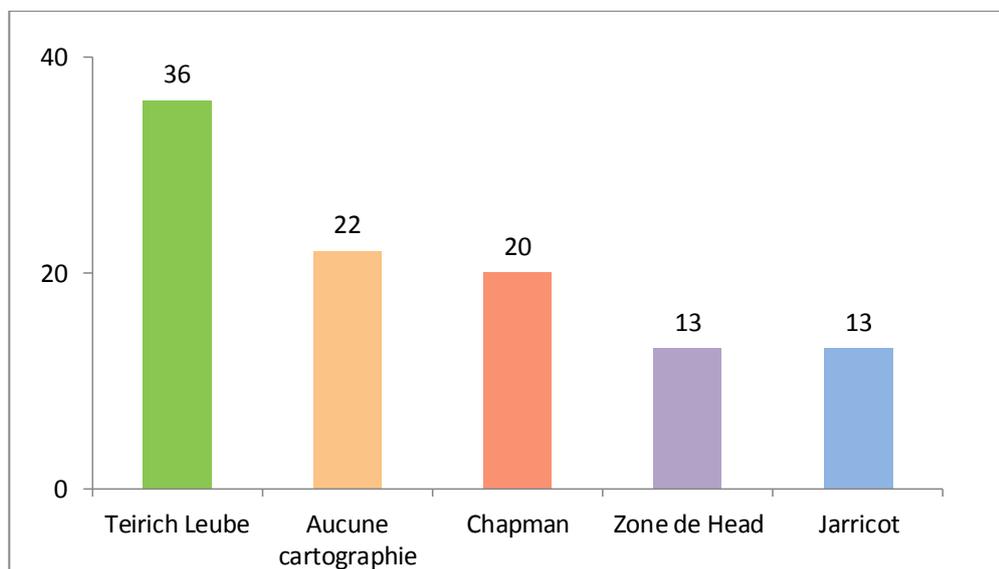


Figure n°5 : Nombre de répondant en fonction des cartographies connues.

Toujours parmi ces 65 M.K. qui connaissent les douleurs référées, 53 (76,8%) ont acquis ces connaissances lors de leur formation initiale et 35 (50,7%) ont suivi une formation après l'obtention de leur diplôme d'état. Les M.K. ont obtenu leurs connaissances majoritairement lors de leurs études. 24 personnes qui ont obtenu ces connaissances lors de leur formation initiale les ont complétées lors d'une ou plusieurs formations.

Les professionnels ayant suivi des formations ont été motivés principalement par une envie personnelle de se former sur ce sujet (46,4%) et par la perception d'une insuffisance de connaissances et de maîtrise du sujet (44,9%). De façon minime ce choix de formation a été influencé par les recommandations d'un collègue (5,6%). La démarche de formation est donc une décision essentiellement personnelle.

Parmi les 65 M.K. connaissant les douleurs référées, 2 ne les maîtrisent pas, évoquant le fait que celles-ci n'ont pas été abordées dans leur formation initiale.

3.4. Bilan : recherche des douleurs référées lors d'une prise en charge

Lors de la prise en charge d'un patient algique, 52 M.K. affirment rechercher les points de douleurs référées, soit 80% des kinésithérapeutes connaissant ces points.

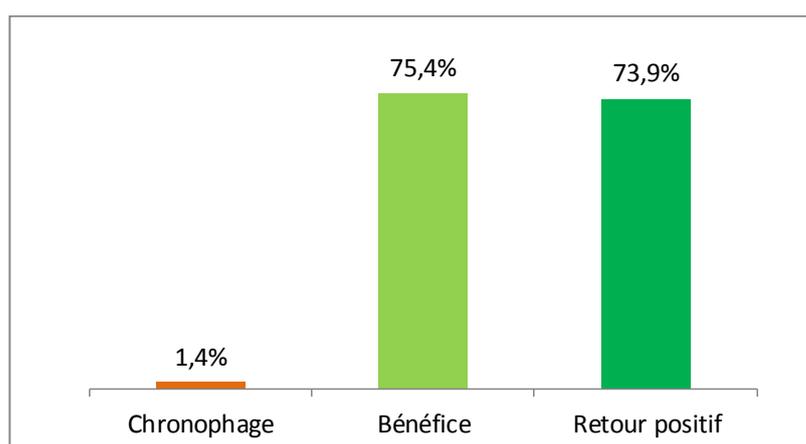


Figure n°6: Avis des M.K. sur la recherche des douleurs référées lors de leur bilan.

Pour 98,6 % de ces thérapeutes cette recherche n'est pas chronophage lors de la prise en charge. Elle apporterait un bénéfice pour 75,4% de ces M.K. et ils déclarent obtenir un retour positif à 73,9%.

Les 20% de M.K. ne recherchant pas ces points ne le font pas car ce n'est pas applicable aux patients qu'ils prennent en charge pour 61,5%. Les 38,5% restants n'ont majoritairement pas expliqué leurs raisons. Quelques-uns ont expliqué ne pas y penser ou ne pas avoir assez d'expérience pour faire cette recherche lors de leur bilan.

3.5. Avis des M.K. sur la recherche des douleurs référées à l'heure de l'EBP

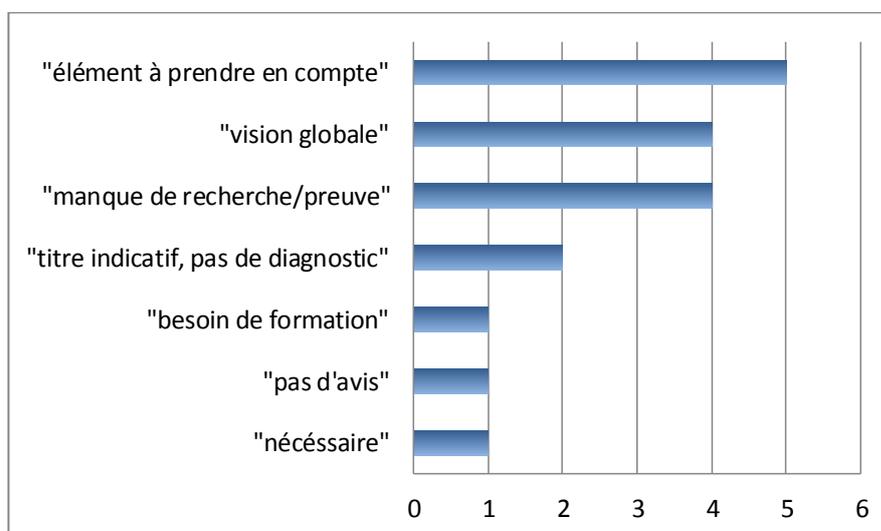


Figure n°7: Avis des M.K. sur la recherche des douleurs référées par rapport à la notion d'EBP.

La question posée au professionnel était « Quel est votre avis sur la recherche des douleurs référées à l'heure de la pratique basée sur les preuves (EBP). A-t-elle sa place dans la pratique kinésithérapique ? ».

Il en ressort l'idée que les douleurs référées font partie des éléments à prendre en compte lors d'une prise en charge d'un patient algique (33.3%), qu'elles sont à rechercher car le M.K. doit avoir une vision globale du patient (27.8%). Pour 11% des M.K. il est important de noter que les points de douleurs trouvés sont à titre indicatif, qu'ils ne permettent en aucun cas au M.K. de poser un diagnostic. Enfin pour 5.6% des M.K. la recherche des points nécessite une formation pour pouvoir mettre en application ces notions. Ils déclarent également qu'il y a un manque de recherche sur le sujet et de preuves scientifiques pour 27.8%.

Il est à noter que cette question étant non obligatoire, une grande partie des répondants n'y a pas répondu. Seules 18 personnes ont répondu. Le choix de rendre cette question non obligatoire fut motivé par le fait qu'une question ouverte risquait de dissuader des M.K. de terminer le questionnaire.

4. DISCUSSION

4.1. Représentativité de la population sondée

D'après les statistiques de la DREES, les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral dans le Grand Est sont à 50.3% des femmes, avec une moyenne d'âge de 40,6 ans. La classe d'âge [moins de 29ans] étant la plus représentée, comptabilisant 34.2% des M.K..

Dans notre étude, notre population est à 52,2% composée de femmes, avec une moyenne d'âge de 38.7 ans. La classe d'âge [moins de 29ans] étant la plus représentée, comptabilisant 37.7% des M.K..

Notre population est donc semblable à la population de masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand Est.

En revanche nos résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population de masseurs-kinésithérapeutes libéraux de France métropolitaine. Notre population diffère au niveau du ratio homme/femme. Au niveau national la population compte plus d'hommes que de femmes (46.3% de femme), dans notre enquête c'est l'inverse. Dans la répartition des classes d'âge-au niveau national c'est la catégorie [30-39ans] qui est la plus représentée ce qui n'est pas notre cas.

4.2. Biais de l'étude

Tout d'abord notre population de répondants correspond à la population des M.K. libéraux du Grand Est, comparativement aux chiffres de la DRESS. Malgré cela, les réponses sont celles de M.K. intéressés par le sujet. Le questionnaire était destiné à tous les M.K., qu'ils aient des connaissances ou non, mais dans les faits ce sont plutôt des professionnels possédant des notions sur les douleurs référées qui ont pris le temps de répondre.

Suite à la constitution de la liste des professionnels, nous les avons contactés par appel téléphonique. Il est arrivé que le numéro soit celui d'un cabinet de groupe, avec parfois une adresse mail commune aux différents M.K. de ce cabinet. Il est donc possible que plusieurs M.K. aient répondu au questionnaire, alors que notre protocole en demandait un seul. Cela reste une supposition car notre enquête étant anonyme nous n'avons pu vérifier.

4.3. Analyse des résultats

- **Q2** : quel est votre âge ?

En ce qui concerne la répartition des âges, la catégorie des plus de 60 ans est incomplète. En effet, celle-ci ne compte que des thérapeutes âgés de 60 à 62 ans. Les autres catégories étant réparties sur une plage d'âge plus importante.

- **Q7** : Connaissez-vous les douleurs référées ?

Nous notons que les douleurs référées sont connues par un plus grand nombre de M.K. libéraux de façon globalement croissante avec l'âge. Les [30-39 ans] comptabilisent 84% pour aller jusqu'à 100% pour les [+60 ans]. On peut supposer qu'avec plus d'années d'expérience les M.K. ont eu l'occasion d'acquérir ces connaissances ou que ces notions étaient plus présentes dans la formation initiale.

- **Q8** : Maîtrisez-vous une de ces cartographies de douleur référée ? (choix multiple)

Il ressort que c'est la cartographie de Teirich-Leube qui est majoritairement maîtrisée, à 52% pour rappel. Mais cela varie en fonction des catégories d'âge. Cette cartographie est surtout représentative pour les catégories [30-39 ans] et [40-49 ans] qui la maîtrisent à 90.9% et 69.2% respectivement. En ce qui concerne les catégories [50-59 ans] et [+60 ans] c'est la cartographie de CHAPMAN qui est la plus maîtrisée. En revanche les moins de 29 ans ne maîtrisent que très peu les cartographies, 69% n'en connaissent aucune.

Le fait que la cartographie de TEIRICH-LEUBE soit la plus connue peut être dû au fait qu'elle est plus récente comparativement aux autres. Ou bien encore que cette cartographie, faisant partie de techniques protocolisées, est plus souvent enseignée. De même, peu de formations donnant les cartographies plus anciennes sont présentées.

Nous pouvons nous demander également si cela est dû à un changement du contenu des cours dans les IFMK. Ou encore si ces M.K. n'ont pas suivi de formation où ils auraient pu découvrir une cartographie.

- **Q9 :** Vous avez acquis cette maîtrise lors de : formation initiale, formations ?

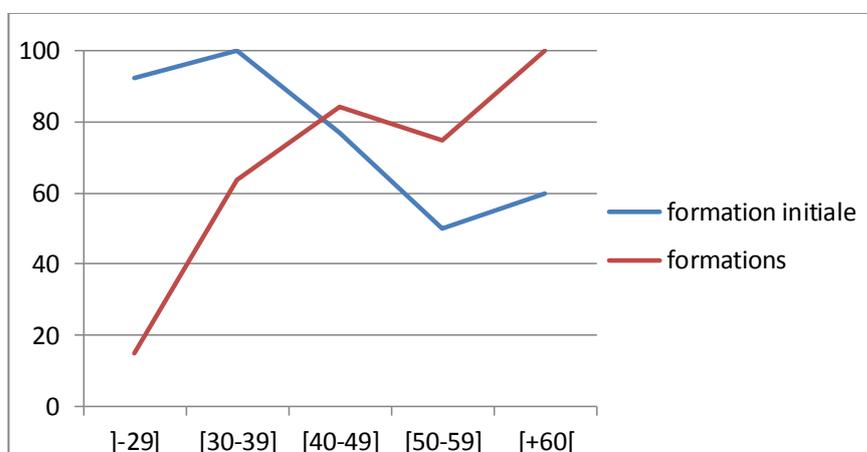


Figure n°8 : Evolution du pourcentage de répondants ayant des connaissances sur le sujet en fonction de la catégorie d'âge.

Concernant l'acquisition des connaissances, on constate qu'elle s'est faite plutôt lors de la formation initiale chez les plus jeunes M.K.. Alors qu'à l'inverse, chez les professionnels les plus expérimentés l'obtention des connaissances est moins présente dans la formation initiale. Il est envisageable que ceux-ci ne se souviennent plus précisément du contenu de leurs études.

En ce qui concerne les formations après le DE, les pourcentages sont intervertis. Les M.K. qui ont suivi le plus de formations sont ceux des catégories d'âges les plus avancées. Cela peut s'expliquer par le fait que plus le professionnel a d'années d'expérience, plus celui-ci a pu se former et suivre des formations pour enrichir ses connaissances.

- **Q10**: Si vous vous êtes formé après votre DE, qu'est-ce qui a motivé cette formation (choix multiples).

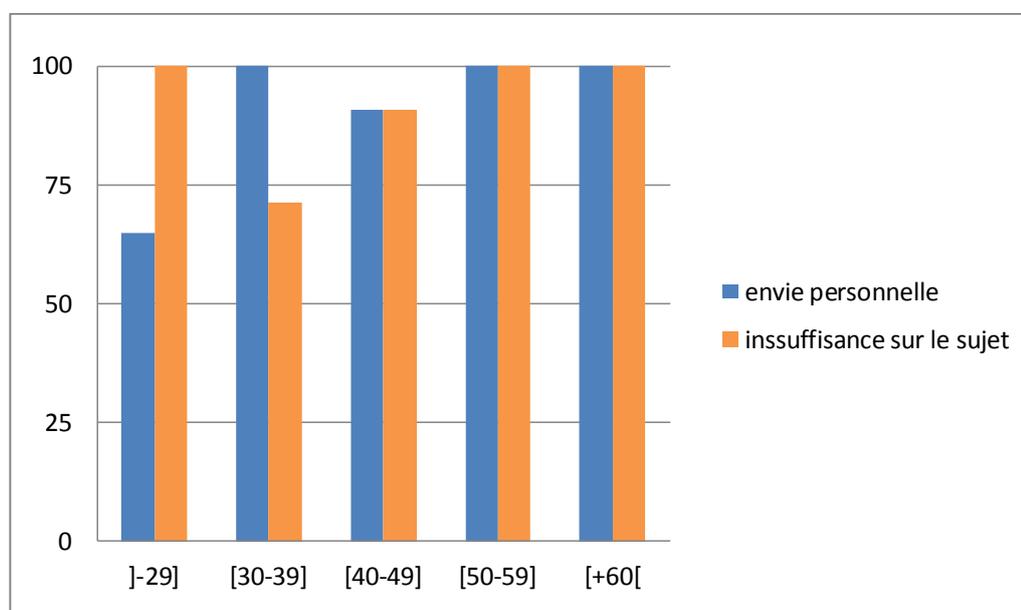


Figure n°9 : Pourcentage de répondants par motif de formation en fonction de l'âge.

Il ressort que l'envie personnelle et l'insuffisance sur le sujet sont ce qui motive le professionnel à se former. Cela est valable de façon équivalente pour les répondants à partir de 40 ans.

En revanche pour les deux premières catégories cela est différent. Les moins de 29 ans suivent davantage une formation car ils ressentent une insuffisance sur le sujet. Alors que pour les 30-39 ans c'est l'inverse, ils se forment, motivés par une envie personnelle d'acquérir des connaissances supplémentaires, ou d'approfondir celles maîtrisées.

- **Q12 :** Lors d'un bilan d'un patient douloureux recherchez-vous des points réflexes (signe de douleur référée).

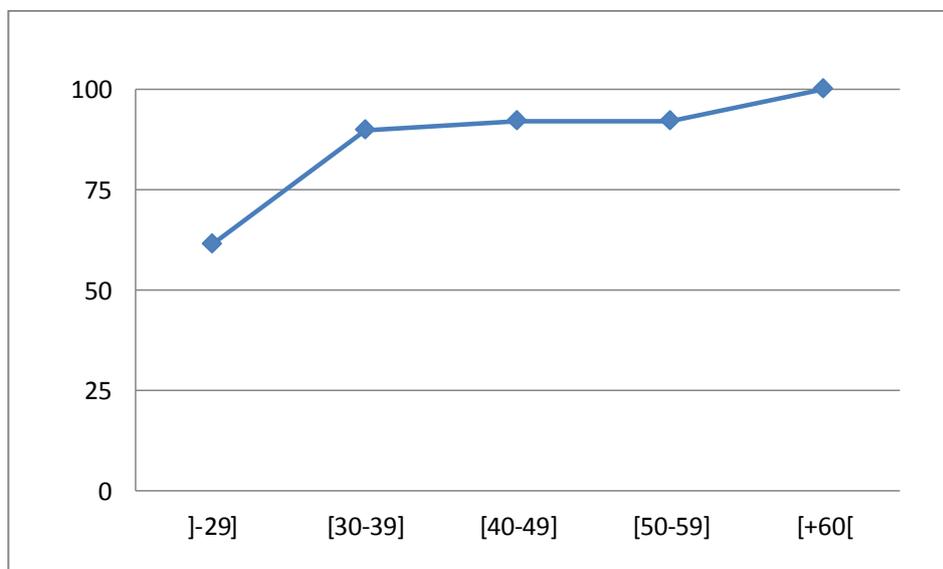


Figure n°10 : Pourcentage de répondants recherchant des points réflexes en fonction de l'âge.

En ce qui concerne la recherche des points réflexes lors d'un bilan, elle augmente avec les catégories d'âge croissantes.

Les professionnels ayant suivi une formation sur ce thème recherchent à 100% les douleurs référées contre 75% pour ceux qui ont acquis ces notions lors de leur formation initiale. Cela est en accord avec les précédents résultats qui montraient que :

- les catégories d'âges avancées avaient suivi plus de formations ;
- les plus jeunes M.K. ne maîtrisent que très peu les cartographies.

Il est possible d'émettre l'hypothèse que le thérapeute pour réaliser la recherche des points réflexes a besoin d'avoir suivi une formation et donc de maîtriser une ou des cartographies. Ces conclusions étant cohérentes.

- **Q13 / 14 / 15** : [Lors du bilan vous recherchez les points réflexes] est-ce chronophage ? Cette recherche apporte-t-elle un bénéfice ? Avez-vous un retour positif de la part de vos patients ?

L'avis des thérapeutes, basé sur ces 3 éléments, est très positif par rapport à la recherche des douleurs référées. Elle n'entraînerait pas un bilan beaucoup plus long, comme le confirment les réponses à la question 16. En effet, les professionnels ne recherchant pas les douleurs référées ne répondent jamais que cela est dû à un manque de temps.

- **Q16** : Vous ne recherchez pas ces points car (choix multiples)

Les M.K. répondent que la recherche des points n'est pas applicable aux patients qu'ils prennent en charge à 61%. Pour 22%, ils ne font pas cette recherche en première intention. Peut-être préfèrent-ils la faire lorsque leur prise en charge ne progresse plus.

Concernant les autres professionnels, 17% expliquent ne pouvoir les rechercher car ils ne maîtrisent pas assez ces notions. Ceux-ci faisant également partie pour $\frac{3}{4}$ des moins de 29 ans. Ils ont donc moins d'expérience et de formations suivies pour se sentir capable de ce bilan de douleur.

Suite à l'analyse de ce questionnaire nous pouvons exprimer plusieurs hypothèses.

L'âge du M.K., le nombre d'années d'exercice et d'expérience sont les éléments qui influencent le plus les connaissances et la maîtrise des douleurs référées. Les plus jeunes diplômés ont acquis ces notions lors de leur formation initiale, ils connaissent les douleurs référées mais ne maîtrisent pas de cartographie. La recherche des formations sur ce thème montre qu'il est conseillé, voire obligatoire, d'être diplômé depuis plusieurs années. Cela est expliqué par le fait qu'il faut de l'expérience clinique, des mains « entraînées » pour pouvoir mettre en application ces notions.

Nous pouvons nous demander quel fut le contenu abordé lors de la formation initiale. Une introduction à ces notions ? Des travaux pratiques pour les mettre en application ?

Inversement les M.K. plus âgés et intéressés par le sujet ont suivi une ou des formations pour maîtriser ces notions. De ce fait, lors de leur prise en charge, ils ont la possibilité de rechercher d'éventuelles douleurs référées.

4.4. Comparaison des cartographies

4.4.1. Présentations des auteurs

- **Henry HEAD**

Henry HEAD était un neurologue anglais. Il s'est intéressé à la douleur, en particulier aux douleurs référées. Cela l'a mené à réaliser sa thèse sur ce thème en 1893.

Au cours de sa thèse il a observé que la douleur était souvent associée à une sensibilité cutanée. Cette sensibilité ne se limitait pas à un point mais à une zone cutanée bien précise [8]. Suite à ses recherches il conclut que des zones du derme étaient sensibles quand un organe était en souffrance, s'il possédait une innervation commune. La cartographie des zones de Head en est le résultat (ANNEXE II).

- **Franck CHAPMAN**

Franck CHAPMAN était un ostéopathe. Il a observé qu'une association de points étaient présents lorsqu'il existait une pathologie touchant un organe. Cette même association se retrouvait réciproquement. Lorsqu'il y avait une pathologie touchant un viscère il trouvait la même combinaison de points. Il constata que si le flux lymphatique d'un ganglion diminuait, il y avait apparition d'induration au niveau de la peau. Quand ce point est traité, apparaît une réaction au niveau de viscères du même métamère.

Secondairement à un dysfonctionnement viscéral, un point réflexe lymphatique se forme au niveau des fascias [9]. Ces points se trouvent entre les espaces intercostaux pour ceux antérieurs. Pour les points postérieurs, ils se situent le long de la colonne vertébrale, entre les processus épineux et les processus transverses (ANNEXE III).

- **Hede TEIRICH-LEUBE**

Hede TEIRICH-LEUBE était médecin et physiothérapeute allemande. Elle a travaillé en collaboration avec Elisabeth DICKE et Vorwort von KOHLRAUSCH. Ils ont développé la méthode du massage du tissu conjonctif, avec chacun leurs spécificités [10].

Ces recherches l'ont menée à une cartographie du tissu conjonctif où est recensés viscères et troubles pouvant toucher ceux-ci (ANNEXE IV).

- **Henry JARRICOT**

Henry JARRICOT était un médecin homéopathe français. Il s'est intéressé à l'acupuncture et l'auriculothérapie entre autres.

En 1932, il met en évidence un lien entre peau et viscère, justifié par le réflexe viscéro-cutané. Il observe une modification de la peau dans un dermatome défini. Les points qu'il mettra en évidence seront reliés à des points de méridien d'acupuncture [11]. Ces observations aboutiront à une cartographie des dermalgies antérieures (ANNEXE V).

4.4.2. Comparaison

Nous allons maintenant nous intéresser aux points réflexes des différentes cartographies. Les points réflexes sont caractérisés par un changement tissulaire localisé, une modification de la texture de la peau. Ils se localisent sur tout le corps. Des points antérieurs et postérieurs peuvent être reliés au même viscère.

Dans un premier temps, nous allons comparer les points antérieurs. Dans cet objectif nous utiliserons les cartographies suivantes : les zones réflexes de HEAD, les points réflexes de CHAPMAN, et les dermalgies réflexes thoraco-abdominales de JARRICOT. Les points comparés sont ceux décrits dans les 3 cartographies citées.

Localisation des points antérieurs des **zones de HEAD** :

- Œsophage : point médian se situant au niveau du dermatome thoracique de T4 et T5 ;
- Cœur : zone localisée à gauche sur les dermatomes T4 et T5 ;
- Foie : zone s'étendant sur le dermatome de T9 à droite ;
- Estomac : zone à gauche au niveau des dermatomes de T8 et T9 ;
- Vésicule biliaire : associée avec la zone du foie ;
- Intestins grêle : au niveau médian du dermatome T10, en para ombilical ;
- Colon : au niveau médian du dermatome T11 ;
- Reins : zone en homolatérale de chaque rein, localisé sur le dermatome de L1 ;
- Vessie : zone médiane des dermatomes de T12 et L1.

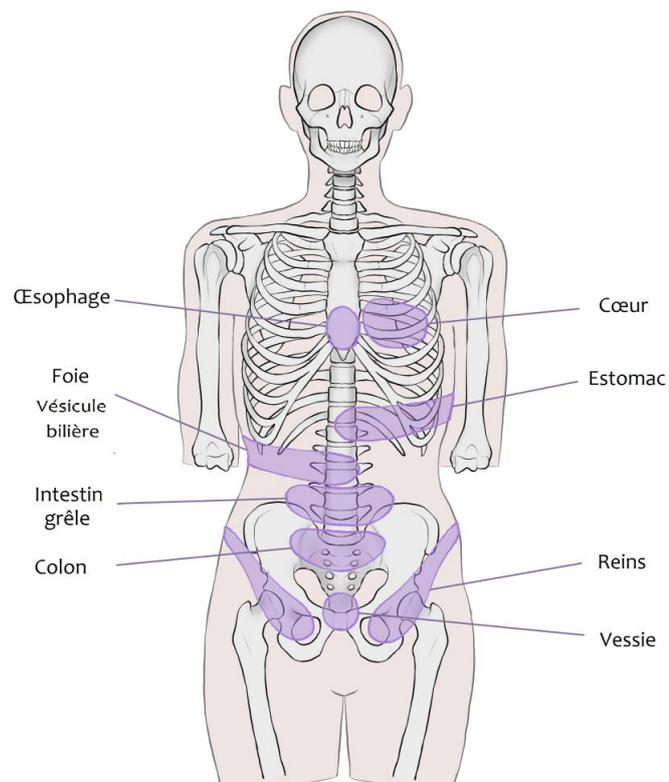


Figure n°11 : Zones de HEAD.

La localisation des **points de CHAPMAN** est bilatérale, sauf quelques exceptions :

- Œsophage : points situés au niveau du 2^{ème} espace intercostal ;
- Cœur : points situés au niveau du 2^{ème} espace intercostal, commun avec l'œsophage ;
- Foie : 2 points localisés aux 5^{ème} et 6^{ème} espaces intercostaux droits ;
- Estomac : 2 points situés dans l'espace intercostal 5 et 6 droit ;
- Vésicule biliaire : point se trouvant au niveau du 6^{ème} espace intercostal droit ;
- Pancréas : point situé au niveau du 7^{ème} espace intercostal droit ;
- Intestins grêle : 3 points localisés dans les espaces intercostaux 8, 9 et 10 ;
- Colon : face latérale de la cuisse, le long du tenseur du fascia lata ;
- Reins : points localisés au-dessus de l'ombilic ;
- Vessie : ce point se trouve au niveau de l'ombilic.

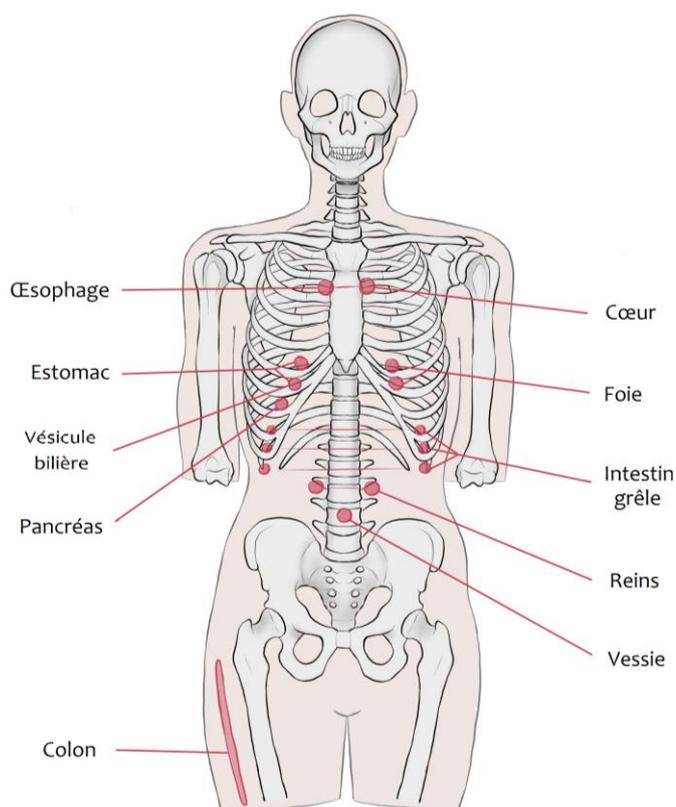


Figure n°12 : Points réflexes de CHAPMAN.

Les **points réflexes de JARRICOT** se localisent par rapport aux dermatomes antérieurs :

- Œsophage : ce point médian se situe dans le dermatome de T2 ;
- Cœur : le plexus cardiaque comptabilise 4 points répartis à gauche de T3 à T4 ;
- Foie : zone médiane du 8^{ème} dermatome thoracique ;
- Estomac : zone médiane du 9^{ème} dermatome thoracique ;
- Vésicule biliaire : point localisé à droite de T9, en latérale de la zone de l'estomac ;
- Pancréas : le point se situe à droite dans le dermatome de T9 ;
- Intestins grêle : il est divisé en fonction de ses différentes parties, celles-ci sont globalement centrale. On trouve le duodénum en T9 à droite, le jéjunum en T9 à gauche et l'iléon en T10 à gauche ;
- Colon : la partie ascendante a sa zone à droite de la ligne médiane dans le dermatome de T10. La partie descendante est située à gauche dans T11 et la partie sigmoïde également à gauche dans T12 ;
- Reins : points en homolatérale de chaque reins, dans le dermatome T12, en médian de l'épine iliaque antéro-supérieure ;
- Vessie : sur la ligne médiane dans le 12^{ème} dermatome thoracique.

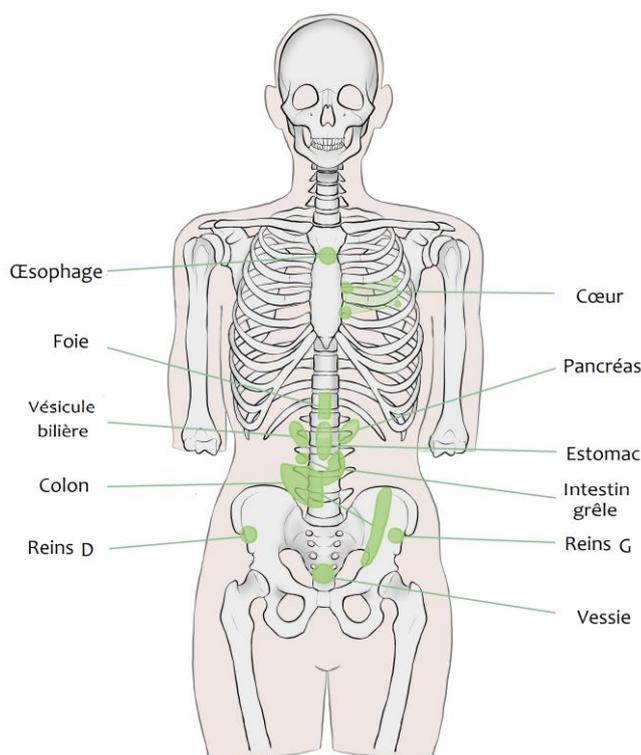


Figure n°13 : Dermalgies réflexes de JARRICOT.

Lors de la comparaison des 3 cartographies, nous observons les éléments suivants :

- Œsophage : aucun point ne se superpose. Ils sont regroupés autour de la zone sternale ;
- Cœur : les points ne sont pas identiques, en revanche nous notons que le dermatome T4 pour HEAD et JARRICOT est commun ;
- Foie : aucun point superposable ;
- Estomac : les zones se touchent mais ne se recoupent pas ;
- Vésicule biliaire : le dermatome T9 est commun dans à Head et Jarricot ;
- Pancréas : aucun point ne se superpose ;
- Intestins grêle : le 10^{ème} dermatome thoracique est commun pour les cartographies de Head et Jarricot ;
- Colon : aucun point superposable ;
- Reins : les zones réflexes de HEAD et JARRICOT sont proches, respectivement le dermatome de L1 et T12 ;
- Vessie : comme pour les reins se sont les points de JARRICOT et HEAD qui sont proches, ils ont en commun le dermatome T12.

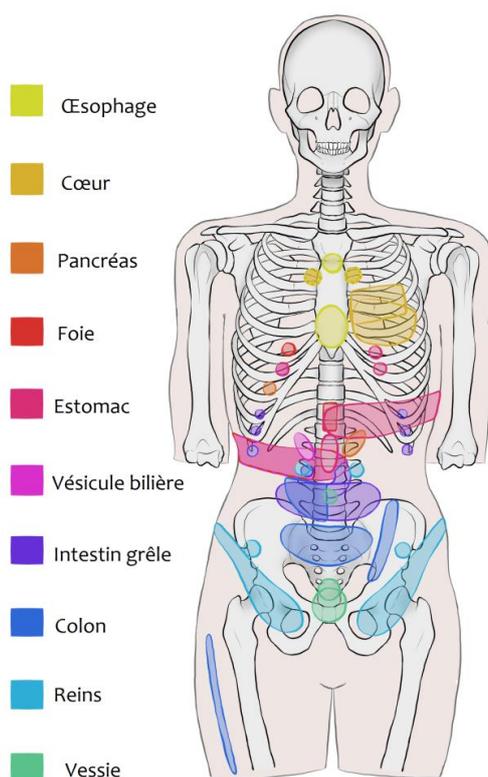


Figure n°14 : Superposition des points et zones réflexes.

Dans un second temps, nous comparons les points postérieurs. Les cartographies utilisées sont : les points réflexes de CHAPMAN et la cartographie des zones du tissu conjonctif (BindeGewebs Zone) de TEIRICH-LEUBE.

La localisation des **points de CHAPMAN** est bilatérale, entre processus épineux et processus transverse, sauf quelques exceptions :

- Œsophage : 5 points situés au niveau des vertèbres C4 à C7 ;
- Cœur : points situés au niveau de C3 ;
- Foie : 2 points localisés au niveau de T5 et T6 à droite ;
- Estomac : 2 points situés au niveau de T5 et T6 à gauche ;
- Vésicule biliaire : point en T6, commun avec celui du foie ;
- Pancréas : point situé à droite au niveau de T7 ;
- Intestins grêle : 3 points au niveau de T8, T9, T10 et un point plus latéral vers T11 ;
- Colon : 3 points au niveau des processus transverses de L2, L3, L4 ;
- Reins : points localisés de part et d'autre du processus épineux de L1 ;
- Vessie : points situés au niveau de L2.

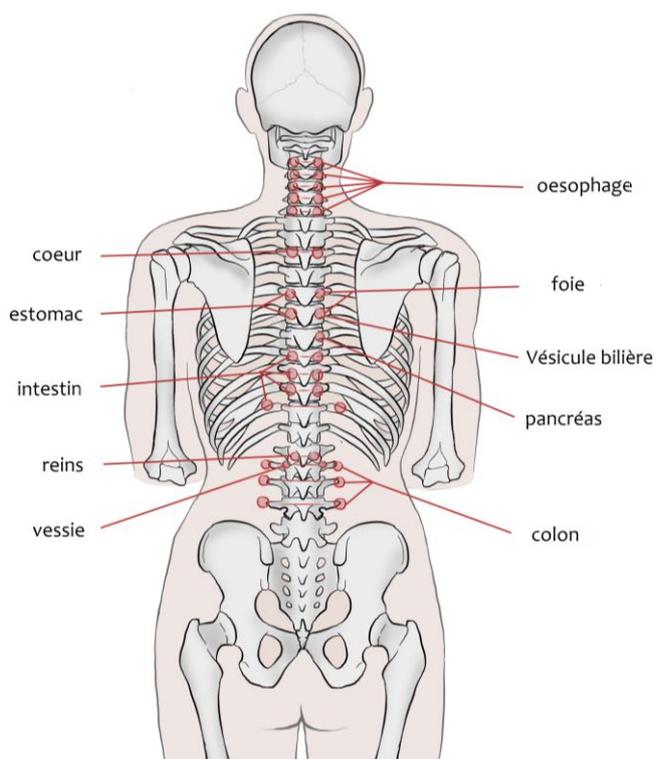


Figure n°15 : Points réflexes postérieures de CHAPMAN.

La localisation des **zones du tissu conjonctif de TEIRICH-LEUBE** :

- Œsophage : n'apparaît pas ;
- Cœur : zone thoracique gauche moyenne ;
- Foie : zone thoracique droite inférieure ;
- Estomac : zone thoracique gauche inférieure ;
- Vésicule biliaire : commune avec le foie ;
- Pancréas : n'apparaît pas ;
- Intestin : zone médiane au-dessus du sacrum ;
- Colon : n'apparaît pas ;
- Reins : n'apparaît pas ;
- Vessie : extrémité supérieure du pli anal.

Certains viscères n'apparaissent pas sur la cartographie, mais dans certains troubles des zones sont retrouvées en plus de celles-ci.

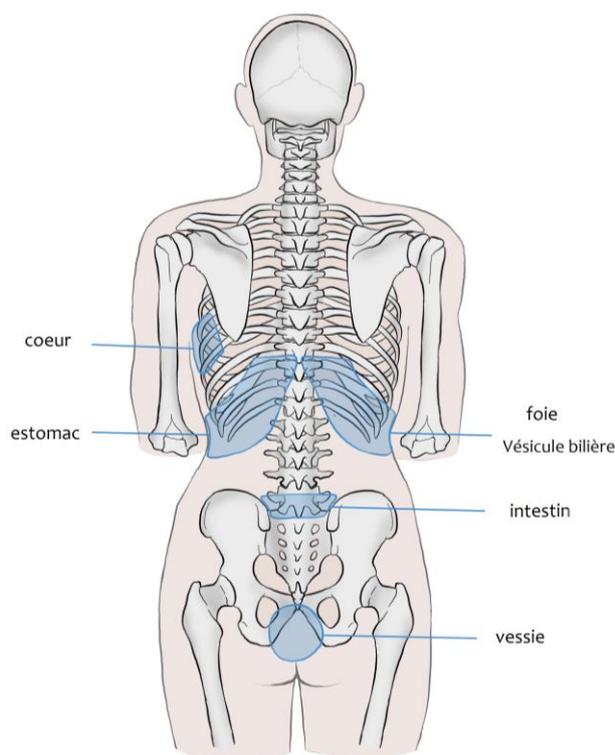


Figure n°16 : zones du tissu conjonctif de TEIRICH-LEUBE.

En ce qui concerne les points postérieurs, aucun ne se superpose.

Finalement nous constatons que les points sont souvent proches sans se superposer. Il n'existe pas de zones réflexes identiques. Chaque auteur, chaque époque a défini ses propres points.

Nous ne pouvons pas dire qu'il existe une corrélation claire entre les cartographies mais nous voyons une certaine organisation commune en ressortir. En effet, les cartographies de HEAD et de JARRICOT présentent souvent un dermatome de différence entre les zones. Peut-être ces différences sont influencées par des représentations de dermatomes différentes. En effet d'un auteur à l'autre la division des dermatomes n'est pas identique.

4.5. Difficultés rencontrées lors de l'élaboration du mémoire

Lors de la réalisation de ce travail, des difficultés ont été rencontrées. Dans un premier temps, en ce qui concerne l'enquête. Il a fallu mettre en place un questionnaire adapté à la population ciblée. Les questions devaient être compréhensibles, courtes et nécessiter peu de temps pour y répondre si nous voulions obtenir un nombre suffisant de réponses.

Ensuite au moment de contacter les professionnels libéraux, plusieurs d'entre eux étaient absents. Certains M.K. étaient en séance à domicile, d'autres en vacances au moment de l'appel et étaient donc indisponibles.

Enfin une autre situation s'est présentée plusieurs fois. Le professionnel répondait à l'appel mais celui-ci nous expliquait ne pas avoir de temps pour répondre à notre enquête. De nombreux M.K. avaient déjà reçu un nombre assez important d'autres questionnaires dans le cadre de mémoires de fin d'étude.

4.6. Critiques sur le questionnaire et propositions d'amélioration.

Maintenant que la diffusion et l'analyse du questionnaire ont été effectuées, nous constatons que nous aurions pu ajouter d'autres questions ouvertes. Cela aurait permis d'obtenir des réponses plus diversifiées et personnelles. En considérant qu'un plus grand nombre de questions permet d'obtenir plus d'informations à analyser mais que cela peut également dissuader les répondants.

Concernant les éléments à améliorer, la reformulation de la question n°9 nous semble nécessaire. La question n°9 était « Vous avez acquis cette maîtrise lors de ». Elle aurait dû être formulée de la façon suivante « Vous avez acquis ces connaissances lors de ». Car sinon il est sous-entendu que le répondant maîtrise forcément ces notions, qu'il est capable de les mettre en pratique, alors qu'il peut simplement les connaître.

De plus, il aurait été intéressant de rajouter des questions sur l'expérience pratique des M.K.. Cherchent-ils les points réflexes en première intention ? Ou bien les recherchent-ils dans un second temps suite à une prise en charge qui ne progresse pas ? Rencontrent-ils régulièrement ce type de douleur ?

5. CONCLUSION

Les douleurs référées sont connues du plus grand nombre, en revanche elles sont maîtrisées par beaucoup moins. Ainsi la cartographie des zones du tissu conjonctif de TEIRICH-LEUBE est la plus maîtrisée, quand une cartographie est connue par le thérapeute. La recherche des points nécessite des notions théoriques telles que les cartographies et de l'expérience pratique. Celle-ci pouvant être travaillée, approfondies par des formations. Avec les années le thérapeute accumule des connaissances, de l'expérience des formations pouvant lui permettre de rechercher des points réflexes durant sa pratique.

Lors de la prise en charge masso-kinésithérapeutique, la connaissance des douleurs référées et de leur localisation est un élément à prendre en compte pour avoir une vision globale du patient. Malgré tout, une superposition des cartographies n'est pas possible pour simplifier la recherche des points réflexes.

Toutefois, pour obtenir un état des lieux plus complet, notre enquête pourrait être étendue à la France. Cela permettrait d'enrichir les réponses du questionnaire, d'apprécier la différence de connaissances en fonction de la formation initiale entre autre.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]: INSERM. Douleur : Pour qu'elle ne soit plus vécue comme une fatalité. [consulté le 06.04.2019]. Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- [2]: Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). [consulté le 06.04.2019]. Disponible : <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
- [3]: Guirimand, F. Physiologie de la douleur : données récentes. Néphrologie Vol. 24 n° 7 2003. 401-407.
- [4]: Pradal-Prat, D. Bases neurophysiologiques des réflexothérapies. Kinesither Rev. 2009 ; 91: 36-41.
- [5]: Bossy, J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Paris: Masson ; 1978
- [6]: DREES. Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes. Disponible : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
- [7]: Pages jaunes. Disponible: <https://www.pagesjaunes.fr>
- [8]: Head, H. On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. Brain. 1893; 16; 1-2: 1-133.
- [9]: Devine, W.H. Chapman's reflexes and modern clinical applications. 2016 [consulté le 9.04.2019] Disponible : http://files.academyofosteopathy.org/convo/2016/Handouts/Devine_SAAOLecture.pdf
- [10]: Zimmermann, F. Massage réflexe et artérite des membres inférieurs bindegewebsmassage selon Teirich-Leube. Kinesither scient. 2006 ; 465 :47-51.
- [11]: Jarricot, H. De certaines relations viscéro-cutanées métamériques (dermalgies réflexes-viscérales) en acupuncture. Méridiens. 1971 : 87-126.

ANNEXE

ANNEXE I : Questionnaire.

ANNEXE II : Zones de HEAD.

ANNEXE III : Points réflexes de CHAPMAN.

ANNEXE IV : Cartographie des zones du tissu conjonctif (BgZ) de TEIRICH-LEUBE
d'après Jean BOSSY

ANNEXE V : Dermalgies réflexes thoraco abdominale de JARRICOT.

Questionnaire :
Douleurs référées

Enquête sur la connaissance des douleurs référées

Actuellement en 4ème année à l'IFMK de Nancy, je réalise mon mémoire sur les douleurs référées et la prise en charge masso-kinésithérapique.

Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir consacrer quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-joint.

(Vos réponses sont anonymes)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MK

- | | |
|--|--|
| <p>1. Vous-êtes :</p> <p><input type="radio"/> Femme</p> <p><input type="radio"/> Homme</p> <p>2. Quel est votre âge ?</p> <p>.....</p> <p>3. Vous êtes :</p> <p><input type="radio"/> Masseur-kinésithérapeute</p> <p><input type="radio"/> Masseur-kinésithérapeute et ostéopathe</p> <p>4. Dans quel département exercez-vous ? (<i>liste déroulante</i>)</p> <ul style="list-style-type: none">- 08 Ardenne- 10 Aube- 51 Marne- 52 Haute-Marne- 54 Meurthe-et-Moselle- 55 Meuse- 57 Moselle- 67 Bas-Rhin- 68 Haut-Rhin- 88 Vosges | <p>5. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état :</p> <p>.....</p> <p>6. Dans quel pays avez-vous obtenu votre DE ?</p> <ul style="list-style-type: none">- France- Belgique- Espagne- Pologne- Roumanie- Autre : <p>6°. (Si obtention du DE en France) Dans quel IFMK avez-vous obtenu votre diplôme ? (ville)</p> <p>.....</p> |
|--|--|

CONNAISSANCE SUR LES DOULEURS REFEREES

La douleur référée correspond à une souffrance en provenance d'un viscère. L'influx nociceptif est transmis jusqu'au cortex, mais celui-ci peut mal l'interpréter, dû à une convergence des informations afférentes. La douleur sera ressentie à distance, dans une région possédant la même innervation (organisation métamérique).

Par exemple une douleur d'épaule peut avoir pour origine un trouble au niveau du foie.

7. Connaissez-vous les douleurs référées:

- OUI
- NON

SI OUI A Q7 :

8. Maîtrisez-vous une de ces cartographies de douleur référée : (choix multiples)

- cartographie des zones de Head
- cartographie des points de Chapman
- cartographie de Teirich Leube
- cartographie des dermalgies reflexes thoraco-abdominale de Jarricot
- autre :

SI NON A Q7 :

11. Vous n'avez pas de connaissance / maîtrise sur les douleurs référées car :

- pas abordé dans la formation initiale
- Pas d'intérêt personnel sur le sujet
- Pas le temps de se former
- Autre :

9. Vous avez acquis cette maîtrise lors : (choix multiple)

- de votre formation initiale de MK
- lors de formation après votre DE (MK)
- lors d'une formation en ostéopathie

10. Si vous vous êtes formé après votre DE, qu'est-ce qui a motivé cette formation : (choix multiples)

- envie personnelle
- ressenti d'une insuffisance de connaissance sur le sujet
- demande des patients
- demande de l'employeur
- retour positif par des collègues
- raison pécuniaire

PEC ET DOULEUR REFERENCEE

(SI OUI à Q7 précédemment)

12. Lors d'un bilan d'un patient douloureux recherchez-vous des points reflexes (signe de douleur référée):

- OUI
- NON

SI OUI A Q12

13. Est-ce chronophage:

- OUI
- NON

14. Apporte-t-il un bénéfice lors de vos prises en charges:

- OUI
- NON

15. Avez-vous un retour positif de la part de vos patients:

- OUI
- NON

SI NON A Q12

16. Vous ne recherchez pas ces points car :

- demande un temps de prise en charge/ séance trop long
- Difficilement applicable aux patients / pathologies prises en charge
- autre :.....

17. Quel est votre avis sur la recherche des douleurs référées à l'heure de la pratique basée sur les preuves (EBP). A-t-elle sa place dans la pratique kinésithérapique ? (*Question ouverte*)

.....
.....
.....

18. Commentaires / remarques :

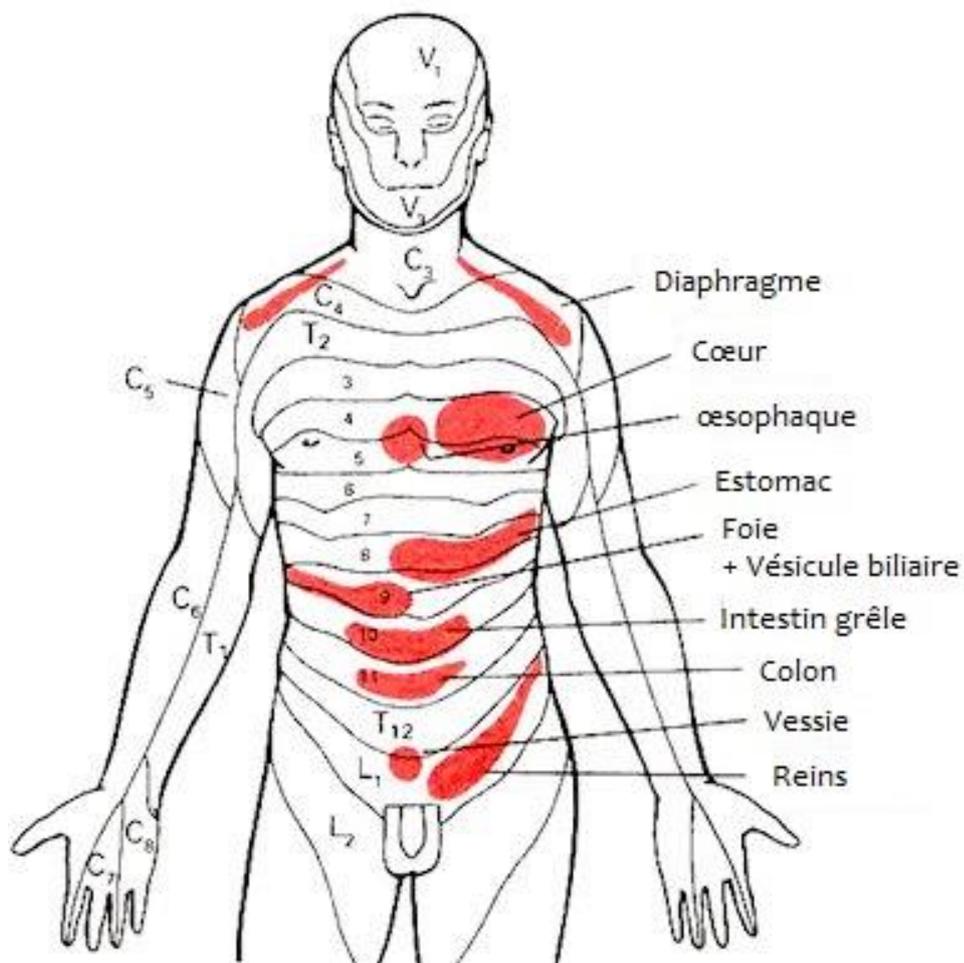
.....

Merci d'avoir répondu au questionnaire

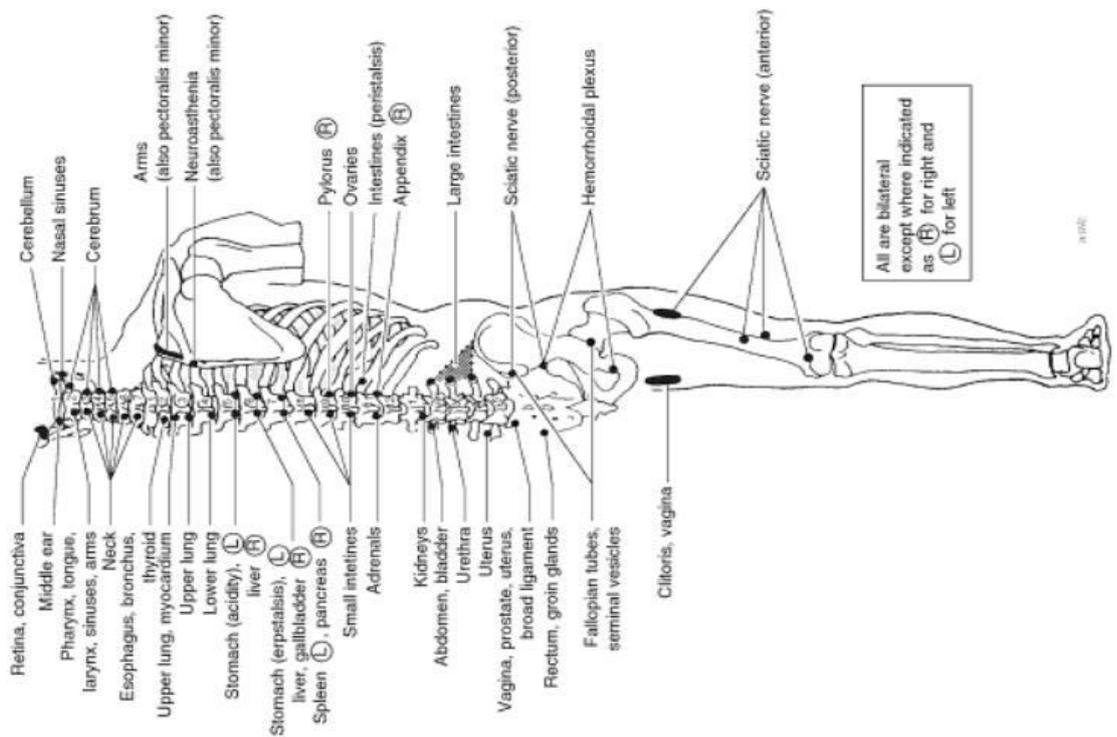
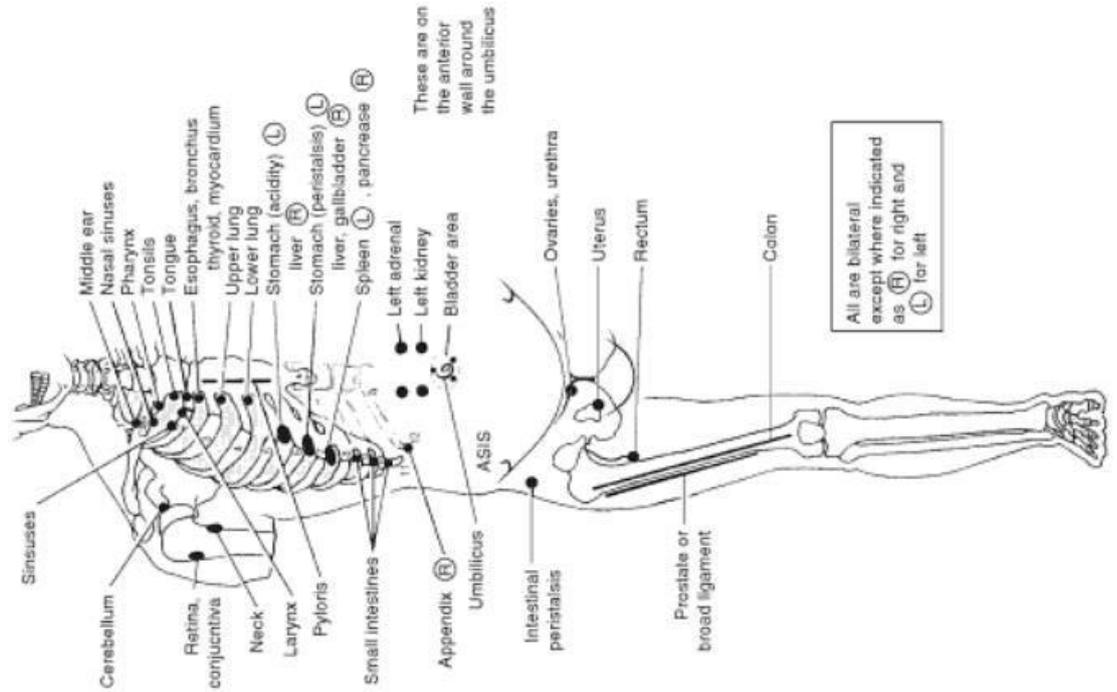
Si vous souhaitez recevoir les réponses du questionnaire, vous pouvez me donner votre adresse mail. Je vous enverrai les réponses une fois la diffusion terminée.

Cartographies

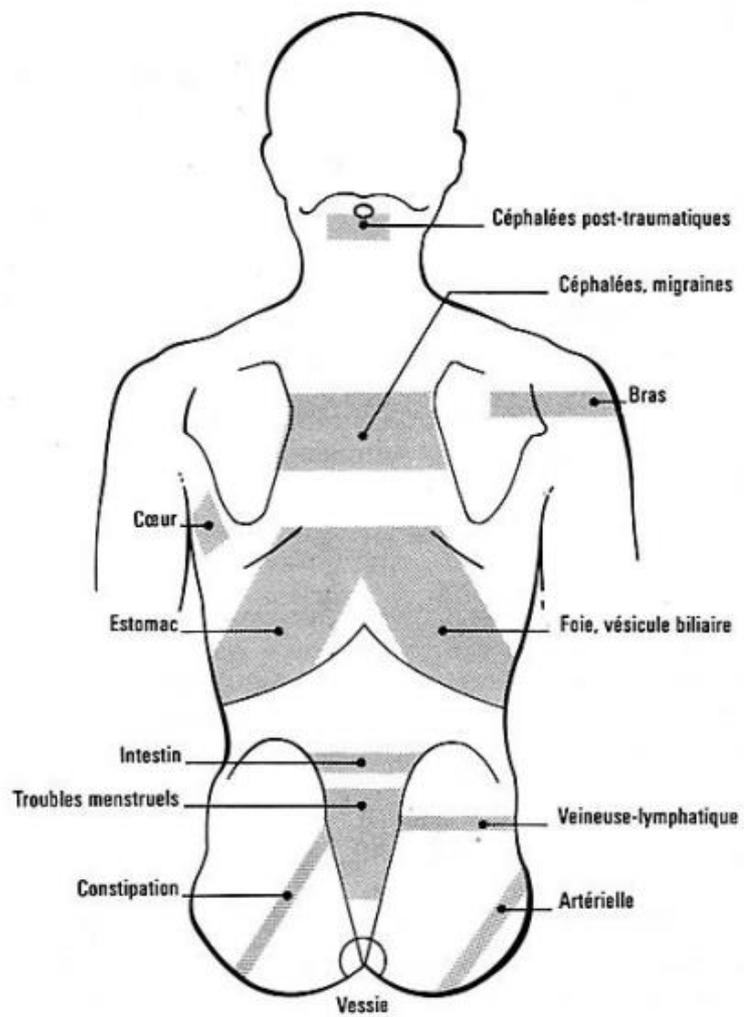
ANNEXE II : Zones de HEAD.



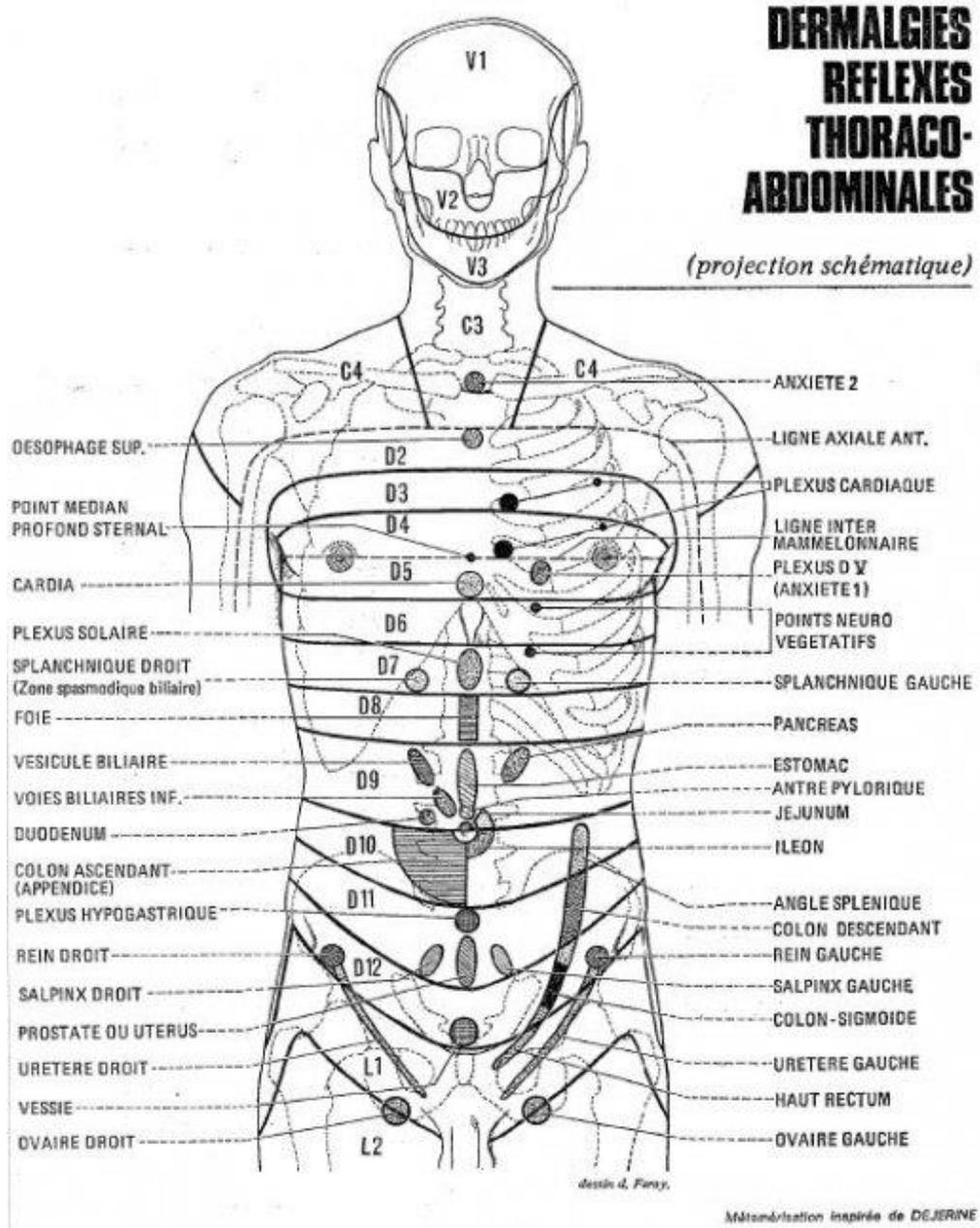
ANNEXE III : Points réflexes de CHAPMAN.



ANNEXE IV : Cartographie des zones du tissu conjonctif (BgZ) de TEIRICH-LEUBE
d'après Jean BOSSY.



ANNEXE V : Dermalgies réflexes thoraco abdominale de JARRICOT.



Résumé :

Au quotidien le masseur-kinésithérapeute est confronté à la douleur. Celle-ci peut avoir une origine locale ou distale. Dans ce dernier cas elle peut être référée. La douleur référée correspond à une souffrance en provenance d'un viscère. Elle est ressentie à distance de la lésion, dans une région possédant la même innervation. L'influx nociceptif est transmis au cortex, mais celui-ci peut mal l'interpréter, dû à une convergence des informations afférentes. Lors de la prise en charge d'un patient douloureux, dans quelle mesure les douleurs référées sont-elles maîtrisées et recherchées par les thérapeutes ? Pour y répondre un questionnaire a été élaboré et diffusé pour obtenir un état des lieux auprès des M.K. libéraux du Grand Est. Sur les 257 professionnels interrogés, 69 ont répondu. La population de répondants est composée de 52% de femmes avec une moyenne d'âge de 38,7 ans. 94.2% des M.K. connaissent ses notions. Suite à l'analyse des résultats, il ressort que l'âge du M.K., son nombre d'années d'exercice et d'expérience est ce qui influence majoritairement sa maîtrise.

Mots clés : Cartographie, douleur référée, réflexothérapie.

Abstract :

In everyday life, patients with pain confront the physiotherapist. This pain can have either a proximal or distal origin, which is known as referred pain. Referred pain corresponds to a viscera in the pain, which is felt at a distance from the lesion, within in a structure that has an identical innervation. The nociceptive impulse is transmitted to the cortex, but he can be misinterpreted, due to a convergence of afferent information. When treating a patient with severe pain, to what extent can physiotherapists master the knowledge and research with respect to the referred pain? To answer this, a questionnaire was created and diffused to obtain a global view of the independent physiotherapists from the Grand Est region. Out of the 257 physiotherapists interviewed, 69 replied. The population's study is composed of 52% women with an average age of 38,7 years. Approximately 94.2% of the physiotherapists surveyed are familiar with this type of pain. After analysing the results, we observed that the age of the PT and the number of years of exercise and experience are the main factors that influences a physiotherapist's mastery of this subject.

Key-words: Map, referred pain, projected pain, reflexotherapy.