



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 GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**LA PLACE DES REFLEXOTHERAPIES DANS LA PRISE EN CHARGE
MASSO-KINESOTHERAPIQUE ACTUELLE : ENQUETE AUPRES DES
MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DU GRAND NANCY**

Sous la direction de (Michaël Poitel)

Mémoire présenté par **Lucie BOKSEBELD**
Étudiante en 4^{ème} année de masso-
kinésithérapie, en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021.



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

Je soussigné(e), **BOKSEBELD Lucie**.....

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 **28/04/2021**..

Signature

REMERCIEMENTS

Ce travail est la conclusion de plusieurs années d'études dans lesquelles je me suis investie, impliquant par conséquent mes proches. Je souhaite donc commencer ces remerciements en m'adressant à ma sœur et à ses ondes positives quotidiennes. Lors de ma PACES tu m'as apporté un soutien sans faille m'aidant à garder moral et confiance. Tu m'as écrit un jour cette belle citation d'Albert Schweitzer : « *Le succès n'est pas la clé du bonheur. Le bonheur est la clé du succès. Si vous aimez ce que vous faites, vous réussirez.* ». Celle-ci m'a propulsée vers la quête de mon bonheur professionnel.

Merci aux masseurs-kinésithérapeutes ayant participé à cette étude, sans vous ce travail n'aurait pu aboutir.

Merci aux masseurs-kinésithérapeutes ayant croisé ma route. Merci pour votre soutien et la richesse des connaissances que vous m'avez transmises. Merci de m'avoir partagé votre épanouissement professionnel.

Merci à Michaël Poitel de m'avoir soutenu, écouté, guidé et enseigné au travers d'un stage puis en acceptant d'être directeur de ce mémoire. Merci du temps consacré à ce travail.

Merci à Mme Marinho, ma référente pédagogique à l'IFMK, pour votre écoute, votre compréhension, vos conseils et vos enseignements pendant quatre années. Votre soutien me fut précieux. Merci pour votre implication dans ce travail, tout particulièrement dans la réalisation du questionnaire.

Merci à M. Clément et Mme Jambeau pour vos conseils méthodologiques.

Merci à toute l'équipe enseignante de l'IFMK de Nancy, merci aussi aux secrétaires et à M. Jacquot.

Merci à Vincent Gerster, Alice Casagrande et Benjamin Bragard pour votre implication dans ce travail à travers vos relectures, vos commentaires et vos corrections.

Merci à mes « amis chinois » pour leurs encouragements et leurs bons soins.

Merci à mes amis, pour leur humour, leur joie de vivre, leur honnêteté, leur tolérance et leur soutien. Merci d'être là et d'être vous !

Merci à ma famille plus particulièrement à mes parents, mon frère et ma sœur. Merci pour votre soutien sans relâche depuis toujours mais surtout pendant ces cinq années d'études. Merci pour vos encouragements, votre bienveillance et votre amour inconditionnel, je ne vous le rendrais jamais assez.

Merci à Antoine, au pilier qu'il est, à l'amour qu'il m'offre.

La place des réflexothérapies dans la pratique masso-kinésithérapique actuelle : enquête auprès des masseurs-kinésithérapeutes (MK) du Grand Nancy

Introduction : Les réflexothérapies correspondent à un ensemble de courants thérapeutiques utilisant des mécanismes d'action ou de réaction référés, responsables de manifestations réflexes locales ou à distance de la zone stimulée. Face à l'empirisme de ces techniques nous cherchons à identifier leur place dans la pratique masso-kinésithérapique et si elles s'inscrivent dans une démarche de soin Evidence-Based Practice (EBP). **Matériel et Méthode :** Nous avons contacté téléphoniquement 248 MK libéraux (MKL) et les cadres des MK salariés (MKS) afin de savoir s'ils pratiquaient ces techniques. Un questionnaire électronique a été envoyé aux MKS (12 établissements) et MKL (n=45) de l'agglomération du Grand Nancy, utilisant les réflexothérapies. Les réponses ont été transférées sur tableur, triées et analysées de manière descriptive. **Résultats :** 30% des MKL pratiquent les réflexothérapies (30 MK libéraux et 3 MK salariés ont répondu à l'enquête). 72,7% des MK se sont formés aux réflexothérapies grâce à des formations continues. 75,8% les utilisent au moins une fois par jour. La traumatologie, orthopédie et rhumatologie représente plus de 50% des domaines d'utilisation de ces techniques. 97% des MK les utilisent pour traiter la douleur et 78,8% les emploient aussi pour d'autres indications. 97% des MK recommanderaient l'usage des réflexothérapies d'après leur expérience clinique. Selon 54,5% des MK les réflexothérapies répondent à la démarche EBP.

Discussion et Conclusion : Ce travail présente des biais et ne permet pas de répondre à toutes nos interrogations. Les études sur les réflexothérapies sont de plus en plus nombreuses mais encore trop souvent de basse qualité. Néanmoins ces techniques semblent considérées comme efficaces de la part des MK les utilisant, car ils sont une proportion non négligeable à les employer quotidiennement et à les recommander. Par conséquent des recherches doivent être poursuivies pour confirmer ou non la place des réflexothérapies dans la pratique masso-kinésithérapique actuelle.

Mots-clés : Effet, Evidence-Based Practice, Kinésithérapie ou physiothérapie, Réflexothérapies.

The place of reflexotherapy in current physiotherapy practice: a survey of physiotherapists (PTs) in Grand Nancy

Introduction: Reflex therapies correspond to a set of therapeutic approaches using referred action or reaction mechanisms, responsible for reflex manifestations locally or at a distance from the stimulated zone. Faced with the empiricism of these techniques, we aim to identify their place in the practice of physiotherapy and whether they are part of an Evidence Based Practice (EBP) approach. **Material and method:** We phoned 248 liberal PTs (LPTs) and the managers of salaried PTs (SPTs) to find out if they practiced these techniques. An electronic questionnaire was sent to SPTs (12 establishments) and LPTs (n=45) who used reflexotherapy in the *Grand Nancy* area. The responses were gathered in a spreadsheet, sorted, and analyzed descriptively. **Results:** 30% of the LPTs practice reflexotherapy (30 LPTs and 3 SPTs responded to the survey). 72,7% of the PTs have been trained in reflexotherapy through continuous education. 75.8% use reflexotherapy at least once a day. Traumatology, Orthopedics, and Rheumatology represent more than 50% of the areas of use of these techniques. 97% of PTs use them to treat pain and 78.8% for other indications. 97% of PTs would recommend the use of reflexotherapy based on their clinical experiences. According to 54.5% of PTs, reflexotherapy are in line with the EBP approach. **Discussion and Conclusion:** This work is biased and does not answer all our questions. The studies on reflexotherapy are more and more numerous but are still too often of low quality. Nevertheless, these techniques seem to be considered effective by the PTs who use them, as a significant proportion of them use them daily and recommend them. Therefore, more research is needed to be carried out to confirm or not the place of reflexotherapy in current physiotherapy practice.

Keywords : Effect, Evidence-Based Practice, Physiotherapy, Reflexotherapy.

Sommaire

1. Introduction	1
1.1. Histoire des thérapies réflexes, développement de ces pratiques au cours du temps	1
1.1.1. Les origines	1
1.1.2. L'évolution des recherches, l'arrivée de l'Evidence-based Practice (EBP).....	1
1.1.3. L'enseignement de la masso-kinésithérapie et les moyens de formation aux réflexothérapies.....	3
1.2. Définition des thérapies réflexes	4
1.2.1. Une méthode thérapeutique directement liée au massage	4
1.2.2. Définition des réflexothérapies.....	5
1.2.3. Neurophysiologie des thérapies réflexes	5
1.2.3.1. Le réflexe et son arc réflexe	5
1.2.3.2. Les différents circuits neuronaux entrant en jeu dans les réflexothérapies	6
1.2.3.2.1. L'organisation métamérique	6
1.2.3.2.2. Le système nerveux végétatif.....	8
1.2.3.3. Imagerie fonctionnelle : mise en évidence des capacités d'activation du système nerveux par les réflexothérapies.....	10
1.2.4. Indications, contre-indications et intérêts des thérapies réflexes dans la pratique masso-kinésithérapique	11
1.3. Problématisation	12
2. Matériel et Méthode	15
2.1. Élaboration du questionnaire	15
2.1.1. Les différents types de questions	15
2.1.2. Informations au sujet du MK interrogé (questions 1 à 5).....	15
2.1.3. Moyens et lieux de formation aux réflexothérapies (questions 6 et 7).....	16
2.1.4. Place des réflexothérapies dans leurs pratiques (questions 8 à 15)	16
2.1.5. Intérêts des réflexothérapies dans la pratique MK (questions 16 et 17)	17
2.1.6. Statut des réflexothérapies face à l'EBP (question 18 à 21)	17
2.1.6.1. Recommandation selon l'expérience clinique	17
2.1.6.2. L'EBP et les réflexothérapies	17
2.1.6.3. Question de conclusion.....	17
2.2. Phase de pré-test du questionnaire	17
2.3. Établissement de la population	18
2.3.1. Population française	18
2.3.2. Population étudiée	18
2.3.3. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux	19
2.3.3.1. Recueil des données	19
2.3.3.2. Critères d'inclusion	20
2.3.3.3. Échantillonnage et méthode de diffusion du questionnaire	21
2.3.4. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés.....	22
2.3.4.1. Recueil des données	22

2.3.4.2.	Méthode de diffusion du questionnaire.....	23
2.4.	Méthode d'analyse statistique.....	23
2.5.	Stratégie de recherche documentaire.....	23
2.6.	Aspects règlementaires et éthiques.....	24
3.	Résultats	25
3.1.	Enquête téléphonique	25
3.2.	Réponses au questionnaire	26
3.2.1.	Caractéristiques de la population répondant au questionnaire	26
3.2.2.	Formations aux réflexothérapies	28
3.2.3.	Inclusion des réflexothérapies dans leurs pratiques	29
3.2.4.	Intérêts des réflexothérapies dans la pratique Masso-kinésithérapique.....	31
3.2.5.	Place des réflexothérapies face à l'EBP	33
4.	Discussion	35
4.1.	Analyse des résultats.....	35
4.2.	Les biais de l'étude.....	43
4.2.1.	Biais de parti-pris	43
4.2.2.	Biais de communication	43
4.2.3.	Biais de représentativité	43
4.2.4.	Biais méthodologique	44
4.2.5.	Biais de formulation	44
4.3.	Axes d'amélioration du questionnaire.....	45
4.4.	Difficultés rencontrées lors de l'élaboration du mémoire.....	46
4.5.	Axes d'ouverture de l'étude.....	47
5.	Conclusion.....	49

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

TABLE DES FIGURES :

Figure 1 : Schéma de l'arc reflexe	5
Figure 2 : Les dermatomes (selon FH Netter).....	7
Figure 3 : Schéma du système nerveux végétatif.....	9
Figure 4 : Diagramme de flux des MK libéraux (à gauche) et des MK salariés (à droite).....	26
Figure 5 : Domaines d'utilisation des réflexothérapies	29
Figure 6 : Préférence d'utilisation des réflexothérapies selon le type de douleur.....	30
Figure 7 : Préférence d'utilisation des réflexothérapies selon l'objectif de traitement.....	31
Figure 8 : Taux de recommandation des réflexothérapies selon les domaines de soin.....	33
Figure 9 : Taux de recommandation des réflexothérapies selon les objectifs de traitement.....	34

TABLE DES TABLEAUX :

Tableau I : Détails des populations théoriques – réelles – effectives	20
Tableau II : Les établissements de santé du Grand Nancy.....	22
Tableau III : Caractéristiques de la population répondante.....	27
Tableau IV : Avantages et inconvénients des réflexothérapies dans la pratique masso-kinésithérapique.....	32

LISTE DES ABREVIATIONS :

BGM – CTM : Bindegewebsmassage – Connective Tissue Massage

EBP : Evidence-Based Practice

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IRR : Institut Régional de Réadaptation

MK : Masseur-Kinésithérapeute

1. Introduction

1.1. Histoire des thérapies réflexes, développement de ces pratiques au cours du temps

1.1.1. Les origines

Le massage est semble-t-il le plus ancien moyen de traitement naturel. Il est utilisé depuis près de cinq mille ans. Les traités de médecine traditionnelle chinoise sont les premiers à l'évoquer, d'autres civilisations devaient aussi l'utiliser sans qu'il n'en existe de trace archéologique. Au cours des siècles bon nombre de peuples l'ont employé comme moyen de traitement. Il est ainsi présent dans chaque médecine : Romaine, Grec, Égyptienne, Indienne, Japonaise... Le massage servait à pérenniser l'homéostasie corporelle. Il était utilisé en association avec des exercices de gymnastique et de respiration. Les thérapeutes chinois pratiquaient le massage en lien avec l'acupuncture, alliant la poncture à l'aide d'aiguille à la stimulation manuelle de certaines zones/points, visant le traitement d'un syndrome local ou non. Ces praticiens utilisaient une sorte de massage réflexe sans en avoir conscience, et sans en connaître la physiologie. En effet à cette époque les moyens d'exploration visant à justifier et développer des techniques de soins reposaient sur des méthodes empiriques d'essai erreur, observation et constatation.

De même « la réflexologie » (type de massage appliqué aux zones du corps correspondant aux pieds et aux mains) a été datée d'il y a plus de quatre mille ans dans l'Égypte ancienne, suite à la découverte d'inscriptions à ce sujet dans un tombeau. (1–3)

1.1.2. L'évolution des recherches, l'arrivée de l'Evidence-based Practice (EBP)

Les premières études scientifiques, au sujet des réflexothérapies, remontent à la fin du dix-neuvième siècle. Elles analysaient le rôle des réflexes dans le système nerveux. En Occident les précurseurs des courants de réflexothérapies sont : H.Head, J.Mackenzie, A.Cornelius, W.Fitzgerald, P.Nogier. (2,3)

Depuis quelques années l'arrivée de l'EBP a révolutionné l'enseignement et la pratique médicale. L'EBP est un outil qui permet d'argumenter, d'informer les choix de prise en charge des thérapeutes, en se basant sur :

- Les besoins et les attentes du patient ;
- Les informations scientifiques valides ;
- L'expérience clinique du thérapeute ; (4,5)

La masso-kinésithérapie est alors en pleine transformation, cherchant à passer d'une pratique empirique basée sur l'expérience professionnelle vers une pratique incluant les preuves scientifiques (prouvant l'efficacité d'un traitement pour une pathologie) (6).

A l'heure actuelle de nombreuses études montrent l'intérêt de l'utilisation des réflexothérapies face à certaines pathologies. Citons quelques exemples : l'hypertension artérielle, la lombalgie, la fibromyalgie, les épaules douloureuses chroniques, la fatigue et les troubles du sommeil, le stress, la douleur et le stress chez les prématurés (7–13).

Néanmoins la recherche paramédicale est difficile à mettre en œuvre et rencontre de nombreux obstacles méthodologiques, financiers et organisationnels. Nous évoquerons ici principalement les obstacles méthodologiques.

Les moyens de traitements kinésithérapiques sont « non médicamenteux » et appellent à des techniques d'évaluations spécifiques auxquelles l'EBP répond difficilement, contrairement aux traitements médicamenteux. Ces biais méthodologiques entravent l'interprétation et la diffusion des résultats, citons-en quelques-uns :

- Un nombre insuffisant de sujets inclus dans une étude impacte sa valeur statistique. Or cette variable est souvent difficile à satisfaire pour ce type d'étude ;
- La réalisation d'études en double aveugle (patient-thérapeute) est souvent impossible. Or le relationnel patient-thérapeute peut influencer les performances du traitement et donc biaiser les résultats ; (14)
- Le défaut de formation et d'accessibilité à la recherche pour les kinésithérapeutes, entraîne un manque de moyens. Il serait nécessaire de créer un doctorat de recherche paramédicale et un lien d'accès direct entre les études de kinésithérapie et les doctorats.

Prenons l'exemple des études sur les réflexothérapies en évoquant quelques difficultés pouvant y être rencontrées.

- Les moyens de traitement manuels ne peuvent être étudiés en double aveugle, créant un défaut de reproductibilité.
- Il existe un nombre important de courants de réflexothérapies sans consensus entre chaque. Ces différentes méthodes n'utilisent pas toutes les mêmes cartographies, les mêmes moyens d'application des stimulations. De plus, nous manquons encore de connaissance au sujet de ces techniques. D'où les difficultés de justification des protocoles.
- Il n'est pas aisé d'inclure une grande population dans ces études car le traitement manuel demanderait des moyens humains importants. Par conséquent il faudrait impliquer plusieurs thérapeutes dans la réalisation de l'étude créant ainsi un biais de reproductibilité.

1.1.3. L'enseignement de la masso-kinésithérapie et les moyens de formation aux réflexothérapies

En raison du développement d'une pratique EBP l'enseignement de la kinésithérapie est en plein changement. En effet la réforme de réingénierie des études de masso-kinésithérapie, mise en place en France en 2015, modifie en profondeur cette formation. Elle lie ces études au cursus universitaire et vise à faciliter le développement de la recherche dans le monde de la kinésithérapie. Pour cela elle sensibilise les étudiants à l'intérêt des données scientifiques, en leur imposant de se former « à et par la recherche ».

Cette réforme propose une liste de savoir-faire et de compétences réparties dans différentes unités d'enseignements qui guide les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) dans l'élaboration de leur programme de formation. Les instituts de formations ne se voient pas imposer d'obligation de moyens et sont, par conséquent, libres de choisir les techniques professionnelles enseignées permettant aux étudiants l'acquisition des savoirs et techniques qui leur sont nécessaires.

Ainsi nous trouvons des différences d'enseignements entre les IFMK, expliquant qu'un Masseur-Kinésithérapeute (MK) formé dans un institut ait pu entendre parler des réflexothérapies lors de son cursus initial alors qu'un MK issu d'un autre institut n'en ait pas connaissance.

Cependant, les instituts de formation sont dans l'obligation d'orienter leurs élèves vers des connaissances reconnues par l'EBP.

Une fois leur diplôme obtenu, les MK s'engagent à être au fait des dernières avancées scientifiques et à se former régulièrement. Ainsi l'enseignement des techniques de réflexothérapies repose aussi sur les formations continues. Nous avons constaté l'existence de nombreuses formations continues à ce sujet, laissant penser qu'une partie des MK se forment par ce biais. Citons quelques exemples de formations proposées par des organismes agréés Développement Professionnel Continu (DPC) : « réflexothérapie – les 7 zones essentielles », « le shiatsu », « la réflexologie plantaire », « les *Trigger points* » (cette formation peut être complétée par une formation en dry-needling). (15–18)

1.2. Définition des thérapies réflexes

1.2.1. Une méthode thérapeutique directement liée au massage

Le terme « massage réflexe » est couramment utilisé pour désigner les techniques de thérapies réflexes (19). Néanmoins tout massage est, par définition, réflexogène. En effet, conformément au décret n°2000-577 du 27/06/2000 relatif à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, selon l'article 3 : est massage « toute manœuvre externe réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus ». Dès lors, pourquoi le terme spécifique de « massage réflexe » existe-t-il ?

Cette expression est utilisée pour désigner une approche particulière du massage utilisant des techniques de réflexothérapies. Elle utilise l'aspect mécanique du massage pour stimuler une zone précise, dite « réflexe ». Le geste mécanique n'est pas considéré comme responsable des effets bénéfiques de la manœuvre. Ces effets sont attribués à l'application du stimulus sur un point précis, respectant une certaine cartographie réflexe (19,20). Contrairement au « massage classique » (par exemple suédois) pour lequel le geste mécanique est entièrement responsable des bénéfices du massage, stimulant les tissus sur des zones plus larges et ne visant pas en première intention un effet réflexe. Massage réflexe et réflexothérapie sont donc synonymes.

1.2.2. Définition des réflexothérapies

Les réflexothérapies répondent à une même méthode thérapeutique qui utilise « des mécanismes référés, c'est-à-dire d'action ou de réaction à distance de l'origine de la lésion par l'implication de mécanismes nerveux réflexes et l'action sur des centres nerveux ». Des techniques manuelles ou instrumentales permettent de stimuler les zones afin d'obtenir ces réflexes. (19,21,22)

Il existe différents courants de réflexothérapies décrivant des cartographies de zones réflexes et des techniques de stimulations différentes, mais reposant tous sur les mêmes mécanismes neurophysiologiques. Citons dans une liste non exhaustive quelques courants de thérapies réflexes : l'auriculothérapie, le Bindegewebe Massage (BGM), la réflexologie plantaire, les dermalgies réflexes de Jarricot, le traitement des points de Knapp, les *Trigger points*, le massage neural, la neuro-réflexothérapie.

1.2.3. Neurophysiologie des thérapies réflexes

1.2.3.1. Le réflexe et son arc réflexe

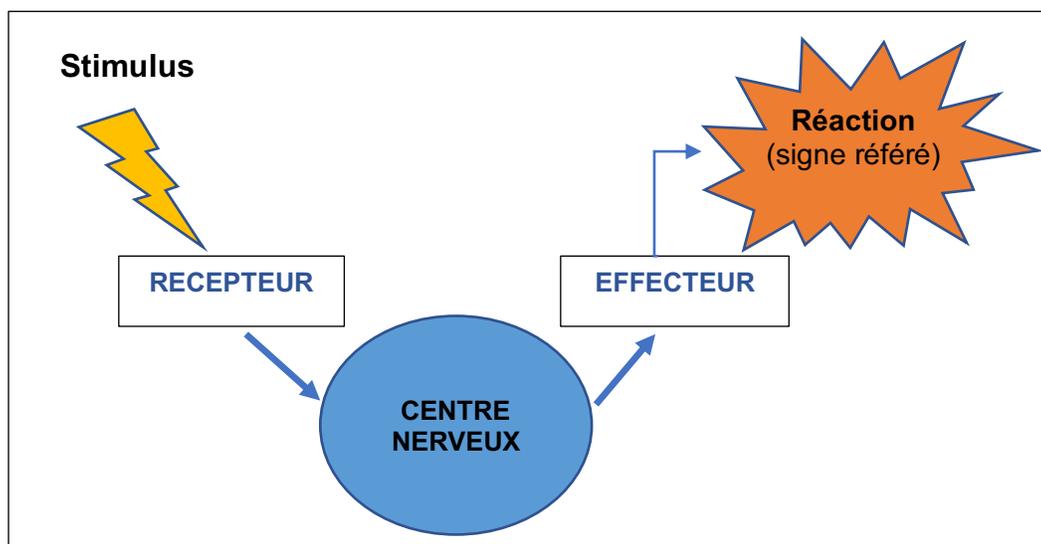


Figure 1 : Schéma de l'arc réflexe

Les notions de réflexe et d'arc réflexe (Fig. 1) correspondent à une réponse motrice ou sécrétoire de structures biologiques à une stimulation déterminée, spécifique et localisée du système nerveux sensitif ou sensoriel. Un réflexe met en jeu un « arc réflexe » composé par :

- Un récepteur stimulé qui peut être, entre autres, cutané, musculaire, osseux ;
- Un neurone afférent, relayant l'information au système nerveux central ;
- Une ou plusieurs synapses neuronales contribuant au transport de l'information ;
- Un neurone efférent rejoignant l'organe effecteur ;
- Un organe effecteur pouvant être cutané, musculaire, osseux, qui manifeste le signe référé du réflexe.

1.2.3.2. *Les différents circuits neuronaux entrant en jeu dans les réflexothérapies*

1.2.3.2.1. L'organisation métamérique

La métamérie ou l'organisation métamérique correspond à la segmentation embryonnaire transversale. Elle désigne l'apparition successive de segments corporels se développant de l'étage crânial vers le caudal, et divisant l'être humain en métamères. Les métamères se dessinent anatomiquement sous forme de bandes cutanées transversales au niveau du tronc et longitudinales au niveau des membres.

Le système nerveux est associé à l'organisation métamérique : à chaque étage sort une paire de racines nerveuses (racine du nerf spinal de l'étage correspondant) donnant l'ensemble des nerfs périphériques innervant les structures de ce segment. Ainsi le territoire cutané (dermatome) (Fig. 2), les muscles (myotome), les os et articulations (sclérotome), les viscères (viscèrotome), les structures vasculaires (angiotome) et nerveuses (neurotome) de ce segment sont mises en commun par une même innervation spinale.

La stimulation d'un des éléments du segment peut donc donner un signe ou avoir un effet sur n'importe quel autre élément de ce métamère, permettant un réflexe élémentaire.

D'autres circuits neuronaux, que l'innervation radulaire (intra-métamérique), entrent en jeu pour lier les différents métamères entre eux (innervation inter-métamérique). L'organisation métamérique devient alors plurisegmentaire et permet au réflexe de se diffuser sur plusieurs

étages. Ces liens se font grâce aux collatérales des fibres radiculaires afférentes, aux troncs sympathiques latérovértébraux et aux réseaux d'interneurones névrauxiaux.

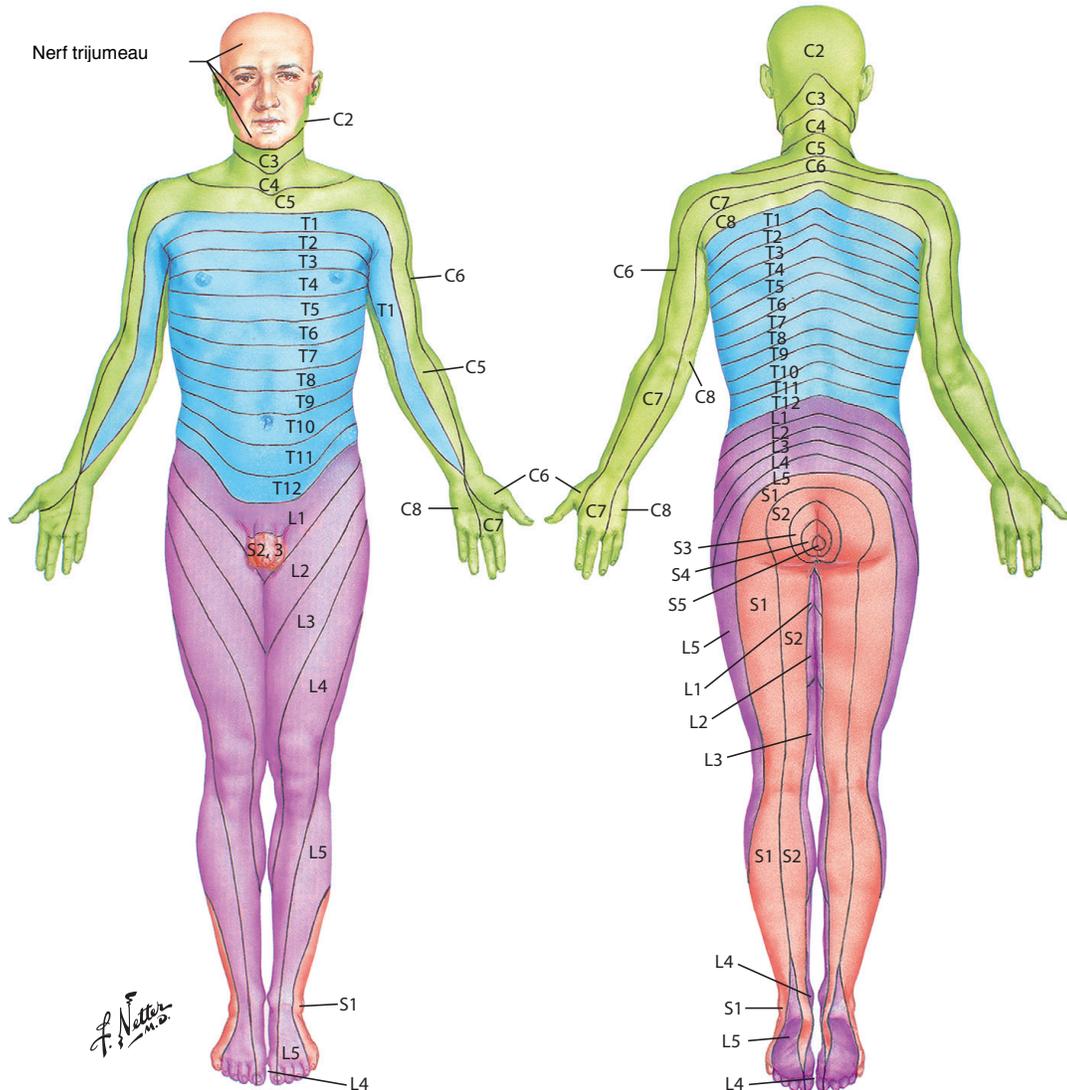


Figure 2 : Les dermatomes (selon FH Netter)

Niveaux des principaux dermatomes : C5 Clavicule, C5-6-7 Parties latérales des membres supérieurs, C6 Pouce, C6-7-8 Main, C8 Annulaire et auriculaire, C8-T1 Parties médiales des membres supérieurs, T4 Niveau du mamelon, T10 Niveau de l'ombilic, T12 Régions inguinales ou aines, L1 Régions inguinales ou aines, L1-2-3-4 Faces antérieures et médiales des membres inférieurs, L4 Faces médiales du gros orteil, L4-5-S1 Pied, S1 Bord latéral du pied et du petit orteil, L5-S1-2 Faces postéro-externes des membres inférieurs, S2-3-4 Périnée. (23)

1.2.3.2.2. Le système nerveux végétatif

Le système nerveux végétatif ou autonome gère les fonctions vitales, assure l'homéostasie et permet le fonctionnement automatique du corps humain. Il est composé au niveau de l'encéphale : de l'hypothalamus, du système limbique et du tronc cérébral qui orchestrent son fonctionnement. Le système nerveux autonome est composé de deux systèmes : le parasympathique et l'orthosympathique (Fig. 3).

Ces entités ont pour rôle d'assurer l'homéostasie corporelle en s'équilibrant. Néanmoins si l'une d'entre elles fait défaut, l'expression de l'autre domine alors. Le système parasympathique joue un rôle trophotrope : il ralentit les organes et active les viscères. Par opposition, l'orthosympathique est ergotrope : il stimule les organes et inhibe les viscères, son rôle est d'agir face aux situations de stress.

Les voies parasympathiques ont une distribution longitudinale, trans-métamérique scindée en deux. Le parasympathique crânien se situe dans le tronc cérébral. Il régule les glandes du massif céphalique, la motricité oculaire et agit sur le système postural. Son action s'étend jusqu'à la région thoraco-abdominal par la régulation des organes digestifs et sur les ganglions viscéraux et pré-viscéraux. Il atteint ces niveaux par l'intermédiaire du nerf vague (Xe paire de nerf crânien).

Le parasympathique sacré naît des neurotomes S2, S3 et S4 et innerve les organes pelviens.

Les voies orthosympathiques ont une organisation de type métamérique. Les corps cellulaires sympathiques siègent dans la moelle épinière (tractus intermedio-lateralis) des étages C8 à L2. Les fibres sympathiques sortent des centres médullaires et se rejoignent pour former les ganglions du tronc sympathique. De là les influx peuvent :

- Aller vers le ganglion pré viscéral ou viscéral ;
- Rejoindre les ganglions sus ou sous-jacents ;
- Retourner vers le nerf rachidien.

Ainsi les fibres efférentes orthosympathiques innervent aussi bien les vaisseaux, les glandes sudoripares que les organes. Seul diffère le chemin emprunté à partir des ganglions du tronc sympathique.

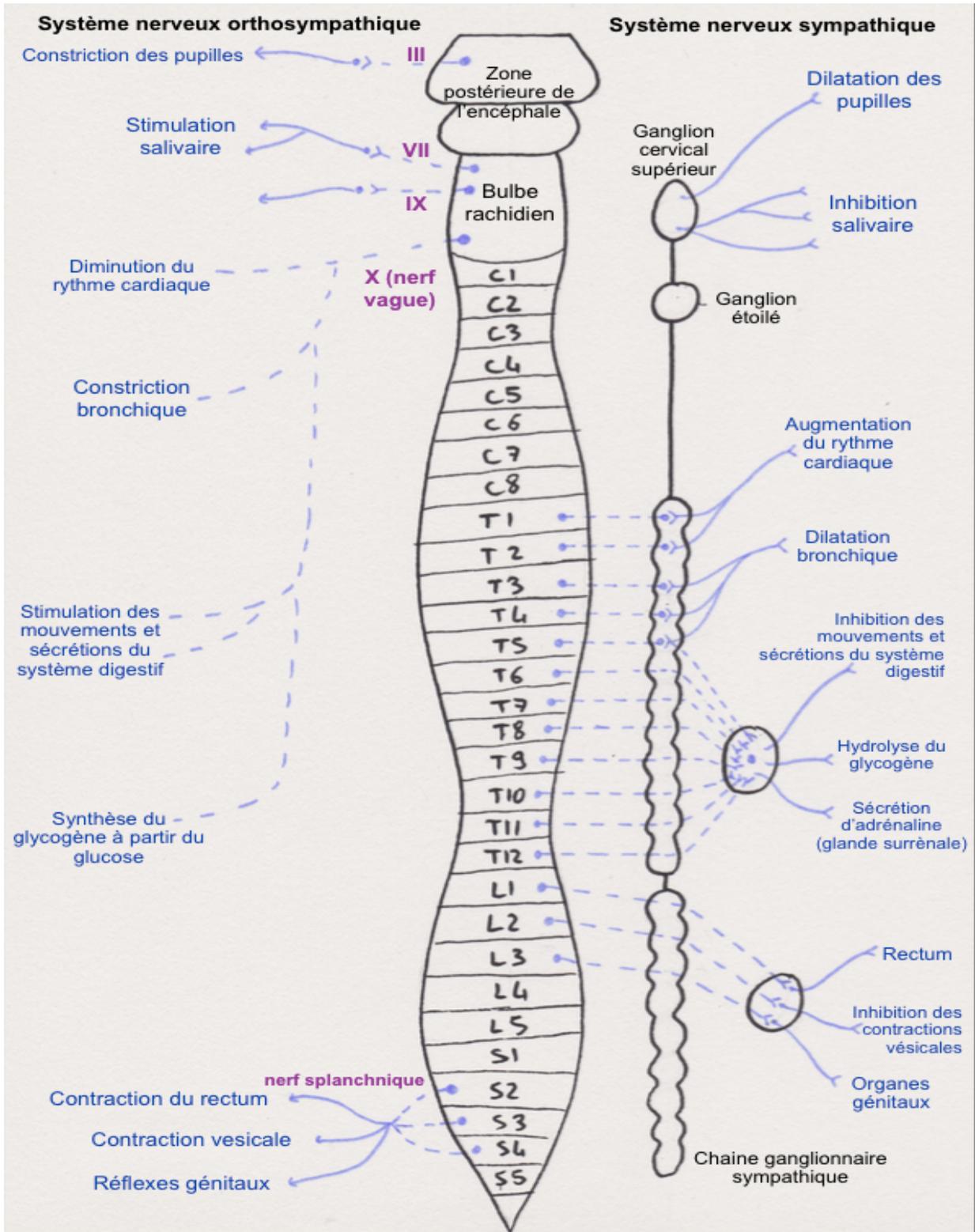


Figure 3 : Schéma du système nerveux végétatif

L'organe est innervé par un neurone sensitif, ayant son corps cellulaire dans le ganglion dorsal de la racine du nerf rachidien. Sa branche afférente traverse le ganglion du tronc sympathique via les rameaux communicants blancs et il rejoint la moelle par la corne dorsale. Il fait synapse avec un neurone inhibiteur. Celui-ci ferme le circuit en s'articulant avec un neurone effecteur.

Un dysfonctionnement au niveau d'un métamère peut s'étendre à d'autres par l'intermédiaire des voies du système nerveux végétatif. Les influx en se propageant aux ganglions sympathiques sus et sous-jacents permettent la connexion entre différents métamères. Chaque ganglion a pour rôle de filtrer ou d'amplifier les informations dans son métamère. Néanmoins la capacité d'autorégulation peut être dépassée. (21,24,25)

1.2.3.3. Imagerie fonctionnelle : mise en évidence des capacités d'activation du système nerveux par les réflexothérapies

Grace à l'imagerie fonctionnelle des études ont permis de montrer que la stimulation de zones réflexes retentit directement sur l'activité cérébrale.

En 2008, Nakamaru a étudié la relation somatotopique entre l'activité corticale et la stimulation sensorielle en réflexologie plantaire. Les zones de l'œil, de l'épaule et de l'intestin grêle ont été stimulées sur le pied gauche. L'analyse a montré que la stimulation réflexe active non seulement les zones somatosensorielles correspondantes au pied mais aussi aux trois éléments anatomiques visés.

Dans une autre étude en 2018, Unal montre que la réflexologie plantaire active et module l'oscillation des fréquences corticales gamma et bêta, et donc l'activité fonctionnelle cérébrale (en lien avec les capacités cognitives de l'être humain).

Ces deux études évoquent l'intérêt de l'imagerie fonctionnelle pour examiner la base des effets réflexes et pour mesurer l'activité fonctionnelle provoquée par une stimulation en réflexothérapie. (26,27)

1.2.4. Indications, contre-indications et intérêts des thérapies réflexes dans la pratique masso-kinésithérapique

Comme pour tout traitement, il existe des contre-indications à l'utilisation des réflexothérapies. Citons-les : les grossesses, les infections cutanées, les maladies thromboemboliques et les maladies psychiatriques.

De plus certaines précautions sont nécessaires notamment chez les patients sous traitement anticoagulant : ils nécessitent une surveillance accrue pendant et après la séance. Chez les porteurs de pacemaker ou défibrillateur nous préconisons d'éviter la stimulation de zones cardiaques. Il faut aussi porter une attention particulière aux douleurs aiguës qui peuvent exprimer une atteinte sévère (exemple : appendicite, souffrance cardiaque...). Face à ces douleurs le recours à un avis et des soins médicaux est obligatoire.

Enfin nous pouvons faire usage des réflexothérapies chez les enfants, et les personnes en fin de vie. Néanmoins les traitements doivent être adaptés et appliqués dans un climat de confiance.

Les principales indications d'usage des réflexothérapies sont : les pathologies de médecine du sport, les pathologies rhumatismales et musculo-articulaires, les pathologies de neurologie dysfonctionnelle (troubles dys, tics, bégaiements, émotionnel...), les troubles neurovégétatifs, les douleurs aiguës ou chroniques, l'algoneurodystrophie, les troubles digestifs, les atteintes respiratoires, les troubles uro-génitaux, les troubles circulatoires, les troubles psychologiques légers.

L'un des intérêts souvent avancé à propos de ces techniques est qu'elles permettent de traiter des douleurs importantes dès le début d'une prise en charge sans avoir à aborder directement les zones douloureuses, par mécanisme d'action réflexe à distance. (3,25,28-30)

1.3. Problématisation

Le massage et les techniques réflexes associées sont des moyens de traitements empiriques. Leurs origines remontent aux premiers traités de médecine traditionnelle chinoise, datant de quelques milliers d'années avant JC. Ces techniques étaient décrites et utilisées en lien avec l'acupuncture et le massage traditionnel asiatique. Elles ont été développées, à cette époque, sur un mécanisme d'essai-erreur et d'observation. Nos ancêtres utilisaient donc le massage réflexe parce qu'ils avaient observé des bénéfices, pour leurs patients, suite à l'application de ces techniques. Ces pratiques sont longtemps restées employées, sans savoir expliquer les raisons physiologiques de leurs effets sur le corps et sont arrivées jusqu'à nous, intriguant de nombreux professionnels de santé et scientifiques. Elles sont depuis des dizaines d'années étudiées, reprises, développées dans différents courants thérapeutiques, adaptées à des pathologies variées. Ce qui nous permet, à l'heure actuelle, de savoir expliquer les mécanismes physiologiques qu'utilisent les réflexothérapies. (1,31–33)

Le terme « réflexothérapies » définit un ensemble de techniques visant à provoquer des réactions réflexes, par l'application d'un stimulus manuel ou instrumental sur une zone précise, dite réflexogène. Une réponse est caractérisée comme réflexe, lorsqu'elle survient à distance de son stimulus.

Les techniques réflexes sont souvent associées, dans la pratique masso-kinésithérapique, au massage. Il existe différents courants de réflexothérapies manuelles. Citons-en quelques-uns : le BGM, le massage des *Trigger points*, la segment-thérapie, la massopuncture, le massage dans le tissu conjonctif, la technique de Kohlrausch, la technique de Vogler, l'auriculothérapie, la réflexologie plantaire, le massage neural. (5)

Cette méthode thérapeutique repose sur des mécanismes neurophysiologiques, permettant la connexion entre la zone de stimulation et de réponse. L'organisation métamérique du système nerveux radiculaire associée à l'organisation du système nerveux végétatif mettent en relation des zones corporelles plus ou moins éloignées. Ainsi, des douleurs de l'épaule peuvent être la répercussion d'un dysfonctionnement hépatique. Par conséquent, une action thérapeutique au niveau du foie peut soulager des douleurs d'épaule, tous comme une action thérapeutique au niveau de l'épaule pourrait agir sur la sphère hépatique. (21,24,34)

Néanmoins ces techniques font face à un problème majeur, le manque d'études scientifiques fiables à leur sujet. En effet, l'apport croissant de *l'évidence-based practice* dans notre système de santé actuel impose à chaque technique de soin d'être rigoureusement étudiée, testée afin de prouver son efficacité et donc de justifier son emploi. La réalisation de ces études utilise des étapes clés, des protocoles rigoureux sans lesquels une étude ne peut être validée par la communauté scientifique. Cette non-validation peut-être la conséquence d'un manque de reproductibilité de l'étude, d'une population étudiée trop petite, d'un protocole trop peu précis. Plusieurs aspects créent des biais lors des études réalisées sur les réflexothérapies, par exemple :

- La variabilité d'application manuelle des stimuli est responsable d'un biais de reproductibilité ;
- Le manque de consensus entre les différents courants thérapeutiques (ils ne s'intéressent pas tous aux mêmes zones à traiter pour un même problème). Et le choix des zones à traiter, propre à chaque patient en fonction de son bilan, rend difficile la réalisation de traitement protocolaire.

L'influence de l'EBP sur les pratiques de soin actuelles, questionne sur la place définie aux réflexothérapies dans notre médecine.

De nombreuses publications s'accordent à dire qu'elles ont un intérêt thérapeutique, tout en devant être accompagnées d'autres techniques dans une prise en charge ciblée. Néanmoins ces différents textes expriment tous le manque de publication d'études fiables permettant de conforter l'utilisation des massages réflexes et d'améliorer les protocoles (1,6,19,21,35,36). Cela influence directement les recommandations au sujet de l'utilisation de ces techniques.

En effet les réflexothérapies pourraient être définies comme « absentes » des recommandations de la Haute Autorité de Santé dans la pratique médicale et plus précisément masso-kinésithérapique. Elles ne sont évoquées qu'une seule fois par la Haute Autorité de Santé, au sujet de la prise en charge de la lombalgie commune. Mais ces recommandations se contentent de citer ces techniques sans mettre en avant leurs intérêts dans le traitement de cette pathologie, étant donné leur manque de preuve d'efficacité (6,37).

En confrontant ces éléments aux situations pratiques rencontrées lors de nos stages, réalisés en cursus initial d'études de masso-kinésithérapie, plusieurs questions nous viennent. Pourquoi, malgré le manque de recommandations et d'informations au sujet de l'efficacité de ces techniques, nous les rencontrons fréquemment pratiquées par des MK ? Les réflexothérapies

trouvent-elles place au sein du système de formation initiale et continue des MK ? Répondent-elles à la démarche EBP actuelle ?

L'EBP, au-delà de l'intégration des données probantes issues de la recherche méthodique, repose sur deux autres axes de décisions thérapeutiques : le point de vue du patient et l'expérience du professionnel de santé (4,6). Quelle place, les MK pratiquant les réflexothérapies, attribuent-ils à ces techniques dans la prise en charge masso-kinésithérapique actuelle ? D'après leurs expériences professionnelles et malgré l'absence de recommandation, conseilleraient-ils ces techniques ? Si oui, pour quelles pathologies, quels publics et quels objectifs de traitements ?

Tout cela nous amène à la question d'étude suivante : quelle est la place des réflexothérapies dans la pratique MK actuelle ?

Pouvons-nous nous attendre à ce que les MK pratiquant les réflexothérapies recommandent cette pratique à leurs confrères ? Et s'ils la recommandent, pour quels types de pathologies et de patients ?

2. Matériel et Méthode

2.1. Élaboration du questionnaire

2.1.1. Les différents types de questions

Les questions fermées désignent un type d'interrogation où les répondants doivent choisir entre des réponses déjà formulées. Elles sont à privilégier dans la réalisation de questionnaire. Elles facilitent le traitement des données. Il est possible d'ajouter aux choix de réponses une catégorie « autre » si elle ne présente pas plus de chance d'être choisie par rapport aux autres propositions.

Les possibilités de réponses multiples diminuent la contrainte que peuvent ressentir les répondants lors de leur participation. Elles permettent d'obtenir des réponses moins conformistes.

Les questions ouvertes désignent un type d'interrogation où les répondants sont libres de s'exprimer comme ils le souhaitent. Elles imposent à l'enquêteur de faire un inventaire précis des réponses avant leur analyse. Elles ont pour avantages de donner une plus grande possibilité de réponse, au risque que ces réponses s'éloignent du sujet de la recherche. Il faut néanmoins trier et résumer les réponses avant de les analyser, afin d'identifier les mots-clés, grandes idées, ce qui entraîne un risque de perte de données.

Les questions mixtes regroupent une première question fermée suivie d'une seconde ouverte. La première question oriente la réponse à la seconde, la rendant plus ou moins fermée. Le but de ces questions est d'éclaircir un propos ou de le justifier. (38)

2.1.2. Informations au sujet du MK interrogé (questions 1 à 5)

Les premières questions, ouvertes et fermées, visent à nous renseigner sur le MK interrogé. Elles questionnent : le genre, l'âge, l'ancienneté professionnelle, le pays d'obtention du diplôme du MK. Puis s'intéressent plus précisément au type d'exercice professionnel, afin de définir le(s) domaine(s) d'activités du MK. Ces informations nous ont permis d'étudier les réponses en fonction des caractéristiques de chacun. Afin d'identifier les points communs et les différences présentes dans notre population de MK interrogée.

2.1.3. Moyens et lieux de formation aux réflexothérapies (questions 6 et 7)

Nous posons ensuite deux questions fermées au sujet du type de formation reçue en réflexothérapies : à quelle(s) technique(s) de massage réflexe le MK est-il formé ? Quand s'est-il formé (formation initiale ou continue) ?

Puis une ouverture est faite en réponse à la seconde question pour connaître le lieu de formation. Ceci nous permet d'identifier les différentes formations initiales et continues existantes, et d'analyser en fonction des réponses si la pratique des MK diffère selon leurs formations. Ces questions répondent à une des interrogations de cette étude : où et comment les MK se forment aux réflexothérapies ?

2.1.4. Place des réflexothérapies dans leurs pratiques (questions 8 à 15)

Nous interrogeons ici via différents types de questions fermées :

- A quelle fréquence le thérapeute utilise ces techniques ;
- Les domaines pour lesquels il emploie les réflexothérapies ;
- Le(s) type(s) de symptômes traités grâce à elles ;
- A quels moments il utilise le massage réflexe dans la prise en charge du patient ;
- La population pour laquelle ces traitements sont utilisés.

Ces différents points ont pour but de faire un état des lieux de la pratique des réflexothérapies chez les MK interrogés.

A propos des symptômes traités à l'aide des réflexothérapies, l'étude s'est voulue limitée, afin d'éviter l'aspect rébarbatif du questionnaire dans le cadre de ce travail. Néanmoins une attention particulière est portée au sujet de la douleur. En effet l'utilisation des réflexothérapies dans le traitement de la douleur est couramment évoquée dans les articles et études scientifiques (11,29,30,39-41). Nous souhaitons donc approfondir ce point pour savoir pour quels types de douleurs cette technique de traitement est préférentiellement utilisée.

2.1.5. Intérêts des réflexothérapies dans la pratique MK (questions 16 et 17)

Par la suite, nous recensons par deux questions ouvertes les avantages et inconvénients des réflexothérapies dans la pratique MK, ce afin d'identifier les atouts et intérêts thérapeutiques, les freins au développement de ces techniques d'après les MK. Nous espérons pouvoir dégager des axes d'améliorations à propos des formations et des recherches menées sur les réflexothérapies qui faciliteraient et légitimeraient leur utilisation.

2.1.6. Statut des réflexothérapies face à l'EBP (question 18 à 21)

2.1.6.1. *Recommandation selon l'expérience clinique*

Une série de questions fermées est posée au sujet de l'expérience clinique du thérapeute interrogé. Afin de savoir si d'après leurs expériences ces professionnels recommandent ou non à leurs confrères l'utilisation de ces techniques. Et d'identifier les domaines, pathologies, populations pour lesquels ils conseilleraient la pratique des réflexothérapies.

2.1.6.2. *L'EBP et les réflexothérapies*

Nous poursuivons en posant deux questions fermées pour connaître l'avis des MK quant à la situation des réflexothérapies face à l'EBP. Répondent-elles à la démarche EBP actuelle ? L'EBP influence-t-il leur développement, reconnaissance ?

2.1.6.3. *Question de conclusion*

Nous terminons par une question ouverte au sujet du statut des réflexothérapies face à l'EBP. Cela nous permet de clôturer le questionnaire en donnant la possibilité au kinésithérapeute de développer ses deux réponses précédentes tout en finissant sur une note d'expression libre pour ne pas donner la sensation au MK d'être toujours bridé dans ses réponses.

2.2. Phase de pré-test du questionnaire

Un premier pré-test a été réalisé avec quatorze étudiants MK, de l'IFMK de Nancy, afin d'évaluer le temps de réponse, la lisibilité du questionnaire, la facilité de compréhension des

questions et réponses et la fonctionnalité des différents types de réponses demandées. Chaque élève était invité à laisser des commentaires pour nous aider dans la mise au point de la version finale. Aucun parcours type de réponse n'a été imposé, afin de laisser chacun cheminer naturellement dans le questionnaire comme en pratique.

A la suite de ce pré-test des questions ont été ajoutées, certaines reformulées, des types de réponses ont été modifiés, des sous-sections ont été créées, orientant les personnes vers une question particulière en fonction de la réponse précédente.

Une fois les modifications faites d'après les commentaires des quatorze testeurs, trois parcours types ont été rédigés. Une personne n'ayant aucun lien avec le domaine de la kinésithérapie s'est attelée à réaliser ces trois parcours afin de vérifier leur fonctionnalité et de corriger les quelques fautes de français restantes. Ce point de vue extérieur nous a permis de nous assurer que tout était compréhensible et le plus immersif possible.

2.3. Établissement de la population

2.3.1. Population française

La France compte environ 67 millions d'habitants dont d'après la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs 85 000 MK au 1^{er} janvier 2017 (70 738 MK libéraux et 13 337 MK salariés). Les MK représentent donc 0,13 % de la population française. Plus précisément les MK libéraux représentent 0,11 % de la population (42).

2.3.2. Population étudiée

La métropole du Grand Nancy est composée de 20 communes : Art-sur-Meurthe, Dommartemont, Essey-lès-Nancy, Fléville-devant-Nancy, Heillecourt, Houdemont, Jarville-la-Malgrange, Laneuveville-devant-Nancy, Laxou, Ludres, Malzéville, Maxéville, Nancy, Pulnoy, Saint-Max, Saulxures-lès-Nancy, Seichamps, Tomblaine, Vandoeuvre-lès-Nancy et Villers-lès-Nancy. Nous dénombrons 256 610 habitants (43), dont 311 MK libéraux d'après notre relevé sur

l' « annuaire santé Ameli ». Les MK libéraux représentent alors 0,12% de la population métropolitaine (44).

Nous avons choisi d'interroger la population des MK du Grand Nancy car elle est suffisamment représentative du pourcentage de MK dans la population française. Nous souhaitons déjà interroger cette population, pour vérifier si le taux de réponse était suffisant avant d'envisager de l'élargir aux kinésithérapeutes lorrains.

De plus la crise sanitaire de la Covid-19 a placé quelques difficultés sur notre parcours. Elle nous a retardé dans notre planning prévisionnel initial et nous a fait craindre un manque d'investissement des MK pouvant être préoccupés par cette période particulière. Nous avons alors préféré mener pleinement l'étude à petite échelle tout en envisageant pouvoir étendre l'étude à une population plus grande si les conditions s'y prêtaient. Le déroulement de l'année ne nous a pas permis de nous remettre à jour, néanmoins les MK Nancéiens ont répondu en nombre suffisant rendant l'étude statistiquement acceptable.

Enfin, nous avons fait le choix d'interroger à la fois les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés afin de comparer les réponses de ces deux populations. La population des MK du Grand Nancy, nous offre aussi une diversité suffisante de structures salariales.

2.3.3. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

2.3.3.1. *Recueil des données*

La collecte des données concernant les MK libéraux des 20 communes du Grand Nancy s'est fait via l'annuaire du site <http://annuairesante.ameli.fr/> . La même recherche a été effectuée pour chaque commune. Les critères de recherche au sein de cet annuaire étaient : « masseur-kinésithérapeute + *nom de la commune* (54) ». Chaque résultat obtenu a été inscrit manuellement dans un tableur Excel® afin d'obtenir un tableau avec l'ensemble des MK de la métropole répartie dans leur commune d'exercice respective. Un tri des doublons nous a permis d'obtenir l'effectif réel de 311 MK libéraux au sein du grand Nancy. (44)

2.3.3.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion à l'enquête étaient : « Nom, prénom et numéro de téléphone disponible ». Les MK pour lesquels ces trois informations n'étaient pas disponibles ont été exclus de l'étude. A la suite de ce tri la population pouvant être incluse dans l'enquête s'élevait à 248 MK libéraux (Tab. I).

Tableau I : Détails des populations théoriques – réelles – effectives

	Données Améli.fr	Effectif réel	Effectif après tri
Art-sur-Meurthe	1	1	1
Dommartemont	0	0	0
Essey-lès-Nancy	37	21	17
Fléville-devant-Nancy	4	4	2
Heillecourt	7	6	5
Houdemont	3	3	2
Jarville-la-Malgrange	6	6	6
Laneuveville-devant-Nancy	6	6	3
Laxou	20	20	18
Ludres	6	6	6
Malzéville	10	10	10
Maxéville	15	15	11
Nancy	248	130	100
Pulnoy	7	5	4
Saint-Max	32	16	13
Saulxures-lès-Nancy	2	2	2
Seichamps	8	7	5
Tomblaine	6	6	4
Vandoeuvre-lès-Nancy	30	28	25
Villers-lès-Nancy	22	19	14
Totaux	470	311	248

2.3.3.3. Échantillonnage et méthode de diffusion du questionnaire

Deux populations sont à prendre en compte. En effet l'enquête s'est déroulée en deux temps.

Pour commencer, un sondage téléphonique a été effectué, pour déterminer qui étaient les MK pratiquant les réflexothérapies au sein de la métropole du grand Nancy. Nous avons demandé, par la même occasion, à ces MK leur adresse mail, s'ils étaient d'accord pour répondre au questionnaire. Pour cette première phase il nous fallait définir un échantillon représentatif de notre population. Pour cela le calcul suivant a été effectué :

$$\text{échantillon} = \frac{\frac{[z^2 \times p(1-p)]}{e^2}}{1 + \frac{[z^2 \times p(1-p)]}{e^2 \times N}}$$

$$150,708175 = \frac{\frac{[1,96^2 \times 0,5(1-0,5)]}{0,05^2}}{1 + \frac{[1,96^2 \times 0,5(1-0,5)]}{0,05^2 \times 248}}$$

⇒ N = population = 248

⇒ p = écart type = 50% (0,5)

⇒ e = marge d'erreur = 5% (0,05)

⇒ z = z-score = 1,96 (définie d'après un niveau de confiance de 95%) (45)

Il nous fallait donc 151 réponses lors du sondage téléphonique pour affirmer qu'elles étaient représentatives de notre population. Afin de nous laisser toutes les chances d'atteindre ce taux de réponses et étant donné que notre population de départ était relativement petite, nous avons choisi de contacter la totalité de cette population. Nous n'avons donc pas tenu compte des résultats de l'échantillonnage pour faire un tirage au sort et définir les MK inclus aléatoirement à l'enquête. L'échantillonnage nous indiquait seulement ici l'objectif du nombre de réponses téléphoniques à atteindre.

Concernant la deuxième étape, la population était dépendante des réponses au sondage téléphonique. L'entièreté des MK pratiquant les réflexothérapies et donnant leur accord pour participer à l'enquête ont été recontactés par mail. Ce mail diffusait le lien d'accès au

questionnaire GoogleForm® (ANNEXE I) ainsi que nos coordonnées s'ils souhaitent nous recontacter. Nous tenions compte du fait qu'il fallait au moins 30 réponses au questionnaire pour qu'il soit statistiquement acceptable, analysable d'après la loi normale. (46)

2.3.4. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés

L'inclusion des MK salariés dans l'enquête a pour but de comparer les pratiques salariales et libérales.

2.3.4.1. Recueil des données

Tableau II : Les établissements de santé du Grand Nancy

Les deux établissements en italique ne font pas partie de l'air géographique de l'agglomération.
(CHRU = Central Hospitalier Régional Universitaire, CMP = Centre Médico-Psychologique, SSR = Soins de Suite et de réadaptation, IRR = Institut Régional de Réadaptation)

Hôpitaux	CHRU Central / CHRU Maternité / CHRU Brabois / Hôpital Saint-Julien / Hôpital d'enfant / CMP hop jour ad Medreville cpn G01/ CMP cattp hop jour Maxeville cpn I04
Cliniques	Clinique Ambroise Parré / Polyclinique Majorelle / Médipôle de Gentilly (rue M.Marvingt à Nancy) / Clinique Louis Pasteur / Clinique Saint-André / Cliniques Saint-Don
Hôpitaux Cliniques	/ Centre chirurgical Émile Gallé / Centre psychothérapique de Nancy / Institut de cancérologie de Lorraine
SSR	SSR les Élieux / OHS Centre Florentin / OHS Centre Jacques Parisot
Centres de rééducation	IRR Louis Pierquin / Médipôle de Gentilly (rue provençal à Nancy) / Médipôle de Gentilly (à Maxéville) / Centre de rééducation ouïe et parole / <i>IRR Flavigny-sur-Moselle / IRR Lay-Saint-Christophe</i>

Les informations au sujet des établissements de santé du Grand Nancy (Tab. II) ont été recueillies grâce à l'annuaire sanitaire et social. La recherche s'est composée de cinq catégories : « cliniques », « hôpitaux », « hôpitaux/cliniques », « soins de suite et de réadaptation » et « centre de rééducation ». Les données trouvées ont été comparées à celles du site ameli.fr et complétées.

Après tri des doublons nous avons obtenu 23 résultats. Deux autres structures (IRR Lay-saint-Christophe et IRR Flavigny-sur-Moselle), proches du Grand Nancy mais non comprises dans l'agglomération ont été incluses à l'enquête étant donné leur appartenance à l'IRR. Elles travaillent en lien avec les structures du Grand Nancy et ont une forte proximité avec l'IFMK de Nancy. De plus ces deux centres sont spécialisés dans des domaines non présents dans les centres de l'agglomération (pédiatrie et neurologie).

2.3.4.2. *Méthode de diffusion du questionnaire*

L'ensemble des cadres de ses structures ont été contactés par téléphone. Les structures employant des MK libéraux ou n'employant aucun MK ont été exclues de l'étude. Trois appels téléphoniques au maximum étaient passés pour une même structure, si au bout de ces trois tentatives nous n'obtenions pas de réponse, la structure en question était exclue de l'enquête. Le questionnaire était envoyé par mail aux cadres acceptant de le diffuser à leurs équipes de MK.

2.4. *Méthode d'analyse statistique*

Nous avons réalisé une analyse descriptive des résultats afin d'étudier la distribution des données et ou l'existence de résultats extrêmes. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyenne, maximum et minimum et comme pour les qualitatives en nombre et pourcentage. Des histogrammes et des graphiques en secteurs ont été réalisés afin de rendre plus visuelles les réponses aux questions clés.

Notre étude avait pour but de mettre à jour les pratiques professionnelles des MK quant aux réflexothérapies. Ainsi aucune analyse unie ou multivariée n'a été effectuée car nous ne souhaitons pas comparer ou mettre en relation plusieurs variables. De même des tests statistiques ou le calcul d'une *p-value* sont ici absents. Nos calculs nous ont permis d'évaluer la tendance générale des résultats de cette étude.

2.5. *Stratégie de recherche documentaire*

L'objet d'étude étant très vaste, la recherche documentaire n'a pas été aisée. Plusieurs tentatives de rédaction d'équation de recherche ont été réalisées en vain. Les résultats qu'elles

apportaient être soit trop nombreux et vastes, soit trop faibles et trop précis. Nous avons donc préféré commencer nos recherches en bibliothèque universitaire et à Réédoc, trouvant ainsi de nombreux ouvrages et articles nous intéressant. Puis différentes bases de données ont été consultées : Science Direct, Pedro, Cochrane Library, Google Scholar, Kiné Doc. Les mots-clés utilisés en première intention étaient : « réflexothérapie / *reflexotherapy* », « kinésithérapie / physiothérapie / *physiotherapy* », « évidence based-practice / *evidence based-practice* ». Les mots-clés secondaires étaient : « BGM / *CTM* », « *Trigger points* », « réflexologie / *reflexology* » et « effet / *effect* ».

2.6. Aspects réglementaires et éthiques

Aucune demande d'avis du Comité de Protection de la Personne ni de la Commission Nationale Informatique et Libertés, n'a été effectuée car notre étude ne répondait pas aux critères de demande.

Le Comité de Protection de la Personne se prononce au sujet des conditions de protection des participants à l'étude et des données ainsi que sur la pertinence et qualité méthodologique du projet. Une demande d'avis du Comité de Protection de la Personne doit être effectuée en cas d'enquête de niveau 1, 2 ou 3 selon la loi Jardé (une demande spécifique à la Commission Nationale Informatique et Libertés doit être faite pour pouvoir demander l'avis du Comité de Protection de la Personne).

3. Résultats

3.1. Enquête téléphonique

Au total 248 MK libéraux ont été inclus dans l'enquête. Ils ont tous été contactés téléphoniquement une fois. En cas de non-réponse un second appel fut passé deux semaines plus tard. Les MK n'ayant répondu à aucun des deux appels (n=61) ont été exclus de l'enquête, tout comme ceux ayant un numéro de téléphone non attribué (n=29).

Pour les kinésithérapeutes ayant répondu au téléphone un discours type était prononcé : 3 d'entre eux ont d'office refusé de participer à l'étude, 105 ont déclaré ne pas pratiquer les réflexothérapies, 2 se sont déclarés pratiquants mais ont refusé de donner leur adresse mail et donc de participer au questionnaire, 48 MK ont répondu « oui » à la question « pratiquez-vous les réflexothérapies ? » et nous ont fourni leur adresse mail afin d'être inclus dans l'étude.

Concernant la population ayant répondu au téléphone, elle est composée de 57,6% d'hommes (n=91) et 42,4% de femmes (n=67). Par rapport à un effectif de départ de 55,6% d'hommes (n=138) et 44,4% de femmes (n=110).

Le pourcentage de MK libéraux inclus dans l'enquête téléphonique et pratiquants les réflexothérapies est de 30,4% (n=48) (Fig. 4).

Sur les 48 MK pratiquant les réflexothérapies, deux doublons étaient présents. Après rectification, nous avons envoyé le questionnaire à 46 MK libéraux. Parmi eux, une adresse mail s'est avérée erronée : le MK n'a pas pu participer au questionnaire réduisant ainsi le nombre de MK libéraux interrogés à 45.

Au sujet des MK salariés, sur les 25 structures incluses dans l'enquête nous avons réussi à en contacter 21. Seules 13 d'entre elles emploient des kinésithérapeutes salariés, les 8 autres n'emploient pas de MK ou que des MK libéraux prestataires et ont été exclues de l'enquête. Sur ces 13 structures le cadre de santé de l'une d'entre elle nous a affirmé qu'aucun des kinésithérapeutes, de son équipe, n'étaient formés à ces techniques. L'ensemble des autres cadres ont accepté de transmettre notre questionnaire à leurs équipes de MK mais semblaient sceptiques à l'idée qu'ils pratiquent ces techniques. Seule le cadre de l'IRR Louis Pierquin nous a affirmé que certains des membres de son équipe étaient formés et pratiquaient les réflexothérapies.

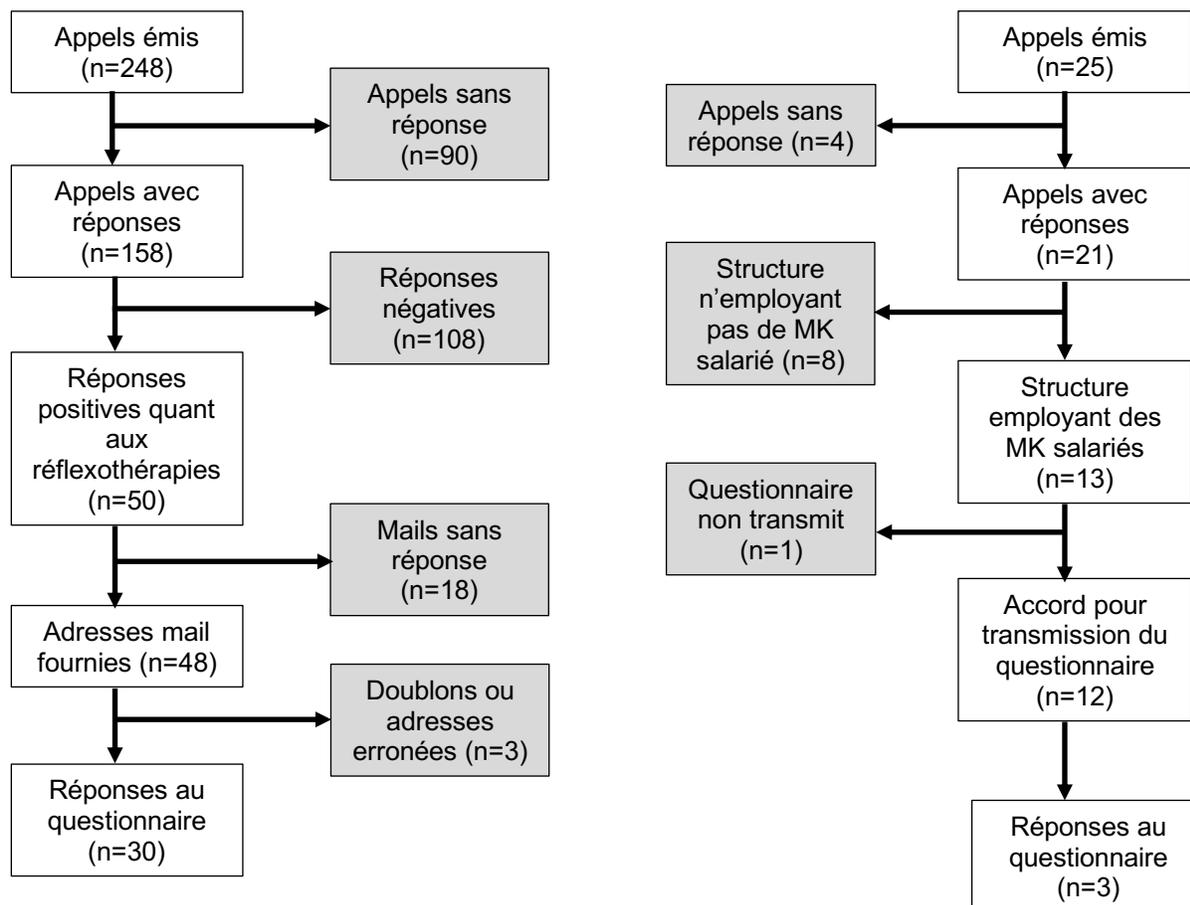


Figure 4 : Diagramme de flux des MK libéraux (à gauche) et des MK salariés (à droite)

3.2. Réponses au questionnaire

3.2.1. Caractéristiques de la population répondant au questionnaire

L'ensemble des questionnaires ont été envoyés avant le 15 décembre 2020, date de relance des MK libéraux par mail pour espérer obtenir quelques réponses supplémentaires. Une autre relance a été effectuée mi-janvier. Pour finir nous dénombrons trente-trois MK répondant, composés de 39,4% de femmes (n=13) et 60,6% d'hommes (n=20) (Tab. III). Parmi cette population il y a 90,9% de MK libéraux (n=30), 6,1% de salariés (n=2) et un mixte (3%).

L'âge des répondants va de 24 à 61 ans avec une moyenne de 40,8 ans. L'âge moyen des hommes est de 41,4 ans et 39,2 ans pour les femmes. La tranche d'âge la plus représentée

est celle des 30-39 ans (36,4%, n=12). Selon le domaine d'exercice nous constatons que les répondants exerçant en libéral sont en moyenne plus âgés que ceux n'ayant qu'une activité salariale (moyenne de 40,5 ans pour les libéraux, 55 ans pour le MK mixte et 34,5 ans pour les salariés).

La France est le pays d'obtention du diplôme le plus représenté, 84,8% des MK répondant (n=28). La Belgique et l'Espagne sont chacune représentées par 2 MK (12,1%). Enfin un répondant a suivi son cursus initial en l'Allemagne.

Les MK ont obtenu leur diplôme entre 1981 et 2019. L'année moyenne d'obtention du diplôme est 2003. Seulement 36,4% des MK ont été diplômés avant cette date (n=12). Nous comptons 2 répondants diplômés en 2019, en France, ils font partie des premiers MK diplômés de la réforme des études de masso-kinésithérapie de 2015.

Le type d'exercice des MK libéraux est divisé en trois catégories : 63,3 % exercent en tant que titulaires (n=19), 16,7% exercent en tant que collaborateurs (n=5) et 20% exercent en tant qu'assistants (n=6).

Tableau III : Caractéristiques de la population répondante

		Femme	Homme	Population globale
Age	Moyenne	39,2	41,4	40,5
	Maximum	60	61	61
	Minimum	27	24	24
	Médiane	36	39,5	37
Année d'obtention du diplôme	5	9	2003,1	2003,5
	15	24	2019	2019
	Minimum	1989	1981	1981
	Médiane	2006	2004	2004
Exercice (somme)	Titulaire	7	12	19
	Libéral			
	Collaborateur	2	3	5
	Assistant	2	4	6
	Salarial	2	1	2
Mixte	0	1	1	
Formation (somme)	Initiale	4	5	9
	Continue	9	15	24

L'activité horaire des MK libéraux s'étend de 9 à 80h par semaine avec une moyenne de 45,7 h, dont 17 MK (51,5%) pratiquant à un rythme inférieur à cette moyenne.

Les principaux domaines de spécialisation des MK libéraux sont la traumatologie-orthopédique (43,3%, n=13), et la rhumatologie (33,3%, n=10). Les autres domaines sont moins représentés : pneumologie (n=4), gériatrie (n=3), gastro-entérologie (n=3), pédiatrie (n=3), psychiatrie (n=2), neurologie (n=2), grand-brûlé (n=1) et oncologie (n=1). Au total 15 MK (50%) déclarent ne pas avoir de spécialité.

Les MK salariés sont représentés par 2 femmes, l'une travaille à temps partiel, l'autre à plein-temps. Toutes les deux exercent en service de traumatologie et d'orthopédie.

Le MK ayant une activité mixte (salariale à plein temps et libérale à 8 h par semaine) est un homme de 55 ans. Ses deux activités se font dans les domaines de la traumatologie, orthopédie et rhumatologie.

3.2.2. Formations aux réflexothérapies

La majorité des MK 63,3% (n=21) sont formés à l'utilisation des *Trigger points*, 48,5% (n=16) ont reçu une formation en BGM – massage dans le tissu conjonctif et 30,3% en réflexologie plantaire (n=10). Une partie des MK interrogés (36,4%, n=12) ont déclaré avoir reçu d'autres formations en réflexothérapie :

- 9,1% sont formés en Niromathé® (n=3),
- 6,1% sont formés en reboutement (n=2), dry needling (n=2), approche aponévrotique (n=2) ou auriculothérapie (n=2)
- 3% sont formés en thérapie des ventouses (n=1), biokinergie (n=1) ou en ostéopathie reflexe (n=1).

Sur l'ensemble des MK, 27,3% (n=9) ont reçu ces enseignements lors de leur cursus initial et 72,7% (n=24) par l'intermédiaire de la formation continue.

Voici les instituts de formation initiale où les MK déclarent avoir été formés aux réflexothérapies : IFMK de Nancy (n=6), IFMK de Strasbourg (n=1), Physiotherapie Schule Ortenau – Eckartsweier (n=1) et Haute École Robert Schuman Libramont (n=1).

De nombreux lieux de formation continue ont été évoqués par les MK :

- 5 se sont formés à la Formation Kiné Nancy Lorraine
- 3 se sont formés à l'Institut de Thérapie Manuelle et Physiothérapies
- 3 se sont formés à l'institut kinesport
- L'institut MingMen de Nancy ainsi que l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Vichy sont représentés chacun par 2 MK s'y étant formés.
- Pour les autres formations elles sont chacune évoquées une seule fois : format'kiné, kinéformation, l'Institut Supérieur en Thérapie Manuelle, l'Office National de Recherche et d'Enseignement en Kinésithérapie, les chaines physiologiques de Busquet, l'Institut Lorrain de Médecine Traditionnelle Chinoise, une formation de réflexologie à Barcelone, Dr Raymond Branly, une école d'osthéopathie, le Centre d'Études Réflexothérapiques Atlantique et une formation en médecine traditionnelle chinoise et ayurvédique.

3.2.3. Inclusion des réflexothérapies dans leurs pratiques

Une grande partie des MK 75,8% (n=25) déclarent utiliser les réflexothérapies au moins une fois par jour. Quant aux autres : 15,2% (n=5) y ont recours au moins une fois par semaine, 3% (n=1) au moins une fois par mois et 6% (n=2) moins d'une fois par mois.

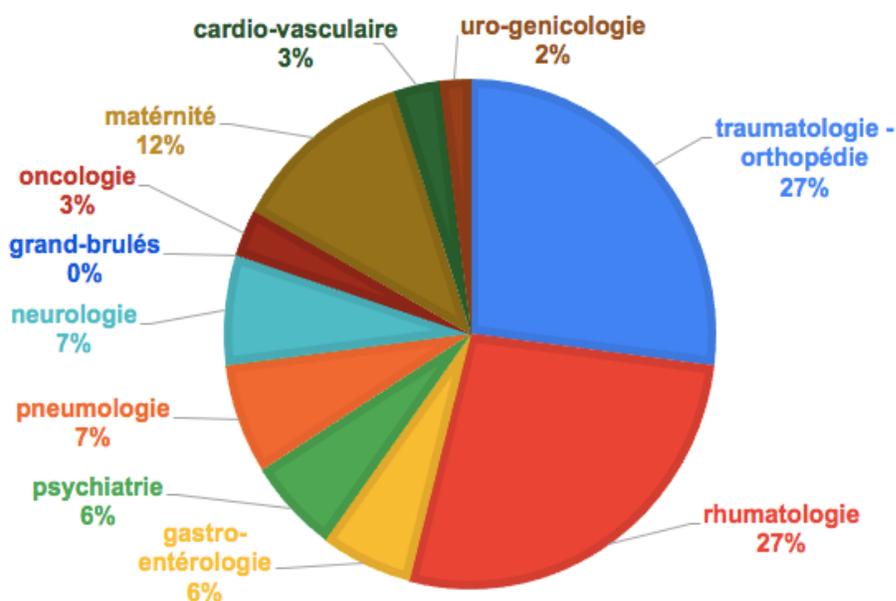


Figure 5 : Domaines d'utilisation des réflexothérapies

La traumatologie, l'orthopédie et la rhumatologie sont les domaines privilégiés d'utilisation des réflexothérapies par les MK. Ils représentent à eux trois plus de 50% des domaines d'emploi choisis par les MK (Fig. 5).

Le sujet du traitement de la douleur est fréquemment évoqué dans les écrits au sujet des réflexothérapies. A la question « utilisez-vous les réflexothérapies dans le traitement de la douleur ? » 97% des MK ont répondu oui (n=32). Certains MK n'utilisent ces techniques que pour le traitement de la douleur chronique 18,2% (n=6), face à 9,4% pour la douleur aiguë (n=3). Néanmoins 71,9% des MK les emploient aussi bien face à des douleurs aiguës que chroniques.

Trois types de douleur ont été prises en compte : inflammatoire, mécanique et neuropathique. Nous avons demandé aux MK de classer de 1 à 3 leur fréquence d'utilisation des réflexothérapies pour traiter ces types de douleur (1 étant le plus fréquent). D'après leurs réponses les massages réflexes sont plus fréquemment utilisés pour les douleurs mécaniques, puis inflammatoires et enfin neuropathiques (Fig. 6).

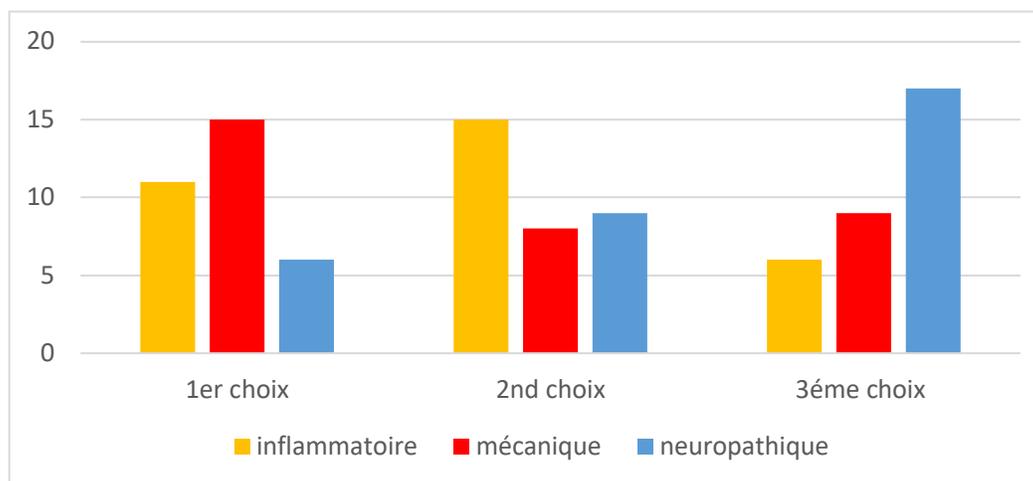


Figure 6 : Préférence d'utilisation des réflexothérapies selon le type de douleur.

Le 1^{er} choix étant le type de douleur pour lequel les réflexothérapies sont le plus souvent employées.

La majeure partie des MK 78,8% (n=26) utilise les réflexothérapies pour traiter d'autres symptômes que la douleur. En dehors de la douleur, les trois objectifs de traitement préférentiellement visés par l'utilisation des réflexothérapies sont : lutter contre les limitations d'amplitudes, lutter contre les troubles digestifs et favoriser l'assouplissement (Fig. 7).

Les réflexothérapies sont préférentiellement employées en milieu (48,5%, n=16) ou début (39,4%, n=13) de séance, plutôt qu'à la fin (12,1%, n=4). De même plus de 60% des MK ont recours à ces techniques pour des objectifs de traitement à court (n=22) ou moyen terme (n=23), plutôt qu'à long terme (n=12).

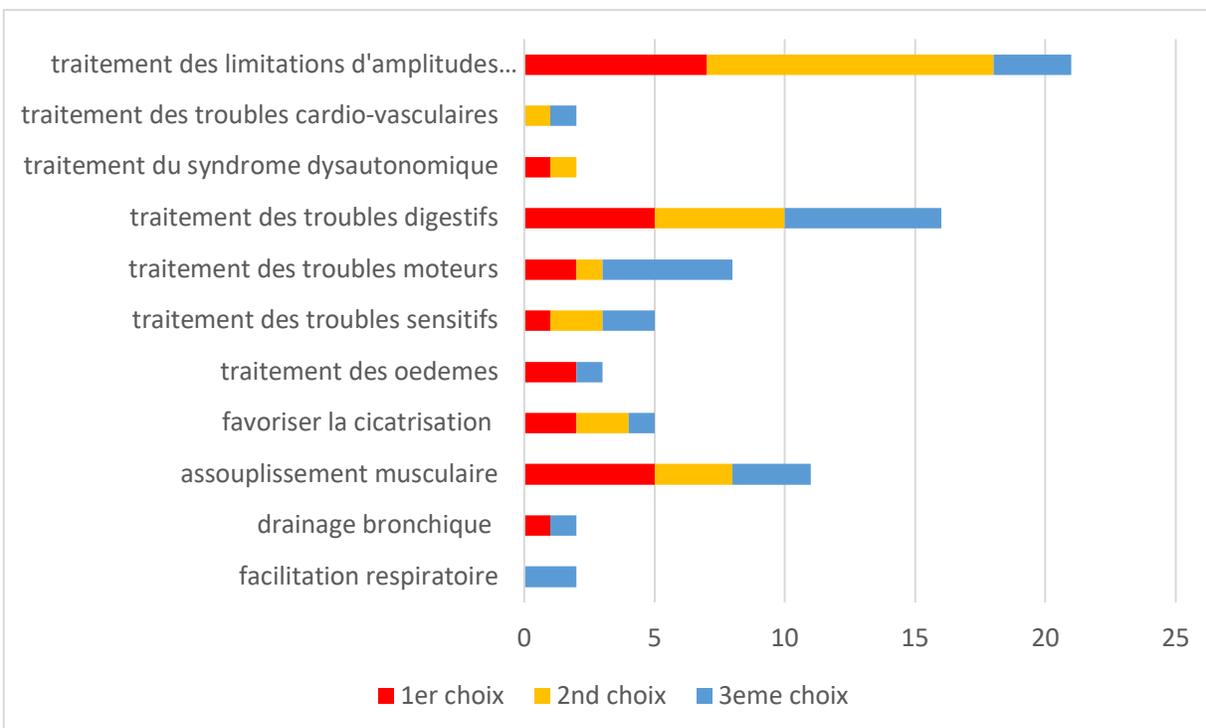


Figure 7 : Préférence d'utilisation des réflexothérapies selon l'objectif de traitement.
Le 1^{er} choix étant l'objectif pour lequel les réflexothérapies sont le plus souvent employées.

Seuls 6,1% des MK différencient les genres en utilisant ces techniques chez la patientèle féminine. Enfin ce sont pour les patients adultes qu'elles sont le plus employées, 100% des MK (n=33) utilisent les réflexothérapies sur cette tranche d'âge, contre : 57,6% (n=19) sur les personnes âgées, 45,5% (n=15) sur les adolescents, 30,3% (n=10) sur les enfants et 21,2% (n=7) sur les nourrissons.

3.2.4. Intérêts des réflexothérapies dans la pratique Masso-kinésithérapique

Nous avons questionné les MK sur les avantages des réflexothérapies dans leur pratique. Voici un tableau des grandes idées qu'ils ont évoqué (Tab. IV).

Tableau IV : Avantages et inconvénients des réflexothérapies dans la pratique masso-kinésithérapique.

	Avantages	Inconvénients
Arguments opposables	Bénéfices visibles rapidement (30,3%)	Temps d'action parfois long (3%)
	Techniques douces, non invasives (21,2%)	- Le dry needling est invasif (3%) - Techniques parfois douloureuses (9,1%)
	Techniques faciles, rapides à appliquer (12,1%)	- Longues à appliquer (9,1%) - Application fatigante pour le MK (3%)
	Techniques appréciées des patients (12,1%)	Techniques dépendant de la réceptivité des patients, qui est nécessaire à la bonne réalisation du traitement (27,3%)
	Techniques avec peu d'effets secondaires (3%)	Techniques ayant des contre-indications (3%) et risques d'effets secondaires (18,2%)
	Techniques manuelles (3%)	Traitement passif (3%)
	Techniques complémentaires à d'autres traitements (9,1%) ou apportant des réponses en cas de non-efficacité de certains traitement (3%)	Techniques complémentaires à d'autres (6,1%)
Arguments sans liens	Techniques permettant un gain fonctionnel et d'améliorer la qualité de vie (6,1%)	Techniques pouvant amener à des difficultés d'échanges entre professionnels (3%)
	Technique traitant la douleur et aidant au relâchement (27,3%)	La réaction du patient peut être difficile à percevoir alors qu'elle aide à réaliser le traitement (3%)
	Techniques permettant un traitement à distance de la zone douloureuse (15,2%)	Techniques faisant face à un manque de reproductibilité d'application des techniques et de preuves scientifiques de leur efficacité (12,1%)
	Techniques holistiques ou segmentaires (12,1%)	Techniques méconnues (9,1%)
	Techniques ayant une action sur le système nerveux (9,1%)	
	Techniques n'ayant aucun inconvénients (15,2%)	

3.2.5. Place des réflexothérapies face à l'EBP

A propos des questions sur l'EBP : 97% des MK recommanderaient l'usage des réflexothérapies à leur confrères. Ces conseils ciblent principalement les domaines de la traumatologie, l'orthopédie, la rhumatologie et de la gastro-entérologie (Fig. 8). Ils s'adressent en priorité aux objectifs de traitement de la douleur, des limitations d'amplitudes articulaires, d'assouplissement musculaire, et des troubles digestifs (Fig. 9).

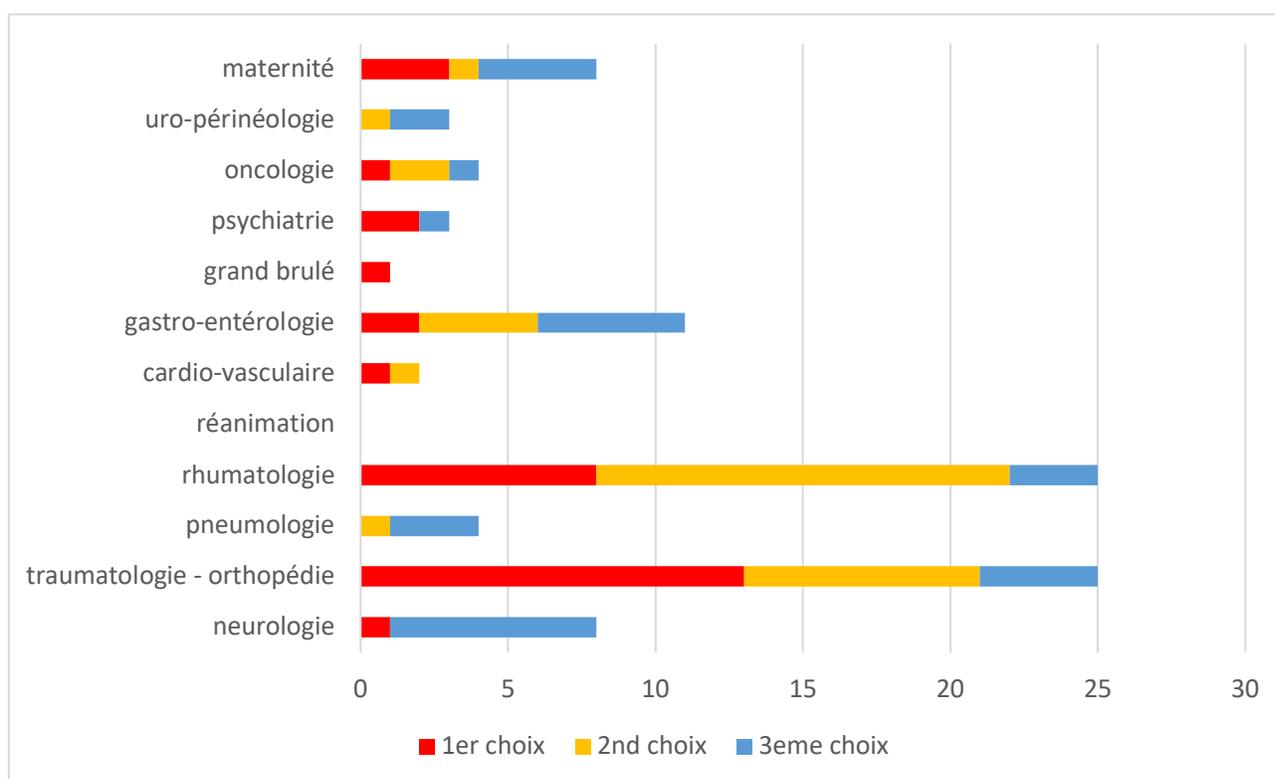


Figure 8 : Taux de recommandation des réflexothérapies selon les domaines de soin.

Le 1^{er} choix étant le domaine pour lequel les réflexothérapies sont recommandées en priorité..

Parmi ces 97% de MK, tous recommandent l'usage des réflexothérapies pour les patients adultes (100%, n=32). Les avis sont plus partagés pour les autres tranches d'âge : 71,9% (n=23) conseilleraient l'utilisation des techniques reflexes sur les personnes âgées, 66,7% (n=22) sur les adolescents, 48,5% (n=16) sur les enfants et 39,4% (n=13) sur les nourrissons.

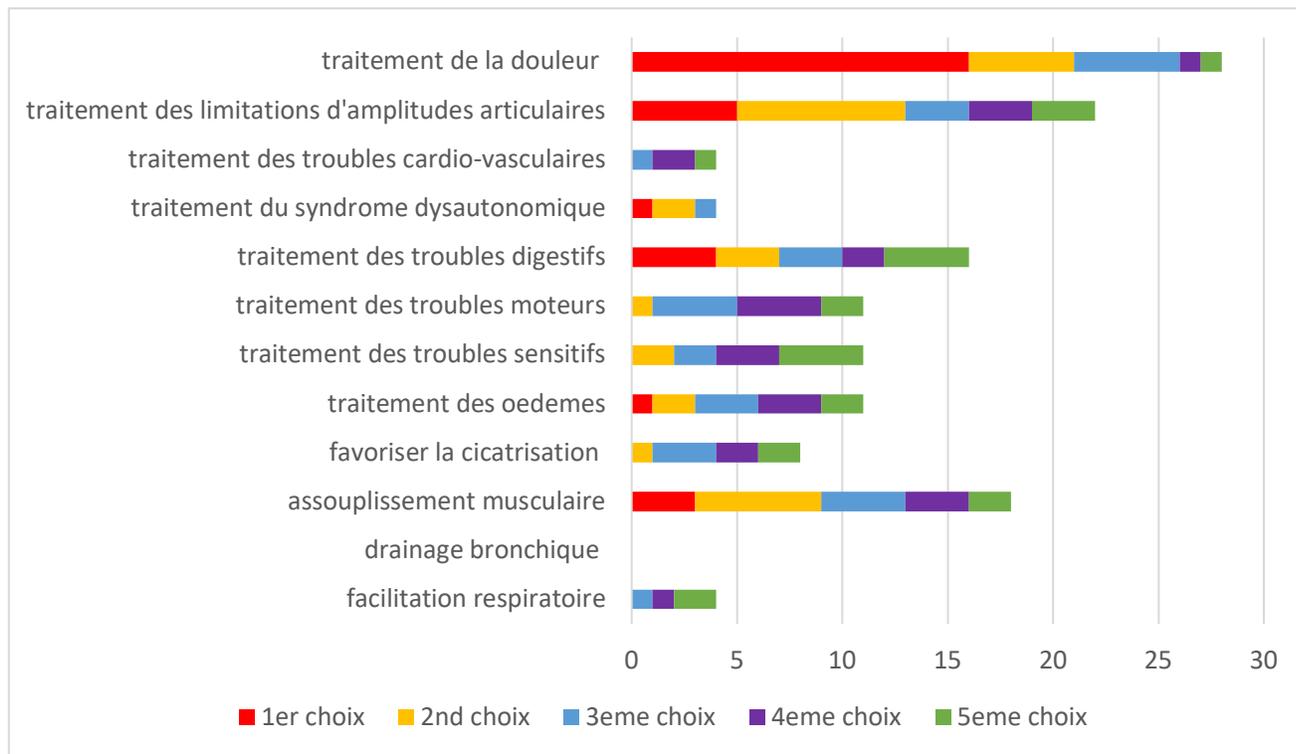


Figure 9 : Taux de recommandation des réflexothérapies selon les objectifs de traitement.

Le 1^{er} choix étant l'objectif pour lequel les réflexothérapies sont recommandées en priorité.

Selon 54,5% des MK (n=18) les réflexothérapies répondent à la démarche EBP actuelle. Et 57,6% pensent que l'EBP joue un rôle dans la reconnaissance des réflexothérapies. Les avis de MK sur le rôle que joue l'EBP face aux réflexothérapies sont très variés. Voici une liste des idées évoquées :

- L'EBP aide à la reconnaissance, à légitimer et à faire connaître ces thérapies (24,2%, n=8)
- La démarche EBP n'est pas adaptée à ces techniques et provoque des difficultés de réalisation et validation des études sur les thérapies reflexes (18,2%, n=6)
- Le rôle de l'EBP est de faire progresser ces techniques et leurs protocoles (9,1%, n=3)
- Ce sont des techniques anciennes ayant fait leurs preuves avec le temps (6,1%, n=2)
- La démarche EBP est nécessaire mais encore mal maîtrisée par les MK (3%, n=1)
- La démarche EBP est adaptée aux réflexothérapies, car elle a une approche globale prenant en compte les données scientifiques, l'expérience professionnelle, et le point de vue du patient (3%, n=1).

Enfin 39,4% des MK n'ont pas d'avis au sujet du rôle de l'EBP (n=13).

4. Discussion

4.1. Analyse des résultats

Question 1 : « Êtes-vous un homme ou une femme ? »

Le pourcentage d'homme répondant au questionnaire (60,6%) est supérieur à celui de la population contactée téléphoniquement (57,6%). Étant donné que cette population était représentative de celle des MK du Grand Nancy nous nous questionnons. Les hommes sont-ils plus intéressés par les réflexothérapies ? Leur application est-elle fatigante physiquement, donc moins privilégiée des femmes ?

Cette deuxième interrogation ne semble pas valide, aucune femme ne se plaint des contraintes physiques imposées par ces techniques, lorsque nous les questionnons au sujet de leurs avantages et inconvénients dans la pratique MK. Alors qu'un homme apporte un argument à ce sujet.

Question 4 : « Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ? »

D'après le rapport de 2017 du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (48) environ 23% des MK exerçants en France ont un diplôme étranger. Ce pourcentage est bien supérieur à celui de notre population répondante (15,2%). Nous n'avons pas analysé les programmes des cursus initiaux des différents instituts de formation européens pour affirmer ou non qu'il y a une différence de sensibilisation à ces techniques. Nos résultats ne nous permettent pas de nous questionner sur la différence d'intérêt, envers les réflexothérapies de la part des MK diplômés en France par rapport à ceux diplômés à l'étranger.

Néanmoins l'agglomération du Grand Nancy compte en son cœur l'IFMK lorrain. Cette variable pourrait expliquer ces différences de pourcentages. Les MK ayant étudié à Nancy y restent sans doute plus volontiers pour travailler, laissant moins de possibilités d'emploi au MK diplômés ailleurs.

Question 5 : « Travaillez-vous en libéral ou salarial ? »

A la question « Dans quel(s) domaine(s) êtes-vous spécialisés ? » la moitié des MK libéraux ont répondu ne pas avoir de spécialité. Certains d'entre eux ont à la fois cocher l'option

« Général - Pas de spécialisation » et d'autres propositions comme « Traumatologie – Orthopédie ». Cela nous interroge sur la bonne formulation de l'intitulé de la question ainsi que sur l'intérêt du choix de réponse « Général – Pas de spécialisation ».

N'aurait-il pas fallu questionner ainsi les MK : « Quels sont vos domaines d'exercices ? ». Et ôter l'option de réponse « Général – Pas de spécialisation ». Certains kinésithérapeutes ne se considèrent peut-être pas spécialisés mais n'exercent pas pour autant dans l'ensemble des domaines proposés en items.

En formulant ainsi le questionnaire nous aurions eu une meilleure vue d'ensemble des champs d'activités des MK répondants, en les laissant libres de cocher tous les domaines sans créer une réponse contradictoire, comme par exemple : « Général – Pas de spécialisation » + « Traumatologie-Orthopédie ».

La proportion de MK salariés ayant répondu au questionnaire est bien trop faible pour nous permettre d'analyser et comparer les réponses des MK libéraux et salariés. Suite à cette étude nous n'avons aucune notion du pourcentage de MK salarié pratiquant les réflexothérapies dans l'agglomération du Grand Nancy la principale cause de ce défaut d'information repose sur un biais de communication. (*cf. 4.2.1. Biais communication*)

Question 6 : « A quelle(s) technique(s) de réflexothérapies êtes-vous formés ? »

La majeure partie des répondants (n=30, 90,9%) sont formés à au moins une des trois formations évoquées dans notre questionnaire (BGM, Trigger point ou réflexologie plantaire). Seul un tiers de MK ont complété leur réponse en cochant l'item « autres » et nous ont indiqué le nom des autres formations qu'ils ont reçues.

Ces réponses ont été variées, l'une d'entre elles nous questionne particulièrement. Un kinésithérapeute se dit formé à l'utilisation des ventouses. Hors lors de notre sondage téléphonique plusieurs MK ont répondu ne pas pratiquer les réflexothérapies tout en déclarant faire d'autres techniques dont les ventouses. Ils ne les considéraient donc pas comme une technique reflexe. Néanmoins les écrits évoquent sans certitudes l'emprunt des voies reflexes par la thérapie des ventouses. (49–51)

La définition large des réflexothérapies rend difficile le recensement et la classification de toutes les techniques pouvant s'y référer. Ainsi la liste des items proposés dans le questionnaire

ne pouvait être exhaustive. Afin que les réponses au questionnaire soient les plus justes possible, une définition des réflexothérapies était indiquée aux kinésithérapeutes en introduction à cette question. Aurait-il fallu donner cette définition lors des conversations téléphoniques pour ne pas évincer de l'étude des MK utilisant des techniques au mécanisme d'action encore incertain mais supposé réflexe ?

Deux courants que nous ne connaissions pas ont été évoqués en réponse à cette question : la Biokinergie et la méthode Niromathé®.

Le site internet propre à la marque déposée Niromathé® définit ainsi cette méthode : « La méthode NIROMATHE est une méthode de réflexothérapie vertébrale et périphérique. Le praticien soulage en faisant vibrer la peau. Cette vibration lève les spasmes responsables des blocages et des douleurs associées. ». D'après cette définition cette technique appartient aux réflexothérapies. Or que ce soit dans le moteur de recherche de la Cochrane library, MEDLINE, EMConsult ou PubMed il n'existe pas d'études portant sur cette méthode. Elle semble alors méconnue et non prouvée. (52)

Au sujet de la Biokinergie, voici la définition donnée par le centre d'enseignement et de recherche en Biokinergie : « La Biokinergie, au carrefour des concepts de l'Ostéopathie, des techniques de fascias et des médecines manuelles énergétiques, développe, par des procédés techniques novateurs, une pratique en trois dimensions: ostéo-biomécanique, fascia-thérapeutique et énergétique. Les formations en Biokinergie s'adressent aux professionnels de santé, Masseurs-kinésithérapeutes, Ostéopathes, souhaitant maîtriser une pratique manuelle intégrative alliant traitement physique, énergétique et émotionnel. ». En juin 2014 le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a émis un avis relatif à la Biokinergie dont voici la conclusion : « à ce jour et au regard de ces dispositions déontologiques, le Conseil National de l'Ordre estime que la pratique de la « Biokinergie » ne peut pas être présentée comme salubre et sans danger au sens de l'article R 4321-87. ». D'après l'ordre cette technique ne relève pas du programme de formation initiale, n'est pas un acte professionnel relatif aux MK, repose sur des éléments physiopathologies théoriques non démontrés et son enseignement relève de connaissances impropres à la masso-kinésithérapie. Il considère donc la Biokinergie comme une technique non conventionnelle constituant une dérive thérapeutique si elle est utilisée par un MK. (53,54)

Au vu du manque de connaissances scientifiques il est légitime de se questionner sur l'efficacité et la légitimité de ces deux techniques. Car elles ne semblent pas répondre à une démarche EBP.

Question 7 : « Par quels moyens vous êtes-vous formés à ces techniques ? »

Un des objectifs de cette question était d'analyser les réponses des MK pour voir si leurs pratiques différaient selon s'ils étaient formés en formation initiale ou continue et selon les techniques de réflexothérapies qu'ils connaissaient. Aucune information à ce sujet n'a pu être retenue lors de l'analyse des réponses.

Les deux formations les plus évoquées par les MK formés en cursus initial (n=9) sont les « *Trigger points* » (n = 5) et le « BGM-Massage dans le tissu conjonctif » (n = 6). Il est probable que ces deux techniques aient été et ou soient enseignées dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie. D'après notre propre expérience nous savons que la méthode des *Trigger points* est couramment évoquée dans la formation initiale actuelle de l'IFMK de Nancy. De plus lors d'échanges avec des MK, diplômés de l'IFMK de Nancy il y a plus de 10 ans, ils nous ont affirmé avoir reçu un enseignement sur le BGM.

Quant aux lieux de formations continues, ils sont nombreux à être évoqués par les MK. Cela nous laisse penser que les formations aux réflexothérapies sont rependues et facilement accessibles. De plus la plupart des organismes de formation évoqués sont agréés Développement Professionnel Continu (DPC) et ou Fonds interprofessionnel de formation des Professions Libérales (FIFPL) (exemple : Formation Kiné Nancy Lorraine, Institut de Thérapie Manuelle et Physiothérapie, format'kiné, kiné-formations, Institut Supérieur en Thérapie Manuelle, Centre d'Étude Réflexothérapies Atlantique) ce qui montre une fiabilité de leur part.

Question 8 : A quelle fréquence utilisez-vous les réflexothérapies ?

La majeure partie des MK répondants utilisent les réflexothérapies couramment. Seul trois d'entre eux y ont recours moins d'une fois par semaine. Il semble alors que les MK formés aux méthodes reflexes y trouvent un bénéfice dans leur pratique.

Néanmoins l'interrogation téléphonique était « pratiquez-vous les réflexothérapies ? » et non « êtes-vous formés ? ». Nous connaissons donc la part de MK pratiquant les techniques reflexes et non celle de ceux formés. Afin d'analyser au mieux cette réponse il aurait fallu, lors de notre sondage téléphonique, poser deux questions aux MK : « êtes-vous formés aux réflexothérapies ? » et « les pratiquez-vous ? ». Nous aurions aussi pu interroger la totalité des MK formés afin d'étudier s'ils pratiquaient ou non, comment et pourquoi.

Question 9 : « Dans quels domaines avez-vous recours à ces techniques ? »

Les principaux domaines d'utilisation d'après les MK répondants sont : la traumatologie-orthopédie, la rhumatologie et la gastro-entérologie. Les deux premiers domaines correspondent à ceux pour lesquels notre population se dit la plus spécialisée. Il semble logique que les MK utilisent principalement ces techniques dans les domaines où ils exercent le plus.

Si nous avons eu des réponses de MK salariés, travaillant dans des services autres que ces spécialités, auraient-ils déclaré pratiquer ces techniques pour leurs spécialités ou simplement lorsqu'ils rencontraient des cas d'orthopédie ou rhumatologie chez des patients hospitalisés initialement pour un autre motif ?

Nous nous questionnons aussi sur d'éventuelles autres raisons faisant que les réflexothérapies sont plus utilisées dans ces domaines. Y trouvent-elles plus d'intérêts ? Y sont-elles plus faciles à mettre en œuvre ? A travers les différentes études que nous avons lues, les réflexothérapies ne semblent pas plus efficaces ou faciles à appliquer dans ces domaines. Par exemple, des études et articles évoquent l'intérêt de ces thérapies dans la prise en charge traumatologique tout comme gynécologique, pelvi-périnéologique (28,55) ou oncologique (56,57).

Question 10 : « Utilisez-vous les réflexothérapies dans le traitement de la douleur ? »

Seul un MK a déclaré ne pas utiliser les réflexothérapies pour traiter la douleur. Lorsque nous étudions ces réponses nous trouvons que 90,6% des MK utilisent les réflexothérapies pour traiter la douleur chronique et 81,3% pour la douleur aiguë. La réponse à cette question est significative : les réflexothérapies sont un des moyens de traitement de la douleur.

En affinant ce résultat nous constatons que les MK utilisent préférentiellement ces techniques pour traiter les douleurs mécaniques, puis inflammatoires et enfin neuropathiques. Ce constat est-il dû au fait que les réflexothérapies sont plus efficaces pour traiter les douleurs mécaniques que neuropathiques, ou parce que ces douleurs sont plus fréquemment rencontrées par les MK?

Nous savons d'après un dossier de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale en 2016 qu'environ 50% des adultes français souffrent de douleurs articulaires dont près de 10 millions d'arthrose (douleur de type mécanique) soit environ 18% et 600 000 de rhumatismes inflammatoires (douleur de type inflammatoire). Un autre dossier, datant de la même époque, nous indique que 7% des Français souffrent de douleurs neuropathiques (d'après les chiffres de l'Institut National d'Études Démographiques la population d'adultes français en 2016 était d'environ 55 millions). Les douleurs mécaniques semblent donc plus fréquentes que les douleurs neuropathiques. (58–60)

Question 11 : « Utilisez-vous les réflexothérapies pour d'autres objectifs que le traitement de la douleur ? »

A travers les trois objectifs préférentiellement visés par les MK nous faisons le lien avec les principaux domaines pour lesquels ils utilisent les réflexothérapies.

Ces objectifs sont : « traiter les limitations d'amplitudes articulaires », « favoriser l'assouplissement musculaire » et « traiter les troubles digestifs ». Ils répondent à des pathologies d'ordre traumatologique, orthopédique, rhumatologie et gastroentérologique. Ces buts sont couramment visés dans l'utilisation du massage traditionnel (massage suédois). Il serait intéressant d'étudier la différence d'efficacité des réflexothérapies par rapport au massage suédois. Pour savoir si elles ont un intérêt supérieur au massage traditionnel. Il existe des études à ce sujet qui n'arrivent pour le moment pas clairement à départager ces deux techniques et évoquent la nécessité de réaliser d'autres études plus fiables (61–63).

Question 15 : « Pour quel type de population utilisez-vous les réflexothérapies ? »

D'après leurs expériences les MK interrogés semblent plus couramment utiliser les réflexothérapies chez les adultes et personnes âgées. Nous supposons qu'ils rencontrent plus

fréquemment ces publiques en cabinet libéral que les nourrissons, enfants et adolescents. Car d'après H.Wardavoir les réflexothérapies trouvent des intérêts aussi bien auprès des nourrissons que des adultes (21).

Question 16 et 17 : Selon-vous quels sont les avantages et inconvénients des réflexothérapies en pratique masso-kinésithérapique ?

A travers cette question nous espérons pouvoir dégager des axes d'améliorations à propos des formations et des recherches menées sur les réflexothérapies, qui faciliteraient et légitimeraient leur utilisation. Cet objectif n'a pas été atteint, mais nous avons réussi à définir les principaux intérêts et désavantages propres à ces techniques.

Les intérêts des réflexothérapies dans la pratique MK pourraient se définir ainsi : « Ce sont des techniques aux bénéfices rapidement visibles, qui traitent la douleur et permettent le relâchement, par des manœuvres à distance des zones douloureuses, sans être invasives. Elles sont faciles à mettre en place, holistiques ou segmentaires, elles sont appréciées des patients. » Ces avantages concernent en grande partie le traitement antalgique ce qui fait lien avec la question 18. L'atout majeur de ces techniques semblent être leur capacité antalgique.

Quant aux principaux inconvénients les voici résumés : « Les réflexothérapies sont dépendantes de la réceptivité des patients et d'un nombre de connaissances suffisant pour une application correcte du traitement. Elles présentent des risques d'effets secondaires, un manque de reproductibilité et de preuves scientifiques au sujet de leurs mécanismes et de leur efficacité. »

L'ensemble des arguments évoqués par les MK, que ce soit au sujet des avantages ou des inconvénients de ces techniques, rejoignent les informations relatées en introduction de ce travail. (cf : 1.2.4. *Indications, contre-indications et intérêts des thérapies réflexes dans la pratique MK*)

Question 18 : « A travers votre expérience, recommanderiez-vous cette pratique à vos confrères ? »

D'après leur expérience 97% des MK recommanderaient l'utilisation des réflexothérapies à leurs confrères. Ces techniques répondent alors à l'un des trois éléments de la définition de l'EBP : l'expérience clinique. Les trois principaux domaines dans lesquels ils recommanderaient ces techniques sont la traumatologie-orthopédie, la rhumatologie et la gastroentérologie. Les objectifs de traitement pour lesquels ils les conseilleraient sont : traiter la douleur, traiter les limitations d'amplitudes articulaires, favoriser l'assouplissement musculaire et traiter les troubles digestifs. L'ensemble de ces résultats correspond à la façon de pratiquer des MK (cf. question 9 à 11).

Les MK libéraux n'ont pas accès à l'exercice en service de réanimation tout comme aucun des MK salariés ayant répondu à notre questionnaire. Cela peut expliquer qu'aucun MK ne recommande l'utilisation des réflexothérapies en réanimation, ajoutons à cela que nous n'avons trouvé aucune étude à ce sujet.

Question 19 à 21 : « Les réflexothérapies répondent-elles à la démarche EBP actuelle ? L'EBP joue-t-il un rôle dans le développement et la reconnaissance de ces techniques ? »

Les avis des MK quant à la capacité des réflexothérapies à répondre à la démarche EBP actuelle sont partagés. En effet d'après les résultats de la question 18 ces techniques répondent à un des trois critères de l'EBP : l'expérience professionnelle, mais les deux autres restent à interroger.

Un quart des répondants sont confiants quant au rôle que joue l'EBP pour aider à la reconnaissance de ces techniques, ainsi qu'à la progression de leurs protocoles. Certains sont plus perplexes à ce sujet et pensent que l'EBP n'est pas adaptée à ces techniques provoquant ainsi des difficultés de réalisation et validation des études. Enfin d'autres semblent penser que l'EBP n'est pas nécessaire pour évaluer ces techniques, voici leurs dires : « les réflexothérapies sont des techniques très anciennes ayant fait leurs preuves ». D'après les textes scientifiques les réflexothérapies montrent un intérêt dans la prise en charge de nombreux symptômes et sont prometteuses. Néanmoins de nouvelles études sont nécessaires pour expliquer et confirmer l'ensemble de leurs mécanismes et affirmer au mieux leur efficacité (1,6,19,21,35,36,64–67).

Le troisième aspect concerne le point de vue, les besoins et les croyances du patient. D'après les avantages évoqués par les MK, ces techniques semblent être appréciées des patients. En outre aucune donnée n'existe sur ce point, qui appelle à être éclairé (4).

4.2. Les biais de l'étude

4.2.1. Biais de parti-pris

Nous n'avons choisi d'adresser ce questionnaire qu'aux MK pratiquant les réflexothérapies. Cela nous évite d'obtenir principalement des réponses de MK intéressés par ces techniques, ce qui biaiserait les résultats. Néanmoins cela crée un biais de parti-pris car les MK répondants sont potentiellement favorables à l'utilisation de ces techniques.

4.2.2. Biais de communication

Le contact des MK salariés c'est fait par l'intermédiaire de leur cadre de santé. A travers cet appel nous expliquions notre démarche et demandions s'il était possible de transmettre par mail notre questionnaire aux MK de leur équipe.

Certains cadres ont pu mal comprendre notre démarche, d'autre se sont prononcés sur les méthodes d'exercice de leur équipe déclarant qu'elle ne pratiquait pas les réflexothérapies et mettant ainsi un terme à la communication. A part notre échange avec le cadre, ses dires, et son engagement oral, pour transmettre notre questionnaire, nous n'avions aucune assurance quant aux pratiques des MK salariés et leur accès à notre enquête.

Par conséquent, cette technique de communication est responsable d'une perte d'informations de par la présence d'un interlocuteur entre nous et le MK. Nous ne savons pas comment ni si les questionnaires leurs ont été transmis ni avec quelles informations.

4.2.3. Biais de représentativité

Le biais de communication est sans doute responsable en partie du biais de représentativité. Nous cherchions à recueillir un nombre suffisant de réponses de la part des MK

libéraux et salariés afin de pouvoir les comparer. Or le manque de contact direct avec les MK salariés fait que nous n'arrivons pas à les impliquer nous-même dans l'étude, ni à les dénombrer.

De plus nous n'avons aucune notion de la proportion de MK salariés dans la population du Grand Nancy, ce qui rend impossible l'analyse de la représentativité de cette population.

4.2.4. Biais méthodologique

Nous avons utilisé la base de donnée de l' « annuaire santé Améli » afin des recenser les noms, prénoms, numéros de téléphone des MK libéraux du Grand Nancy. Hors lors de notre sondage téléphonique nous nous sommes rendus compte que les informations de ce site n'étaient pas toutes à jour : certains numéros de téléphone n'étaient pas attribués ou appartenaient à des personnes n'étant pas kinésithérapeute, des cabinets n'existaient plus et certains étaient sans doute non répertoriés.

Quelle que soit la méthode choisie pour recueillir ces informations un biais méthodologique aurait été présent, car les annuaires présents en ligne ne sont jamais parfaitement à jour, que ce soit les Pages Jaunes® ou l'annuaire santé Améli.

Concernant la méthodologie du choix des questions, chaque type d'interrogations présente des avantages et des inconvénients. En choisissant d'inclure dans notre questionnaire des questions ouvertes nous avons fait face à la fois à un gain et une perte d'informations.

En effet les questions ouvertes offrent une possibilité de réponses plus larges aux MK, ils ne sont pas bridés à nos seules propositions et peuvent apporter des idées auxquelles nous n'aurions pas pensé.

Néanmoins lors de l'analyse de ces réponses, nous les résumons en grandes idées, en mots clés pour faire plus facilement ressortir les idées et pouvoir les comparer ou les associer. Cette méthode d'analyse nous fait perdre des informations et précisions évoquées par les répondants.

4.2.5. Biais de formulation

Nous avons téléphoniquement demandé aux MK s'ils pratiquaient les réflexothérapies. Ceci nous a permis de trier notre population mais n'a pas permis d'interroger la totalité des MK

formés à ces techniques. En effet en choisissant cette interrogation nous avons exclu les MK formés aux réflexothérapies mais ne les pratiquant pas. Nous ne savons donc pas pourquoi ils ne les utilisent pas. Or cette réponse aurait pu amener à questionner la légitimité, l'efficacité ou même la facilité d'utilisation de ces techniques.

De plus étions-nous certains que les kinésithérapeutes incluait tous les mêmes techniques dans le terme « réflexothérapies » ? Nous ne pouvions pas fournir trop d'informations lors de nos conversations téléphoniques pour ne pas risquer d'orienter leurs réponses au questionnaire. Par conséquent, en fonction de leurs propres définitions du terme réflexothérapies, des MK ont pu répondre « non » à cette question alors que d'autres pratiquant exactement les mêmes techniques qu'eux ont répondu oui.

4.3. Axes d'amélioration du questionnaire

Nous avons relevé, entre autres, deux axes d'améliorations de notre travail. Premièrement, certaines questions ou certains items de réponse mériteraient d'être reformulés. Deuxièmement, la forte ressemblance entre certaines questions entraîne un risque de « réponse automatique » de la part des MK, faisant ainsi diminuer leur concentration et précision de réponse au fur et à mesure du questionnaire. Voici les questions et items de réponses pouvant être améliorés :

- Nous pourrions rendre la question 6 ouverte en ne proposant aucun item et demandant aux MK de lister eux-même leurs formations, pour ne pas induire ni limiter leurs réponses.
- A la question 10, nous avons choisi, si le MK répondait « non », de l'orienter directement vers la question 11 alors que ceux répondant « oui » étaient orientés vers une sous-section afin qu'ils détaillent leur réponse au sujet de la douleur. Il serait intéressant d'ajouter une sous-section pour les réponses « non » afin de savoir pourquoi ils n'utilisent pas les réflexothérapies dans le traitement de la douleur. Nous pourrions faire de même pour les questions 11 et 18.
- Pour les trois sous-sections de la question 18 adressée aux répondants « oui », nous avons choisi de remettre des questions et mode de réponses (par classement) très similaires aus

questions 9, 11 et 15, ce qui revenait à prendre le risque d'induire un mode de « réponse automatique ». Nous avons fait au mieux pour limiter l'aspect rébarbatif de ce questionnaire, mais n'avons pas trouvé de solution pour formuler autrement cette question et ses réponses sans rendre le questionnaire plus lassant. Néanmoins nous avons conscience que cette formulation a pu rendre cette fin d'exercice plus embêtante et ainsi diminuer la précision des réponses.

4.4. Difficultés rencontrées lors de l'élaboration du mémoire

La principale difficulté rencontrée lors de ce travail concerne les recherches documentaires. Nous avons fait le choix de garder un sujet d'étude très vaste : nous ne voulions pas le restreindre à une technique réflexe ou n'étudier l'efficacité de ces techniques que pour une seule pathologie.

Ce choix nous a contraints à ne pas rédiger d'équation de recherche, ne facilitant ainsi pas les recherches documentaires. En effet suite à plusieurs tentatives de rédaction d'équation nous nous sommes aperçus que soit le nombre d'écrits obtenus était beaucoup trop vaste ou au contraire bien trop restreint. Nous avons alors commencé nos recherches à Réédoc en lisant quelques ouvrages et articles sur différentes techniques de réflexothérapies et en observant les références bibliographiques de ces écrits afin de voir si certains noms d'auteurs s'en détachaient. Par la suite nous avons consulté des sites de données scientifiques en ligne en essayant à chaque fois de rédiger au mieux le sujet de recherche avec nos mots-clés.

Ce travail a été réalisé du mois de janvier 2020 au mois de mai 2021. Nous avons rendu l'intention de recherche le 16 mars 2020 suite à des recherches bibliographiques et des rendez-vous avec notre référente pédagogique et notre directeur de mémoire. Suite à cette première étape le projet a continué d'évoluer jusqu'au mois d'août 2020. Une fois septembre nous avons commencé la rédaction de ce dossier, l'élaboration du questionnaire et le recensement de la population à interroger.

En octobre la « 2nd vague » et le 2nd confinement dû à la crise sanitaire du Covid-19 sont venus entraver la bonne évolution du travail, nous ralentissant et nous faisant prendre du retard

sur notre planning prévisionnel. Par souci de temps nous n'avons pas pu élargir notre population d'étude à une population plus grande que celle des MK de l'agglomération du Grand Nancy.

La réalisation d'un questionnaire est un travail précis et non aisé pour lequel nous n'étions que peu entraînés. Cela demande une réflexion longue en plusieurs étapes afin de créer une première version et pouvoir la remodeler jusqu'à obtenir un résultat satisfaisant. Il faut penser à la formulation et présentation des questions mais aussi à l'enchaînement de celle-ci. Il faut limiter l'aspect rébarbatif de cet exercice et le rendre le plus précis et court possible afin qu'il ne soit pas trop contraignant pour les répondants. Plusieurs échanges avec des professionnels ont eu lieu pour nous aider dans la réalisation de ce questionnaire qui s'est déroulé de la mi-septembre à la mi-octobre 2020. Une fois notre version finale obtenue nous souhaitons la faire valider par les différentes personnes avec qui nous avons conversé à ce sujet. Or cette étape est arrivée au même moment que le 2nd confinement, rendant les professionnels moins disponibles, leurs retours ont été longs à arriver nous retardant un peu plus dans notre travail.

Enfin une difficulté majeure s'est trouvée être le contact téléphonique des cadres de santé et des MK. Cet exercice est long et demande de la confiance en soi. Nous pouvions durant une même journée contacter plus de 50 MK, ce fut un travail de patience. Le recensement de cette population a été laborieux, demandant de recopier dans un tableur Excel® les noms, prénoms et numéros de téléphone de chacun des 248 MK du Grand Nancy et des structures salariales. Il a fallu ensuite trier cette population en y supprimant les MK répondant aux critères d'exclusion. C'est pour les structures salariales que le tri a été le plus difficile à réaliser. Le contact avec celles-ci était difficile, nous devions parfois passer par plusieurs intermédiaires avant d'avoir l'interlocuteur pouvant répondre à nos questions.

4.5. Axes d'ouverture de l'étude

Dans ce mémoire deux des trois axes de la définition de l'EBP ont été explorés. Nous savons alors que les réflexothérapies répondent à cette définition d'après l'expérience des MK, mais peu d'après les preuves scientifiques. Le troisième axe au sujet des besoins, croyances et points de vue des patients n'a pas été étudié. Nous ne trouvons pas d'information à ce sujet dans les écrits scientifiques et les avis de patients rencontrés lors de nos différents stages en cursus

initial, peuvent être très divergents. Il faudrait poursuivre notre enquête auprès des MK, afin de savoir comment ils recueillent le consentement libre et éclairé des patients. Quelles sont les réactions des patients suite aux explications sur ce moyen de traitement ? Sont-ils majoritairement réceptifs ou au contraire s'opposent-ils à l'utilisation des réflexothérapies ?

Afin de mieux connaître les pratiques salariales quant aux réflexothérapies, une étude ne s'adressant qu'à cette population pourrait être menée. Elle s'intéresserait à un territoire géographique plus étendu, incluant ainsi plus de structure et ouvrant la possibilité de rencontrer des MK salariés exerçant dans d'autres services que la traumatologie, l'orthopédie et la rhumatologie.

5. Conclusion

Pour conclure, nous savons que 30% des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de l'agglomération du Grand Nancy pratiquent les réflexothérapies. Nous avons tenté de questionner à ce sujet la population des MK salariés, mais leurs réponses peu nombreuses ne pouvaient à elles seules être significatives et interprétables.

La majeure partie des MK pratiquants les thérapies réflexes se sont formés via des organismes de formation continue. Les formations qui y sont proposées sont variées et nombreuses. Elles bénéficient pour certaines d'une sorte de reconnaissance, de fiabilité à travers leur agrément Développement Professionnel Continu (DPC) et ou Fonds Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales (FIFPL).

Les réflexothérapies semblent trouver leur place dans les cursus de formations initiales et continues. Néanmoins il faut encore s'interroger sur la place de l'enseignement des techniques réflexes en cursus initial de formation en masso-kinésithérapie. Une étude plus large pourrait-être menée questionnant par exemple les jeunes diplômés des différents IFMK de France afin de savoir s'ils ont reçu des enseignements au sujet des réflexothérapies et s'ils les mettent en pratique.

D'après les MK ces techniques font, en pratique, partie intégrante de la prise en charge antalgique. Elles répondent principalement à des objectifs de traitement appartenant à des pathologies d'ordres traumatologiques, orthopédiques, rhumatologiques et ou gastroentérologiques. Dans les prises en charge elles sont souvent utilisées à court et moyen terme. Les réflexothérapies peuvent être employées pour tout type de patients quel que soit leur âge ou leur genre, mais sont en pratique plus couramment utilisées chez les adultes et personnes âgées.

Les techniques réflexes ne répondent pas à la démarche EBP actuelle car elles ne concordent qu'avec une partie de ses critères. En effet les réflexothérapies sont validées d'après l'expérience professionnelle des MK mais non d'après les données scientifiques et le point de vue des patients.

Les données probantes ne nient pas l'existence et les intérêts des réflexothérapies néanmoins elles expriment le manque de fiabilité des études à leur sujet et la nécessité d'en réaliser de nouvelles pour affirmer les intérêts et mécanismes de ces techniques.

D'après la définition de l'EBP et les dires des MK, l'avis du patient sur ces techniques de traitement a une place importante dans les choix de prise en charge. Or que ce soit dans la littérature ou lors de ce travail il n'a pas été questionné. Par conséquent pour ces techniques, le troisième critère de la définition de l'EBP ne peut pas être validé.

Enfin, nous ne pouvons répondre entièrement à la question suivante : « pourquoi malgré le manque de recommandations et d'informations au sujet de l'efficacité de ces techniques, nous les rencontrons fréquemment pratiquées par les MK ? ». Car suite à ce travail de nombreuses interrogations subsistent : quelle est la place des réflexothérapies dans la pratique masso-kinésithérapique salariale ? Les réflexothérapies sont-elles des techniques complémentaires ou peuvent-elles agir seules ? Ces techniques correspondent-elles aux points de vue, croyances et besoins des patients ?

Malgré la persistance de ces questions, nous sommes en mesure de répondre à l'hypothèse de départ en affirmant que les masseurs-kinésithérapeutes, d'après leur expérience clinique, recommandent l'usage des réflexothérapies à leurs confrères.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Murat Çetkin, İlhan Bahşi, Mustafa Orhan. The massage approach of avicenna in the canon of medicine. *AMHA - Acta Medico-Hist Adriat.* 2019;17(1):103-14.
2. E Breton. La réflexologie moderne ou neurophysiologique. *Hegel.* 2017;7(1):47-52.
3. M Meunier. La réflexologie d'après l'énergétique chinoise. *Hegel.* 2017;4(4):309-15.
4. Europe Region WorldPhysio | Evidence Based Physiotherapy & Research [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: https://www.erwcpt.eu/education/evidence_based_physiotherapy_evidence_and_research
5. JP Regnaud, V Guay, C Marsal. Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinesither Rev.* 2009;9(94):55-61.
6. Thomas Rulleau, C Rivette, L Toussaint. Le massage, approche basée sur les preuves. *Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt.* févr 2017;38(3):1-8.
7. Toprak Celenay S, Anaforoglu Kulunkoglu B, Yasa M E et al. A comparison of the effects of exercises plus connective tissue massage to exercises alone in women with fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Springer.* 2017;(37):1799-806.
8. Yun Yi Bang, Hyojung Park. Effects of auricular acupressure on the quality of sleep and anxiety in patients undergoing cardiac surgery: A single-blind, randomized controlled trial. *Appl Nurs Res.* 2020;53.
9. L Jeongsoon et al. Effects of Foot Reflexology on Fatigue, Sleep and Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Korean Acad Nurs.* 2011;41(6):821-33.
10. Bruna Hoffmann de Oliveira, Anna Quialheiro de Abreu da Silva, Daniela Dero Ludtke, Fernanda Madeira, Medeiros GM da S, Parreira RB, et al. Foot Reflexotherapy Induces Analgesia in Elderly Individuals with Low Back Pain: A Randomized, Double-Blind, Controlled Pilot Study. Shu-Ming Wang, éditeur. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017;2017:2378973.
11. Kazunori Itoh, Shingo Saito, Shunsaku Sahara, Yuki Naitoh, Kenji Imai, Hiroshi Kitakoji. Randomized Trial of Trigger Point Acupuncture Treatment for Chronic Shoulder Pain: A Preliminary Study. *J Acupunct Meridian Stud.* 2014;7(2):59-64.

12. JiaLiang Gao, Guang Chen, HaoQiang He, Chao Liu, QingYong He, Jun Li, et al. The effect of auricular therapy on blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(1):20-30.
13. H. Wardavoir, E. Damis, G. Mury. TO25 Réflexothérapie manuelle : effets sur la douleur et le stress chez les prématurés hospitalisés en soins intensifs. *Douleurs.* 2004;870(10001):5.
14. T Davergne, M Gallois, JP Regnaud. Recherche clinique en kinésithérapie : enjeux et difficultés. *Kinesither Rev.* 2016;16(178):18-22.
15. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/>
16. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127740/>
17. Daniel Michon. Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation ». *Kinésithérapie Rev.* nov 2015;4601(167):1.
18. Jacques Vaillant. Du projet de la profession au développement des compétences par la recherche. *Kinésithérapie Rev.* 2015;4601(167):1.
19. F Zimmerman. Approche des massages dits réflexes. *Kinesither Rev.* 2009;9(91):32-5.
20. M Dufour, P Colne, P Gouilly. *Massothérapie : effets, techniques et applications.* 3e éd. Maloine; 2016. 432 p.
21. H Wardavoir. Thérapies manuelles réflexes. *Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt.* 2019;23p.
22. Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne [Internet]. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
23. F Netter. *Atlas d'anatomie humaine 4e édition - Frank Netter.* 4e éd. Philadelphie: Elsevier Masson; 2007. 548 p.
24. J Bossy. *Bases neurobiologiques des réflexothérapies.* Paris, France: Masson; 1983. 147 p.

25. Dr P Malafosse. Grand manuel de réflexothérapie : fondements neuro-anatomiques et applications thérapeutiques. Duno. Malakoff; 2020. 735 p.
26. Tomomi Nakamaru, Naoki Miura, Ai Fukushima, Ryuta Kawashima. Somatotopical relationships between cortical activity and reflex areas in reflexology: a functional magnetic resonance imaging study. *Neurosci Lett.* 19 déc 2008;448(1):6-9.
27. Cevat Unal, Menizibeya O. Welcome, Mariam Salako, Faruk Abdullahi, Nuhu M. Abubakar, Pereverzev VA, et al. The effect of foot reflexotherapy on the dynamics of cortical oscillatory waves in healthy humans: An EEG study. *Complement Ther Med.* 1 juin 2018;38:42-7.
28. Danièle Raas, François Zimmermann. Utilisation de la réflexothérapie plantaire en gynécobstétrique. *Kinésithérapie Rev.* juill 2009;1517(91):1.
29. J De Laere. Le syndrome myofascial douloureux Points trigger myofasciaux. Prof Kinésithérapeute. sept 2009;(24):19-25.
30. J De Laere. Le syndrome myofascial douloureux. Points trigger myofasciaux. Prof Kinésithérapeute. août 2009;(23):19-24.
31. Andersson S, Lundeberg T. Acupuncture--from empiricism to science: functional background to acupuncture effects in pain and disease. *Med Hypotheses.* sept 1995;45(3):271-81.
32. Acupuncture: moving from mysticism to evidence based practice. *Phys Ther Rev.* 1 avr 2011;16(2):87-9.
33. L Jingwei. Chinese massage and the introduction of massage into china before the 8th century. *Anc Sci of Life.* 1986;6(1):24-9.
34. D Pradat Prat. Bases neurophysiologiques des réflexothérapies. *Kinesither Rev.* 2009;9(91):36-41.
35. H Wardavoir. Le mécanisme d'effet référé et son utilisation en réflexothérapie manuelle. *Kinesither Rev.* 2009;9(85-86):67-8.
36. LD Rickards. The effectiveness of non-invasive treatments for active myofascial trigger point pain: a systematic review of the literature. *Int J Osteopath Med.* 2006;9(4):120-36.
37. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de

prescription [Internet]. 2005 [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_464893/fr/prise-en-charge-masso-kinesitherapie-dans-la-lombalgie-commune-modalites-de-prescription

38. De Singly François. Le questionnaire. 4e éd. Armand Colin; 128 p.

39. F Zimmerman. Pratiques kinésithérapeutiques : les massages réflexes au service des douleurs. Ann Kinésithérapie. janv 2002;(1):27-9.

40. Amparo Hidalgo-Lozano, César Fernández-de-las-Peñas, Lourdes Díaz-Rodríguez, Javier González-Iglesias, Domingo Palacios-Ceña, Manuel Arroyo-Morales. Changes in pain and pressure pain sensitivity after manual treatment of active trigger points in patients with unilateral shoulder impingement: a case series. J Bodyw Mov Ther. oct 2011;15(4):399-404.

41. Asher et al. Auriculotherapy for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Mary Ann Liebert Inc. 2010;16(10):1097-108.

42. La kiné en chiffres - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres>

43. Découvrir la Métropole [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.grandnancy.eu/la-metropole/decouvrir-la-metropole/>

44. Annuaire santé d'amei.fr [Internet]. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.amei.fr/>

45. Calculez la taille de votre échantillon avec SurveyMonkey [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

46. Kalika M, Mouricou P, Garreau L. Le mémoire de master. Dunod. 2021. 208 p. (Méthod'o).

47. Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>

48. rapport_demographie_2017.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf

49. Tamer S. Aboushanab, Saud AlSanad. Cupping Therapy: An Overview from a Modern Medicine Perspective. J Acupunct Meridian Stud. 1 juin 2018;11(3):83-7.

50. N Boulahtit, J Kopferschmitt, JL Gries, JF Blicklé, E Andrès. Les ventouses en médecine : état des lieux. *Médecine Thérapeutique*. 1 sept 2017;23(5):311-9.
51. Abdullah M.N. Al-Bedah, Ibrahim S. Elsubai, Naseem Akhtar Qureshi, Tamer Shaban Aboushanab, Gazzaffi I.M. Ali, El-Olemy AT, et al. The medical perspective of cupping therapy: Effects and mechanisms of action. *J Tradit Complement Med*. 1 avr 2019;9(2):90-7.
52. NIROMATHE | Méthode d'ostéopathie tissulaire réflexe et neuro cutané [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.niromathe.com/fr>
53. CERB, Centre d'Enseignement et de Recherche en Biokinergie et thérapies manuelles [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.biokinergie.com/cerb>
54. Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. avis du CNO relatif à la « BIOKINERGIE » [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://vosges.ordremk.fr/2014/08/05/exercer-la-profession-2/>
55. G. Valancogne, A. F. Plante, G. Oudin. Rééducation pelvi-périnéologique, techniques manuelles et douleurs pelvi-périnéales. Springer. 1 juin 2009;4(2):147-52.
56. N. Stephenson, M. Swanson, J. Dalton, F. Keefe, M. Engelke. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34 1:127-32.
57. Shio-Luan Tsay, Hsiao-Ling Chen, Su-Chiu Chen, Hung-Ru Lin, Kuan-Chia Lin. Effects of Reflexotherapy on Acute Postoperative Pain and Anxiety Among Patients With Digestive Cancer. *Cancer Nurs*. 2008;31(2).
58. 1 Français sur 2 souffre de douleurs articulaires [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2016 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/1-francais-sur-2-souffre-de-douleurs-articulaires/25303/>
59. Douleur [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
60. Population par groupe d'âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
61. Sara Azima, Hajar Rajaei Bakhshayesh, Samaneh Mousavi, Akram Ashrafizaveh. Comparison of the effects of reflexology and massage therapy on primary dysmenorrhea. *Biomed Res*. 2015;26(3).

62. NA Hodgson, D Lafferty. Reflexology versus Swedish Massage to Reduce Physiologic Stress and Pain and Improve Mood in Nursing Home Residents with Cancer: A Pilot Trial. *Evid Based Complement Alternat Med.* 24 juill 2012;2012.
63. Ali Khaledifar, Marzeih Nasiri, Borzoo Khaledifar, Arsalan Khaledifar, Ali Mokhtari. The effect of reflexotherapy and massage therapy on vital signs and stress before coronary angiography: An open-label clinical trial. *ARYA Atheroscler.* mars 2017;13(2):50-5.
64. M Amor, FB Elloumi, A Khelif, M Gamra, H Hassine. Connective tissue reflex massage for patients with peripheral arterial disease. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2013;81(D-017):S162.
65. Joseph P. A. Delaney, King Sun Leong, Alan Watkins, David Brodie. The short-term effects of myofascial trigger point massage therapy on cardiac autonomic tone in healthy subjects. *J Adv Nurs.* 2002;37(4):364-71.
66. A Keskin, B Basakci Calik, E Gur Kabul, V Cobankara. Ab0954 Is Connective Tissue Massage Effective in Individuals with Fibromyalgia? *Ann Rheum Dis.* 1 juin 2020;79(Suppl 1):1774-5.
67. Gerard Urrútia, A Kim Burton, Antoni Morral Fernández, Xavier Bonfill Cosp, Gustavo Zanolli. Neuroreflexotherapy for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2).

ANNEXE :

ANNEXE I : Questionnaire

La place des réflexothérapies dans la pratique masso-kinésithérapique :

Introduction :

Je m'appelle Lucie BOKSEBELD. Je suis actuellement étudiante à l'IFMK de Nancy, en 4ème année. Je réalise, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, un questionnaire. Cette enquête a pour but d'évaluer la place des réflexothérapies dans la masso-kinésithérapie. Le questionnaire s'adresse aux masseur-kinésithérapeutes DE de l'agglomération du Grand-Nancy, pratiquants les réflexothérapies.

Les différentes réponses de ce questionnaire sont anonymes et seront uniquement utilisées dans le but de mon mémoire.

Merci de l'attention que vous portez à cette démarche, et du temps accordé pour répondre à ce questionnaire.

Caractéristiques du MK :

1) Êtes-vous?* Un homme / Une femme

2) Quel âge avez-vous ?*

3) Depuis quelle année exercez-vous la profession de MK ?*

4) Dans quel pays avez-vous obtenu votre DE ?* France / Belgique / Luxembourg / Espagne / Allemagne / Autre...

5) Travaillez-vous en libéral ou salarial ?* Libéral / Salarial / Les deux

Vous travaillez en libéral,

5.a) Vous travaillez en libéral, êtes-vous ? * Titulaire / Collaborateur / Assistant

5.b) Vous travaillez en libéral, à quel rythme horaire (heures par semaine) s'élève votre activité ?*

5.c) Vous travaillez en libéral, dans quel(s) domaine(s) êtes-vous spécialisés ?* (*Plusieurs réponses possibles*)

Neurologie / Traumatologie - Orthopédie / Pneumologie / Rhumatologie / Pédiatrie / Gériatrie / Cardiologie / Gastro-entérologie / Grand-brulés / Psychiatrie / Oncologie / Général - Pas de spécialisation

Vous êtes salarié,

5.d) Vous êtes salarié, travaillez-vous ?* à plein temps / à temps partiel **5.e) Vous êtes salarié, quelle(s) est(sont) la(les) spécialité(s) du(des) service(s) où vous exercez*** (*Plusieurs réponses possibles*)

Neurologie / Traumatologie - Orthopédie / Pneumologie / Rhumatologie / Réanimation / Pédiatrie / Gériatrie / Cardiologie / Gastro-entérologie / Grands-brulés / Psychiatrie / Oncologie

Vous êtes salarié et travaillez en libéral,

5.a) Dans votre exercice libéral, êtes-vous ? * Titulaire / Collaborateur / Assistant

5.b) A propos de votre exercice libéral, à quel taux horaire (heures par semaine) s'élève-t'il ?*

5.c) En libéral, dans quel(s) domaine(s) êtes-vous spécialisés ?* (*Plusieurs réponses possibles*)

Neurologie / Traumatologie - Orthopédie / Pneumologie / Rhumatologie / Pédiatrie / Gériatrie / Cardiologie / Gastro-entérologie / Grand-brulés / Psychiatrie / Oncologie / Général - Pas de spécialisation

5.d) Vous êtes salarié, travaillez-vous ?* à plein temps / à temps partiel **5.e) Vous êtes salarié, quelle(s) est(sont) la(les) spécialité(s) du(des) service(s) où vous exercez? *** (*Plusieurs réponses possibles*)

Neurologie / Traumatologie - Orthopédie / Pneumologie / Rhumatologie / Réanimation / Pédiatrie / Gériatrie / Cardiologie / Gastro-entérologie / Grands-brulés / Psychiatrie / Oncologie

Formation aux réflexothérapies 1/3 :

Définition : Les réflexothérapies sont un ensemble de techniques qui consiste à provoquer des réactions réflexes locales ou à distance de la région stimulée, susceptible d'exercer une action favorable sur l'organisme (exemple : massage dans le tissu conjonctif - BGM, trigger points, réflexologie plantaire).

L'effet réflexe obtenu repose sur des mécanismes neurophysiologiques (organisation nerveuse métamérique ou en micro-système) permettant la connexion entre la zone de stimulation et celle de réponse. [1-2]

6) A quelle(s) technique(s) de réflexothérapies êtes-vous formés ?* (Plusieurs réponses possibles)

BGM - massage dans le tissu conjonctif / Trigger points / Réflexologie plantaire / Autre...

7) Par quels moyens vous-êtes vous formés à ces techniques ?*

Pendant votre DE, en formation initiale / Après votre DE, en formation continue

Formations aux réflexothérapies 2/3 :

7.a) Vous avez été formé aux réflexothérapies en formation initiale, pouvez-vous spécifier le NOM et la VILLE de l'institut de formation fréquenté.*

.....

Formations aux réflexothérapies 3/3 :

7.b) Vous vous êtes formés suite à votre DE, pouvez préciser le(s) nom(s) de(s) l'organisme(s) de formation fréquenté(s) : *

.....

Inclusion des réflexothérapies dans votre pratique 1/5 :

8) Vous utilisez les techniques réflexes dans votre pratique, en moyenne : *

Au moins une fois par jour / Au moins une fois par semaine / Au moins une fois par mois / Moins d'une fois par mois

9) Dans quels domaines avez-vous recours à ces techniques ? * (Plusieurs réponses possibles)

Traumatologie - Orthopédie / Rhumatologie / Pneumologie / Neurologie / Cardio-vasculaire / Psychiatrie / Gastro-entérologie / Maternité / Uro-périnéologie / Oncologie / Grands- brûlés

10) Utilisez-vous les réflexothérapies dans le traitement de la douleur ? * Oui

/ Non

Inclusion des réflexothérapies dans votre pratique 2/5 :

10.a) Pouvez-vous préciser pour quels types de douleurs utilisez-vous les réflexothérapies comme moyen de traitement: * (Plusieurs réponses possibles)

Aiguë / Chronique

10.b) Pouvez-vous classer de 1 à 3 (1 étant le plus fréquemment utilisé) le type de douleur pour lequel vous utilisez le plus fréquemment les réflexothérapies comme moyen de traitement. Douleurs neuropathiques / Douleurs inflammatoires / Douleurs mécaniques ? * (Vous n'avez le droit d'utiliser qu'une seule fois chaque numéro)

	1	2	3
Inflammatoire			
Mécanique			
Neuropathie			

Inclusion des réflexothérapies dans votre pratique 3/5 :

11) Utilisez-vous les réflexothérapies pour d'autres objectifs que le traitement de la douleur ? * Oui / Non

Inclusion des réflexothérapies dans votre pratique 4/5 :

vous utilisez les réflexothérapies pour d'autres objectifs que le traitement de la douleur.

11.a) Merci de classer par ordre d'importance, de 1 à 3, les 3 objectifs que vous visez le plus souvent, à travers l'utilisation des réflexothérapies :

(1 étant l'objectif le plus souvent visé, vous n'avez le droit d'utiliser qu'une seule fois chaque numéro)

	1	2	3
Facilitation respiratoire			
Drainage bronchique			
Favoriser la cicatrisation			
Traitement des œdèmes - troubles du système lymphatique			
Traitement des troubles sensitifs			
Traitement des troubles moteurs			
Traitement des troubles digestifs			
Traitement du syndrome dysautonomique			
Traitement des limitations d'amplitudes articulaires			
Assouplissement			

Inclusion des réflexothérapies dans votre pratique 5/5 :

12) A quel moment de votre séance privilégiez-vous l'utilisation des techniques réflexes ? * Début de séance / Milieu de séance / Fin de séance

13) A quel(s) moment(s) de votre prise en charge utilisez-vous les techniques réflexes ? * (Plusieurs réponses possibles)

Court terme / Moyen terme / Long terme

14) Pour quel genre de population utilisez-vous les réflexothérapies ? *

Femmes / Hommes / Pas de différence selon les genres

15) Pour quel type de population utilisez-vous les réflexothérapies ? *

(Plusieurs réponses possibles)

Nourrissons / Enfants / Adolescents / Adultes /Personnes âgées

Intérêt des réflexothérapies dans la pratique MK :

16) Selon vous, quels sont les AVANTAGES des réflexothérapies en pratique masso-kinésithérapique ? *

17) Selon vous, quels sont les INCONVENIENTS des réflexothérapies en pratique masso-kinésithérapique ? *

Votre avis sur la place des réflexothérapies face à l'EBP 1/3 :

« *L' Evidence Base Physiotherapy* » (kinésithérapie fondée sur les preuves) demande aux masseur-kinésithérapeutes d'étudier trois axes dans leurs prises de décision thérapeutique (objectifs, choix de traitement):

- le point de vue, les besoins, les croyances du patient.
- son expérience en tant que professionnel de santé.
- l'intégration des meilleures données probantes, issues de la recherche méthodique [3].

18) A travers votre expérience, recommanderiez-vous cette pratique à vos confrères ? * Oui / Non

Votre avis sur la place des réflexothérapies face à l'EBP 2/3 : à travers votre expérience vous recommanderiez cette pratique.

18.a) Merci de classez par ordre d'importance, de 1 à 3, dans quel(s)

domaine(s) vous recommanderiez cette pratique ? (1 étant celui que vous recommanderiez le plus, vous n'avez le droit d'utiliser qu'une seule fois chaque numéro)

	1	2	3
Neurologie			
Traumatologie - orthopédie			
Pneumologie			

Rhumatologie				
Réanimation				
Cardio-vasculaire				
Gastro-entérologie				
Grands-Brulès				
Psychiatrie				
Oncologie				
Uro-périnéologie				
Maternité				

18.b) Merci de classez par ordre d'importance, de 1 à 5, les 5 objectifs pour lesquels vous recommanderiez cette pratique : (1 étant celui que vous recommanderiez le plus, vous n'avez le droit d'utiliser qu'une seule fois chaque numéro)

	1	2	3	4	5
Facilitation respiratoire					
Drainage bronchique					
Favoriser la cicatrisation					
Traitement des oedèmes - troubles du système lymphatique					
Traitement des troubles sensitifs					
Traitement des troubles moteurs					
Traitement des troubles digestifs					
Traitement du syndrome dysautonomique					
Traitement des limitation d'amplitudes articulaires					
Assouplissement					
Traitement de la douleur					

18.c) Pour quels types de population recommanderiez-vous cette pratique ?

** (Plusieurs réponses possibles)*

Nourrissons / Enfants / Adolescents / Adultes / Personnes âgées

Votre avis sur la place des réflexothérapies face à l'EBP 3/3 :

19) Selon vous, les réflexothérapies répondent-elles à la démarche EBP actuelle ? * Oui / Non

20) Selon vous, l'EBP joue-t-il un rôle dans le développement et la reconnaissance de ces techniques ? * Oui / Non

21) Quel est votre avis sur le rôle que joue l'EBP dans le développement et la reconnaissance des réflexothérapies ? *

Merci pour votre participation!

Si le sujet de cette enquête vous intéresse, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : lucie.boksebeld@yahoo.com . Je vous ferai parvenir les résultats une fois l'étude finie.

Bibliographie :

[1] F Zimmermann. *Approche des massages dits réflexes. Kinesither Rev.* 2009;(91): 32-5

[2] H Wardavoir. *Thérapies manuelles réflexes. EMC : Paris. Kinésithérapie- Médecine physique-Réadaptation.* 2011. 26-130-A-10.

[3] Région Europe *Physiothérapie mondiale. Promotion de la recherche en physiothérapie dans la région Europe, document d'information mondial sur la physiothérapie [en ligne]. [dernière mise à jour le 17 septembre 2020 ; consulté le 2 octobre 2020]. disponible : https://www.erwcpt.eu/education/evidence_based_physiotherapy_evidence_and_research*