

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND-EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE :
SE FORMER POUR RESTER PROFESSIONNEL

À PROPOS DES PROTHÈSES TOTALES DE GENOU

Mémoire présenté par **Nicolas ODABACHIAN**,

étudiant en 3^{ème} année de Masso-
Kinésithérapie en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute
2014-2017

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	1
1.1. VERS UNE DEFINITION DU MASSEUR-KINESITHERAPEUTE DAVANTAGE AXEE SUR LA RECHERCHE	1
1.2. LA PRISE EN CHARGE DE LA PROTHESE TOTALE DE GENOU	2
1.3. UN QUESTIONNEMENT AUTOUR DE LA FORMATION DES MK POUR LE TRAITEMENT DE LA PTG	4
2. MATERIEL ET METHODE	5
2.1. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	5
2.2. SYNTHESE DES RECHERCHES	6
1.1.1. DOULEUR ET TROUBLES TROPHIQUES	6
1.1.2. MOBILITE	7
1.1.3. FORCE	9
1.1.4. PROPRIOCEPTION	10
1.1.5. COMMENTAIRE SUR CETTE SYNTHESE	11
2.3. METHODOLOGIE D'ENQUETE	12
3. RESULTATS	14
3.1. CONSTAT SUR 60 MASSEURS-KINESITHERAPEUTES INTERROGES	14
3.2. TRI DES DONNEES	19
4. DISCUSSION	21
4.1. DISCUSSION SUR LES MK SE REFERANT UNIQUEMENT A LA HAS	23
4.2. DISCUSSION SUR LES MK NE SE REFERANT PAS SEULEMENT A LA HAS	24
4.3. DISCUSSION SUR LES MK NE SE REFERANT PAS A LA HAS	25
4.4. DISCUSSION SUR LES MK NE CONNAISSANT PAS LA HAS	26
4.5. DISCUSSION GENERALE	27
5. CONCLUSION	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : en 2015, la profession de masseur-kinésithérapeute (MK) a bénéficié d'une nouvelle définition. Celle-ci est davantage axée sur la recherche des preuves scientifiques et sur l'auto-formation, pour tendre vers une pratique toujours plus adaptée au patient. Formation continue, articles scientifiques, recommandations de bonnes pratiques, sont des outils essentiels.

Objectif : sur la base des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2008, pour la prise en charge des prothèses totales de genou (PTG), l'objectif était de savoir si dans un souci de prise en charge cohérente, les MK s'orientent vers d'autres pratiques proposées dans la littérature et les formations actuelles.

Matériel et méthode : nous avons analysé la bibliographie actuelle de la rééducation de patients porteurs de PTG. Puis nous avons interrogé les MK libéraux de la région Grand-Est à l'aide d'un questionnaire pour connaître leurs moyens de formation dans la prise en charge.

Résultats : nous avons recueilli 60 réponses. Les recommandations HAS pour les patients PTG sont connues par 77% des personnes interrogées. Parmi ceux-ci, 5% s'y réfèrent uniquement, 52% ne s'y réfèrent pas seulement et 43% ne s'y réfèrent pas, proposant des moyens pour compléter et améliorer la prise en charge.

Discussion : les MK ne se référant pas seulement à la HAS proposent d'autres méthodes de traitement n'apparaissant pas dans notre bibliographie. Néanmoins il a été difficile de recueillir d'autres noms d'études précises.

Conclusion : nous avons mis en évidence la démarche des MK de tendre vers une auto-formation post-diplôme. La majorité est sensible aux recommandations proposées par la HAS mais n'en fait pas la référence incontestée.

Mots-clés : formation; genou; HAS; kinésithérapie; prothèse totale; recommandation.
Key-words : arthroplasty ; knee ; physiotherapist ; recommendation ; trainship.

TABLE DES ABRÉVIATIONS

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

DE : Diplôme d'Etat

DLM : Drainage Lymphatique Manuel

DPC : Développement Professionnel Continu

ECTS : European Credit Transfer System

HAS : Haute Autorité de Santé

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

MI : Membre Inférieur

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MPC : Mobilisation Passive Continue

PI : Personnes Interrogées

PTG : Prothèse Totale de Genou

PTH : Prothèse Totale de Hanche

ROM : Range Of Motion

SSR : Soins de Suite en Réadaptation

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

TKA : Total Knee Arthroplasty

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

US : Ultra-sons

WOMAC : Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index

1. INTRODUCTION

1.1. Vers une définition du masseur-kinésithérapeute davantage axée sur la recherche

1946, 1969, 2015, trois années ayant vu l'évolution de la formation et du diplôme d'Etat de masso-kinésithérapie. Respectivement la formation s'effectuait sur deux ans, puis trois pour enfin proposer un cursus de quatre ans.

En 2015, à la suite des revendications des étudiants et des syndicats de kinésithérapeutes, l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute a été proposé par le gouvernement (1).

« La formation comprend 2 cycles de deux ans et se composera de 32 Unités d'Enseignement (UE).

- 1^{er} cycle : Modèles théoriques et méthodologies
- 2^{ème} cycle : Mise en œuvre et appropriation

30 ECTS (European Credit Transfer System) sont à valider par semestre (60/an).

La validation des UE et l'acquisition des compétences entraînent l'attribution de 240 ECTS et l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. »

Parmi les 11 compétences à acquérir, nous trouvons l'initiation à la recherche, dans un but d'approfondir les connaissances et sensibiliser l'étudiant à l'évolution constante du métier.

En avril 2015, l'Assemblée Nationale a fait paraître une nouvelle définition de la profession de masseur-kinésithérapeute, en lien avec le projet de loi de modernisation du système de santé français.

La nouvelle définition de la profession tend vers « *la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique, la possibilité de concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.* » (ANNEXE I).

Le MK, une fois diplômé doit, de lui même chercher à se tenir au courant des nouvelles pratiques, et méthodes de prise en soins, par le biais de recherche, de lecture d'étude, de participation à des congrès, à des formations.

À savoir que les formations agréées sont gratuites, obligatoires et prises en charge pour les libéraux dans le cadre de perte de revenu lors de leurs absences au cabinet.

Une enveloppe de 900 euros est allouée tous les ans aux MK désirant une formation conventionnées DPC.

La formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles composent un dispositif appelé le Développement Professionnel Continu (DPC) (2). Pour contrôler ces initiatives de formation prises par les masseurs kinésithérapeutes libéraux et le respect du DPC, le Comité Départemental de l'Ordre est informé par l'organisme de formation qui envoie un justificatif attestant de l'assiduité à la formation en question.

NB : Pour les MK salariés ce contrôle est effectué par l'employeur.

Au sein des IFMK, les étudiants sont formés à la consultation des bases de recherche (Cochrane, Pubmed, Réédoc) lors de leurs années d'études. Ces outils leur permettent de développer un esprit critique par les preuves tout au long de leur formation.

Par conséquent, le masseur-kinésithérapeute doit se tenir à jour des nouveautés et des évolutions dans les différentes pathologies prise en charge, ce qui est en lien direct avec la réforme des études en masso-kinésithérapie (3, 4).

Nous nous proposons, dans ce travail, de regarder comment un MK s'oriente dans ses pratiques, comment il se tient à jour dans l'actualité scientifique, quels moyens utilise t-il pour la prise en charge des patients. Nous prendrons l'exemple de la prise en charge des patients porteurs d'une prothèse totale de genou (PTG). Les recommandations de bonnes pratiques à ce propos sont issues de la Haute Autorité de Santé datant de 2008.

1.2. La prise en charge de la prothèse totale de genou

Pour illustrer de manière plus concrète, nous présenterons le cas de la prise en charge masso-kinésithérapique des patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de genou (PTG). Les personnes porteuses de PTG sont fréquentes en cabinet, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et du développement de pathologies rhumatismales comme l'arthrose.

Il s'agirait d'un des premiers motifs de consultation chez le médecin (13 millions de consultations par an) (5) et d'orientation chirurgicale vers l'ambulatorio (6).

Une PTG est posée par traitement chirurgical auprès des personnes souffrantes de gonarthrose. Après l'opération le patient n'a pas de contre-indications à l'appui.

En fonction de l'environnement à domicile, de la capacité physique et des comorbidités, le patient sera adressé soit en soins de suite de rééducation (SSR) soit en cabinet libéral (7) après une période courte d'hospitalisation.

Afin de pouvoir respecter les prescriptions de rééducation, la Haute Autorité de Santé (HAS) a pris l'initiative de mettre en place des recommandations de bonnes pratiques en masso-kinésithérapie.

Ces recommandations sont élaborées par le biais de recherches documentaires, d'enquêtes, de consensus de connaissances entre les experts du métier et de la pathologie (8). Les recommandations HAS restent des références facilement accessibles pour le professionnel sur internet. Mais via cette interface, d'autres sociétés expertes sur le sujet communiquent sur des études, analysent et recommandent indirectement certaines méthodes. Sur le plan national il existe la Société Française de Rhumatologie, la Sofmer ; la Société Française de Physiothérapie ; sur le plan international il existe l'International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, The Chartered Society of Physiotherapy.

Qui peuvent être également des sources de recherche et de recommandations. Les recommandations HAS concernant la PTG datent de 2008.

Aujourd'hui nous nous interrogeons, huit ans après un travail d'experts en la matière (médecin, masso-kinésithérapeutes, patients), si d'autres études, méthodes de prise en charge, méthodes chirurgicales et ambulatoires sont apparues.

Il ne s'agira pas de remettre en question le travail effectué par les experts HAS il y a huit ans, mais d'émettre l'idée qu'aujourd'hui le traitement d'un patient porteur d'une PTG ait pu évoluer.

Dans le cas de la nouvelle définition du masseur-kinésithérapeute ; ne suivre que les recommandations de la HAS pourrait restreindre le professionnel dans sa quête de formation continue. Rechercher toujours plus d'informations dans la littérature (études, méta-analyses, formations, congrès, en France et à l'étranger) est essentiel pour le kinésithérapeute d'aujourd'hui.

1.3. Un questionnement autour de la formation des MK pour le traitement de la PTG

Y a-t-il d'autres méthodes s'apparentant mieux à la prise en charge masso-kinésithérapique des PTG ? Ou bien, les recommandations HAS sont-elles, aux yeux des MK, la référence incontestée, la source principale en terme de bonnes pratiques ? Sur quelles bases les MK s'appuient-ils dans leur prise en charge ? Aujourd'hui comment se forment-ils ?

Hypothèse : Aujourd'hui, la HAS est la référence en France en terme de bonnes pratiques concernant la prise en charge de patients bénéficiant d'une PTG.

Sur la base des recommandations de la HAS pour la prise en charge des PTG (datant de 2008), l'objectif est de savoir si, dans un soucis de prise en charge toujours plus cohérente, les MK s'orientent vers d'autres pratiques, mises en évidence par la littérature et les formations actuelles.

Pour répondre à cette problématique, nous effectuerons une recherche bibliographique exhaustive sur les traitements MK auprès des patients PTG, parues après 2008. Puis nous réaliserons des questionnaires qui seront diffusés aux MK de la région afin de connaître leurs moyens de formation.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Méthode de recherche bibliographique

Dans un premier temps la méthode de recherche s'est axée sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant la prise en charge des patients PTG. Grâce à la bibliographie des argumentaires PTG de la HAS, nous avons pu extraire un nombre important d'études. Il convenait alors, d'entrer le titre de ces études sur la base de donnée Pubmed pour les approfondir en fonction de la prise en charge MK de la douleur, de la mobilité, du renforcement et de la proprioception. Cela a permis de retenir 19 études citées par la HAS dans le cadre des recommandations des bonnes pratiques. À partir de ces recommandations et justifications par la recherche bibliographique, il convenait de s'intéresser aux recherches et travaux menés de 2008 à nos jours.

À partir des études précédemment analysées, il fut possible d'extraire des mots clés français : « genoux », « arthroplastie », « PTG », « amplitudes », « renforcement », « douleur », « proprioception ».

Mais également des mots-clés anglais : « total knee arthroplasty », « TKA », « rehabilitation », « therapy », « knee replacement », « aquatic exercices », « mobility », « strenghtening », « proprioception », « balance ».

Sur le même schéma que pour les études citées par la HAS, nous avons pris en considération le traitement MK de la douleur, de la mobilité, du renforcement et de la proprioception, via les bases de données Pubmed, Pedro et Cismef. Cela nous a permis de retenir 21 études portant sur des techniques et méthodes de prises en charge masso-kinésithérapiques pour les patients porteurs de PTG. Ont été exclues, les études publiées jusqu'à l'année 2008 incluse et les études incluant des patients porteurs de prothèses totales de hanche (PTH). En ajoutant les études issues de la HAS, nous retenons 40 études synthétisées dans deux tableaux (ANNEXE II), un tableau pour les études citées dans l'argumentaire de la HAS, et un tableau pour les études publiées après 2008. Ces tableaux nous renseignent sur le nom de l'étude, les noms des membres de l'équipe de recherche, la date de parution, un résumé avec les résultats, et la base de données utilisée pour la recherche.

2.2. Synthèse des recherches

De nouvelles recherches, plus approfondies, avec des niveaux de preuves plus importants ont été publiées après l'année 2008.

1.1.1. Douleur et troubles trophiques

Nous nous intéressons au traitement de la douleur, celle-ci peut persister après une pose de PTG (9). Il convient donc de ne pas négliger la prise en charge de la douleur, qui pourra être un frein à la suite de la rééducation du patient.

- Ce que dit la HAS

La HAS met en évidence l'utilité de la cryothérapie en post-opératoire, l'utilisation du Cryocuff (compression et glaçage, azote liquide, glaçons classiques), apporterait des effets positifs sur la douleur et la mobilité (10).

L'application de pack de gel froid est efficace sur les douleurs de surface, mais pas sur les douleurs profondes, l'amplitude et la force (11).

Cette étude ne démontre pas de différence entre les deux groupes concernant la douleur profonde ressentie par le patient.

L'application classique de glaçons additionnée à une application continue de froid seraient efficaces dans la prise en charge de la douleur (12).

Le TENS réglé à 70Hz serait efficace sur les douleurs de surface, mais pas sur les douleurs profondes, l'amplitude et la force (11).

Notons que les ultrasons (US) ne sont mentionnés qu'une seule fois dans la prise en charge des PTG (13). Aucun écrit sur l'intérêt précis de ce traitement n'est trouvé.

La HAS recommande des méthodes de prise en charge axées sur la cryothérapie et l'électrothérapie qui seraient efficaces sur les douleurs de surface, quant aux traitements par ultrasons, ils ne sont mentionnés qu'à une seule reprise.

- Ce que disent les études après 2008

Des études plus récentes se sont intéressées à la cryothérapie. Ce traitement serait efficace en continu en post-opératoire pour diminuer la douleur (14).

Une étude sur plateau vibrant démontre des effets bénéfiques sur la douleur au mouvement (15). L'étude compare une réhabilitation traditionnelle de PTG avec une réhabilitation à l'aide de plateau vibrant. Des améliorations se font sentir sur le ROM test, la contraction volontaire du muscle et sur le mouvement d'extension du genou.

Aucune amélioration significative pour le reste du renforcement, par rapport à la réhabilitation traditionnelle n'est notée.

Après 2008, les études sont toujours rares sur les ultra-sons pour le traitement de la PTG. L'utilisation du massage en endermologie sur l'œdème peut être une alternative au drainage lymphatique manuel (DLM).

Un groupe a reçu un traitement par massage mécanique endermologique et un autre groupe a reçu de la kinésithérapie traditionnelle (16).

Le DLM diminuerait la douleur de l'œdème mais ne réduit pas immédiatement le volume de l'œdème (17).

Les données restent de qualité modérées mais montrent que chez les personnes souffrant d'arthrose de genou, la gymnastique aquatique peut réduire la douleur et augmenter la qualité de vie immédiatement après la fin du programme. Ici se pose alors l'intérêt d'orienter le patient vers une activité physique aquatique (18).

1.1.2. Mobilité

- Ce que dit la HAS

Des études ont porté sur l'utilisation de l'arthromoteur dans la récupération des amplitudes articulaires du genou, nommée mobilisation passive continue (MPC).

La MPC associée à la kinésithérapie classique offrirait des résultats plus bénéfiques que la kinésithérapie classique seule (19, 20).

La MPC ne doit pas être réalisée seule. L'association de mobilisation passive manuelle apporterait des bénéfices, d'après une étude confrontant un groupe ne bénéficiant que de la MPC et un groupe avec MPC et de la mobilisation passive manuelle (20). Concernant le traitement des mobilités articulaires, la HAS cite des études avec niveaux de preuve faibles sur la mobilisation passive continue. La HAS explique également quand débiter la MPC, à quelle amplitude et à quelle fréquence au quotidien (21).

- Ce que se disent les études après 2008

A ce jour, les appareils de réadaptation motorisés seuls n'apporteraient pas davantage de bienfaits durables comparativement à la kinésithérapie classique (22).

La réhabilitation en charge apporterait davantage de bénéfices d'amplitude et de mobilité de l'articulation du genou que la réhabilitation en décharge (23). Des patients se sont présentés quatre ans post-PTG avec un programme de renforcement en charge. Des bénéfices sur les amplitudes se font sentir.

Il s'agissait précisément d'un groupe bénéficiant de huit semaines d'exercices en charge et d'un groupe bénéficiant d'exercices en décharge. Des mesures de la force des ischio-jambiers et quadriceps et le test de marche de six minutes ont permis de mettre en lumière les résultats. Des exercices en résistance progressive en milieu aquatique apporteraient des bénéfices sur la mobilité sur une période de douze mois (24). Il y aurait une amélioration en flexion et extension en piscine par rapport à l'autre groupe de sujets n'en ayant pas bénéficié (25). Le DLM apporterait des bénéfices sur la mobilité, grâce au drainage de l'œdème (17), celui-ci pouvant limiter l'amplitude du genou.

1.1.3. Force

- Ce que dit la HAS

L'électrothérapie en excitomoteur consiste en un signal électrique avec utilisation d'un courant alternatif, symétrique à moyenne nulle, il évite les effets du courant polarisé (26). Une étude préconise dix semaines d'électrothérapie sur un quadriceps pour un index musculaire à 100% (27).

Le renforcement du vaste médial via l'excitomoteur augmenterait la vitesse de marche au bout de six semaines (28).

Nous retrouvons très peu d'étude concernant la mobilisation active résistée.

Une étude explique que le travail excentrique isocinétique des muscles ischio-jambiers, ajouté à une rééducation classique, ne présente pas de différence significative avec le groupe kiné classique (sans travail excentrique) (29).

Le travail en feed-back est présenté par une étude peu pertinente car nous nous retrouvons avec des indicateurs faibles et un manque d'approche statistique.

Dans cette étude, la récupération du quadriceps serait plus rapide avec un exercice de feedback de quinze minutes par jour (30).

- Ce que disent les études après 2008

Les exercices de contraction musculaire réalisés à haute et basse vitesse donneraient les mêmes gains (31). Les séances en balnéothérapie en post-opératoire tardif (24) seraient préconisées pour maintenir les acquis. Un protocole est proposé sur une durée de douze mois, avec des exercices progressifs (sur une durée minimum de 4 mois post-opératoire).

L'étude démontre un maintien des acquis en force musculaire. Ce qui suggère un intérêt de poursuivre une activité en milieu aquatique (32). Concernant les exercices avec feed-back, une étude nous démontre un regain de bénéfices sur press-leg.

Les outils de feed-back peuvent être un ordinateur, la Wii Balance (plate-forme de jeux-vidéos) ou les retours du MK verbalement (33).

Lors d'exercices fonctionnels le patient a une information sur la répartition du poids sur le membre inférieur droit et gauche. Le coté sain est donc comparé au coté opéré.

Sur les exercices de press-leg (appareil de musculation), il a donc une information directe via un tracé sur ordinateur. Il sait alors s'il réparti correctement les forces (tracé linéaire) ou non (tracé non linéaire).

L'utilisation du plateau vibrant comme outil de renforcement permettrait une amélioration du mouvement en extension de genou.

Néanmoins, il n'y aurait pas d'autres améliorations significatives couplées à de la kiné classique (15). D'autres outils comme l'utilisation d'une attelle pneumatique avec une aide à l'extension permettrait d'aider au renforcement du quadriceps et des ischio-jambiers. Cette étude a évalué des patients souffrant d'arthrose de genou sur une durée de trois mois, via différents tests (34).

1.1.4. Proprioception

- Ce que dit la HAS

Une étude sur vingt-huit patients (60 ans) PTG, confrontés à des sujets sains du même âge. Les sujets sont assis et les yeux fermés. La face postérieure du genou ne touche pas la table d'examen. Le MK positionne le genou sain dans une position de flexion. Le sujet doit reproduire avec le membre prothésé la même position.

Une diminution de la proprioception est notée entre les deux groupes, mais pour les sujets opérés pas de différence entre le coté sain et le coté opéré. Il n'y a donc pas de possibilité d'objectiver la diminution de proprioception (35). Nous trouvons également un test sur dix-huit patients d'un programme de rééducation. Dans le but d'améliorer la proprioception. Ce test s'effectue via un outil, le « dynamic electronic plate pro-kin machine » (plateau vibrant) (36). L'étude s'effectuait sur quinze séances, avec amélioration de la proprioception à la fin du programme.

- Ce qui se dit après 2008

Un entraînement fonctionnel ajouté à des exercices d'équilibre seraient plus efficaces qu'une réhabilitation fonctionnelle simple.

Le protocole viserait à donner des exercices à domicile, avec un protocole d'équilibre sur six semaines. Les résultats seraient encourageants dès 6 semaines, le score WOMAC se verrait amélioré ainsi que le test de marche (37).

Liao et al, donnent un protocole d'équilibre de huit semaines. Le WOMAC et le test de marche sont améliorés (38).

1.1.5. Commentaire sur cette synthèse

Après 2008, beaucoup d'études sont venues agrémenter les possibilités de traitement des patients porteurs de PTG.

Concernant la prise en charge de la douleur, elles confirment par des niveaux de preuves plus importants les recommandations de la HAS (cryothérapie, électrothérapie), mais ajoutent des moyens complémentaires et efficaces (balnéothérapie, massage drainant les œdèmes).

Concernant la prise en charge de la mobilité, les études après 2008 confirment les dires de la HAS recommandant d'associer les mobilisations passives continues (via arthromoteurs) à de la kinésithérapie traditionnelles, mais ne s'ouvrent pas sur d'autres méthodes, d'autres moyens permettant de récupérer les amplitudes perdues (travail en charge, exercices en milieu aquatique, drainage de l'œdème).

Concernant la prise en charge du renforcement, la HAS proposait des études fiables sur l'utilisation des courants excitomoteurs. Mais certains moyens, comme le feed-back, ne bénéficiaient pas d'un niveau de preuve fiable dans les recommandations.

Après 2008, des études ont proposé des moyens précis de réentraînement avec feedback, des protocoles en milieu aquatique, plateaux vibrants et en résistance.

Concernant la prise en charge de la proprioception des patients, les études après 2008 proposent des protocoles précis à réaliser pour tendre vers des améliorations fonctionnelles, des améliorations de l'équilibre, des améliorations à la marche.

La recherche a permis d'apporter de la matière aux recommandations de la HAS. Certaines recommandations se voient confirmer par des études mieux gradées.

D'autres ne sont toujours pas approfondies (les ultrasons par exemple), et beaucoup de nouveaux moyens de traitement sont proposés pour augmenter les capacités de prise en charge. Il sera alors intéressant de connaître les moyens de prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes, s'ils respectent uniquement les recommandations de la HAS ou s'ils s'ouvrent à d'autres moyens et méthodes de prise en charge présents dans la littérature actuelle.

2.3. Méthodologie d'enquête

Forme de l'outil : afin de répondre à notre problématique et de confirmer ou infirmer notre hypothèse, nous avons décidé de mettre en place une enquête sous forme de questionnaires (ANNEXE III).

Population visée : ces questionnaires réalisés méthodologiquement (39) sont diffusés aux MK libéraux affiliés à l'URPS (4300), exerçant leur activité sur la région Grand-Est. Soit 945 MK en Champagne-Ardenne, 1620 MK en Lorraine, et 1735 MK en Alsace.

Méthodologie : les questionnaires seront anonymes.

Nous commençons par cerner la situation du MK questionné : Genre, type d'environnement d'exercice, âge, année d'obtention du DE.

Puis plus précisément nous l'interrogeons sur sa prise en charge des PTG : si elle est en lien avec la HAS ou partiellement, ou pas du tout.

Enfin un questionnaire global sur les moyens de formation du MK est effectué.

Plusieurs choix sont proposés pour économiser le temps de réponse des MK.

Un questionnaire trop long pouvant être dissuasif.

Des réponses ouvertes sont également proposées afin de donner une liberté de réponse et d'obtenir davantage de matière pour notre étude, sans que le MK ne soit obligé d'y répondre pour passer à la question suivante.

Une adresse électronique est proposée aux MK, leurs donnant l'occasion d'apporter d'éventuels commentaires ou remarques concernant le questionnaire, pour recueillir l'avis des MK en désaccord avec le contenu de l'étude.

Analyse : ces questionnaires sont présentés sous la forme « Google Forms » pour faciliter le mode de réponse et leur retour.

Cet outil permet également d'extraire l'ensemble des réponses du questionnaire au format Excel. Les réponses aux questionnaires sont donc sur Microsoft Excel, dans un tableau statistique (ANNEXE IV), ce qui permet d'organiser les réponses et d'en dégager les informations souhaitées.

Date de diffusion : la diffusion s'est faite le mercredi 16 Novembre 2016 par mail via l'Union Régionale des Professionnels de la Santé MK Grand Est (URPS), en possession de la liste mail des MK libéraux de la Grande Région. Trois relances ont été faites à J15, J30, J45 auprès des MK. La date de clôture a été fixée au 10 Janvier 2017 afin de mettre en place notre démarche d'analyse des résultats.

3. RÉSULTATS

Après clôture définitive de l'enquête, 60 réponses sur 4300 ont été recueillies.

3.1. Constat sur 60 masseurs-kinésithérapeutes interrogés

Présentation de la population

Nous trouvons 37 réponses de femmes et 23 réponses d'hommes. Soit 61,7% de femme et 38,3% d'homme ayant répondu à l'étude.

Concernant le type d'activité professionnelle 54 personnes (90%) sont exclusivement en secteur libéral, 6 personnes (10%) ont une activité salariée également.

Sur le plan géographique, 30 personnes (50%) travaillent en milieu urbain, 20 personnes (33,3%) exercent en milieu rural et 10 personnes (16,7%) sont en zone mixte. Les âges des personnes interrogées vont de 22 ans à 65 ans, avec une moyenne d'âge de 42 ans. L'année d'obtention du DE est entre 1972 et 2016.

Nous obtenons 25 personnes (41,6%) se trouvant dans la catégorie « 1 à 15 ans d'ancienneté d'exercice », 18 personnes (30%) « 16 à 30 ans d'ancienneté d'exercice » et 17 personnes (28,3%) « 31 à 45 ans d'ancienneté d'exercice ».

Concernant la prise en charge de patients porteurs d'une PTG, la totalité des MK interrogés (60 personnes) ont reçu cette population dans leur cabinet.

En moyenne sur une année d'exercice, ils auront pris en charge entre 1 et 45 patients porteurs de cette pathologie.

16 personnes (26,6%) se trouvent dans la catégorie « recevant entre 0 et 5 patients par an », 31 personnes (51,6%) « Recevant entre 6 et 15 patients par an » et 13 personnes (21,6%) « recevant 16 patients ou plus par an ».

Haute Autorité de Santé et PTG

Concernant la Haute Autorité de Santé (HAS), 45 personnes (75%) sont au courant de l'existence des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge de la PTG, 15 personnes (25%) ignorent leur existence. Parmi les 60 personnes interrogées, 3 personnes (5%) se réfèrent uniquement aux recommandations de la HAS pour cette pathologie. Sur ces 3 réponses, 2 personnes estiment que ces recommandations suffisent à la prise en charge. 1 personne estime que la HAS est la référence.

Parmi les 60 personnes, 31 personnes (51,6%) se réfèrent à la HAS mais pas seulement.

Tableau I : réponses des personnes interrogées (p.i.) « se référant à la HAS mais pas seulement » pour la prise en charge des PTG

31 personnes interrogées (p.i.) = 51,6%				
Certaines de ces recommandations sont incomplètes pour la prise en charge 22 p.i. (71%)		Certaines de ces recommandations sont obsolètes pour la prise en charge 4 p.i. (13%)		Autres 5 p.i. (16%)
Autres techniques	17 p.i.	Participation à des formations	2 p.i.	Commentaires détaillés ci-dessous
Publications plus récentes	10 p.i.	Publications plus récentes	3 p.i.	
		Participations à des congrès	1 p.i.	

Pour les MK estimant les recommandations HAS incomplètes, nous obtenons des exemples d'autres techniques : « travail sur toutes les articulations du membre inférieur, kinésithérapie analytique, fasciathérapie¹; emplâtre d'argile, mobilisation active en chaîne fermée ; travail en charge ; balnéothérapie (X2) ; équilibre sur Wii, réathlétisation pour les plus jeunes ; ostéopathie ; Huber motion lab, Huber 360, Indiba CT9, Cellu m6 Integral ; crochetage ; compression médicale. ».

Pour les MK estimant les recommandations HAS obsolètes, nous obtenons des exemples de congrès : « Journées INK ».

Nous obtenons des exemples de formations : « INK formation, Alister, FNKL54 », et de publications : « kiné scientifique (cité 2 fois) ; Stéphane Martine² ; kiné actualité ».

Sur les 31 personnes (des MK se référant à la HAS mais pas seulement), 5 personnes (16,1%) ont répondu « Autres ».

Nous obtenons alors ces discours : « ne pas faire de généralité, s'adapter au patient », « chaque patient est particulier avec une prise en charge individualisée », « certaines recommandations internationales ont un niveau de preuve et une meilleure actualisation / données plus récentes », « J'ajuste mon traitement en fonction de mon ressenti et de mon expérience », « chaque patient est différent et présente des pluripathologies non prises en compte dans les recommandations ».

¹ Depuis 2014 cette pratique est considérée comme une dérive thérapeutique par le CNOMK (40).

² Stéphane Martine, MKDE ayant participé de 2004 à 2007 à un groupe de pairs sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le but était de comparer les pratiques quotidiennes aux pratiques validées par des publications ou recommandées par la Haute Autorité de Santé.

Parmi les 60 personnes interrogées, 26 personnes (43,3%) ne se réfèrent pas à la HAS.

Tableau II : réponses des personnes interrogées (p.i.) « ne se référant pas à la HAS» pour la prise en charge des PTG

26 personnes interrogées (p.i.) = 43%				
Ces recommandations sont incomplètes pour la prise en charge 8 p.i. (31%)		Ces recommandations sont obsolètes pour la prise en charge 2 p.i. (7,5%)		Autres 16 p.i. (61,5%)
Autres techniques	6 p.i.	Participation à des formations	2 p.i.	Commentaires détaillés ci-dessous
Publications plus récentes	0 p.i.	Publications d'articles	2 p.i.	
		Participation à des congrès	1 p.i.	

Pour les MK estimant les recommandations HAS incomplètes, nous obtenons des exemples cités d'autres techniques : « on s'adapte au patient, rééducation essentiellement basée sur l'équilibre et la posture, massage global du MI, travail de la cicatrice, séance d'1h30 tous les jours électrostimulation / kinetec / Game ready / physiothérapie, massage adaptation au patient ».

Pour les MK estimant les recommandations HAS obsolètes, nous obtenons des exemples de congrès : « régulièrement dans les services orthopédiques de Nancy ». Nous obtenons des exemples de formations : « formations en conférence avec du personnel local, chirurgien, kiné ; INK formation ». Nous obtenons des exemples de revues : « Kiné scientifique (X2), revues locales ».

Sur les 26 réponses (des MK ne se référant pas à la HAS), 16 personnes (61,5%) ont répondu « Autres ». Nous obtenons ces discours : « Je ne les connais pas, je ne savais pas qu'il y en avait, pas le temps, (je) ne les connais pas, (je) ne les connais pas spécifiquement, j'applique mes cours, je n'y pense pas, je n'avais pas entendu parler de ces recommandations, (je ne suis) pas au courant, (je ne les ai) pas reçues, l'expérience, je me réfère à mon bilan et

aux recommandations du chirurgien, inconnues, non connaissance des recommandations, je me réfère aux recommandations du chirurgien, je me base sur mon bilan et aux formations suivies pour cette pathologie ».

Parmi ces 26 personnes ne se référant pas à la HAS pour la prise en charge des patients PTG, 12 personnes (46%) sont au courant qu'elles existent.

Formation en général

D'une manière générale (toutes pathologies confondues) en interrogeant les MK sur leur suivi de la HAS, 1 personne (1,6%) répond « Oui toujours », 44 personnes (73,3%) répondent « Oui quand cela correspond à la prise en charge », 4 personnes (6,6%) répondent « Non je suis contre les recommandations de la HAS », et 11 personnes (18,3%) répondent « Autres ».

L'item « Autres » nous procure ces réponses : « Non ; Jamais ; non, je m'appuie sur mes bilans et ordonnances du médecin, radio ; non connaissance des recommandations ; je n'y pense pas ; pas au courant ; lourdeur de la HAS ; à moduler selon les recommandations internationales ; je me documente différemment si nécessaire ; oui quand je les connais ; oui quand la pathologie est peu commune ».

Pour 56 personnes interrogées (93,3%), une étude a plus de poids de par son niveau de preuve. Pour 3 personnes (5%) interrogées il s'agira de la date de parution de l'étude, et pour 1 personne (1,6%) il s'agira du nom de l'auteur.

Concernant les articles en langue étrangère, 31 MK (51,6%) n'en lisent « Jamais », 24 MK (40%) en lisent « Parfois » et 5 MK (8,3%) en lisent « Souvent ».

Enfin, sur 60 personnes interrogées, 47 personnes (78,3%) consultent régulièrement un site internet ou une revue en lien avec la kinésithérapie. Il était possible, pour les MK interrogés, de fournir une adresse électronique permettant de recevoir les données de l'étude. 5 MK ont fourni une adresse électronique. Une adresse électronique avait été également fournie pour prendre en compte d'éventuelles remarques. Aucun email n'a été reçu.

3.2. Tri des données

Sur les 60 personnes interrogées, 45 personnes (75%) sont au courant des recommandations de la HAS pour la prise en charge des PTG.

Sur les 45 personnes au courant, 3 personnes (6,6%) « s'y réfèrent uniquement ».

Sur les 45 personnes au courant des recommandations de la HAS pour la prise en charge des PTG, 30 personnes (66,6%) « s'y réfèrent mais pas seulement ».

Sur les 45 personnes au courant de l'existence des recommandations HAS, 12 personnes (26,6%) ont répondu qu'elles « ne s'y réfèrent pas » pour la prise en charge des patients PTG. La totalité des résultats est consultable dans l'ANNEXE V de ce document.

MK se référant uniquement à la HAS pour la prise en charge de patients PTG

Sur ces 3 personnes, 2 personnes ont répondu « j'estime que ces recommandations suffisent pour la rééducation » 1 personne a répondu « j'estime que la HAS est la référence.

MK ne se référant pas seulement à la HAS pour la prise en charge de patients PTG

Sur ces 30 personnes, 4 personnes (13,3%) ont répondu « j'estime que certaines de ces recommandations sont obsolètes pour la prise en charge ».

Sur ces 4 personnes, 3 citent des articles ou revues venant pallier à ce problème. Sur ces 4 personnes, 2 citent des organismes de formations.

Sur ces 4 personnes, 1 cite un congrès/conférence.

Sur ces 30 personnes, 21 personnes (70%) ont répondu « j'estime que certaines de ces recommandations sont incomplètes pour la prise en charge ». Sur ces 21 personnes, 9 personnes (42,8%) citent des traitements pour compléter la prise en charge. Sur ces 21 personnes, 1 personne (4,7%) cite une source d'étude scientifique.

Sur ces 30 personnes, 5 personnes (16,6%) ont répondu « Autres » à cette question, avec des réponses libres : « chaque patient est particulier avec une prise en charge individualisée », « certaines recommandations internationales ont un meilleur niveau de preuve et une meilleure actualisation/données plus récentes », « j'ajuste mon traitement en fonction de mon ressenti personnel et de mon expérience », « chaque patient est différent et présente des pluripathologies non prises en compte dans les recommandations », « ne pas faire de généralité, s'adapter au patient ».

MK ne se référant pas à la HAS pour la prise en charge de patients PTG

Sur ces 12 personnes, 2 personnes (16,6%) ont répondu « j'estime que ces recommandations sont obsolètes pour la prise en charge ». Sur ces 2 personnes, 2 citent des organismes de formation permettant de pallier à ce problème. Sur ces 2 personnes, 2 citent des revues scientifiques. Sur ces 2 personnes, 1 cite un lieu de conférence / congrès.

Sur ces 12 personnes, 5 personnes (41,6%) ont répondu « j'estime que certaines de ces recommandations sont incomplètes pour la prise en charge ».

Sur ces 5 personnes, 4 citent des techniques de traitement pour pallier à ce problème. Sur ces 5 personnes, aucune ne cite d'article ou d'auteur.

Sur ces 12 personnes, 5 personnes (41,6%) ont répondu « Autres » à cette question, avec des réponses libres : « je ne les connais pas spécifiquement », « j'applique mes cours », « expérience », « je me réfère à mon bilan et recommandations du chir », « je me base sur mon bilan et les formations suivies pour cette pathologie ».

MK n'ayant pas connaissance de la HAS pour la prise en charge de patients PTG

Sur les 60 personnes interrogées, 15 personnes (25%) « ne sont pas au courant » de l'existence des recommandations de bonne pratique de la HAS pour la prise en charge de patient PTG.

Sur ces 15 personnes, une s'y réfère. Cette personne a répondu « j'estime quelles sont incomplètes pour la prise en charge du patient » (peut être après les avoir lu ? Puisqu'il ne les connaissait pas avant).

Cette personne utilise « d'autres techniques que celles proposées par la HAS » et propose une technique de traitement.

Sur ces 15 personnes, 11 personnes (73,3%) ont répondu « Autres », expliquant : « je ne les connais pas », « je ne savais pas qu'il y en avait », « pas le temps », « ne les connais pas », « je n'y pense pas », « je n'avais pas entendu parler de ces recommandations », « pas au courant », « pas reçues », « inconnues », « non connaissance des recommandations », « je me réfère aux recommandations du chirurgien ».

La totalité des résultats est consultable dans l'ANNEXE V.

4. DISCUSSION

Nous avons interrogé les MK libéraux de la région Lorraine (1620). Très peu de réponses nous sont parvenues après une première relance (22 réponses).

Nous avons pris la précaution de diffuser les questionnaires avant la période de vacances pour toucher le plus grand nombre de personnes.

Afin de pouvoir augmenter la quantité de réponses, nous avons élargi la recherche à la Grande Région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne (4300).

Après deux relances, le nombre de réponses a augmenté (60 réponses), ce qui reste un recueil de donnée très faible vu le nombre de MK libéraux exerçant sur ce territoire (41). Vu le nombre de mails envoyés et le faible taux de réponses, nous pouvons supposer que certains MK n'étaient pas prêts à s'expliquer quant à leur suivi ou non des recommandations de la HAS. Le questionnaire, dans sa forme, a pu être perçu comme jugeant le comportement des interrogés, malgré le respect de l'anonymat de chacun.

Accepter de répondre à un questionnaire interrogeant les MK sur leurs compétences (ici de formation), met en lumière certaines carences et n'est pas forcément attractif de prime abord.

61,7% de femmes et 38,3% d'hommes ont participé à cette enquête. La répartition n'est pas identique à la Grande Région, en effet d'après le rapport du CNOMK (41), il existe une parité entre homme et femme.

La moyenne d'âge est de 42 ans, ce qui est une moyenne quasiment identique à celle de la Grande Région. Celle-ci étant de 41 ans.

Malgré cette moyenne d'âge similaire nous ne pouvons pas généraliser cette étude à la totalité des MK libéraux de la Grande Région, vu le faible nombre de réponses recueillies et la disparité homme / femme dans les réponses.

Nos recherches ne nous ont pas permis de trouver un travail similaire au nôtre. Nous n'avons donc pas pu comparer notre étude avec une littérature semblable sur une autre région pour les MK, ou auprès d'un autre groupe professionnel. Néanmoins, nous savons que les professions médicales ont également un devoir de formation continue post-diplôme (42) et donc des moyens à l'auto-formation³ (organisme de formation, congrès, revues).

A la question « Savez-vous que la HAS propose des recommandations de bonnes pratiques auprès des patients porteurs de PTG ? » 15 personnes (25%) ont répondu « NON ». Nous leurs avons par la suite demandé « Pour la prise en charge d'une PTG, vous référez-vous à ces recommandations HAS ? » avec la réponse « NON ».

Cela les amène à la question suivante « Pour quelle raison ne vous référez-vous pas à ces recommandations ? » qui permet d'obtenir la même réponse une deuxième fois. Les réponses restent identiques dans les deux cas.

A cette question nous avons donc reçu des réponses « Autres » avec l'ouverture « je ne les connais pas, je ne savais pas qu'il y en avait, ne les connais pas, je ne les connais pas spécifiquement, je n'avais pas entendu parlé de ces recommandations, pas au courant, pas reçues, inconnues, non connaissance des recommandations ».

Par ce moyen nous nous assurons de la fiabilité des réponses des interrogés.

³ Nous définissons le terme « auto-formation » par l'action de se former via différents moyens (organismes, revues scientifiques, congrès). Cette action venant de la propre initiative du professionnel.

Dans la région, les patients porteurs d'une PTG sont amenés à bénéficier de soins MK en cabinet. Nous le mettons en évidence car tous les MK ont répondu avoir pris en charge cette population, à savoir que plus de la moitié en reçoit entre 6 et 15 par an. Nous déduisons que les prescriptions de soins MK pour une PTG sont courantes dans la région Grand-Est.

4.1. Discussion sur les MK se référant uniquement à la HAS

Les recommandations de la HAS pour la prise en charge des patients PTG sont, dans l'ensemble, connues des MK libéraux (45 personnes soit 75%). La HAS est une entité visible par les professionnels, qui reste facilement accessible via Internet. Néanmoins, à la vue des réponses obtenues nous nous rendons compte qu'elle n'est pas perçue comme une référence incontestée, puisque seulement 3 personnes (6,6%) « S'y réfèrent uniquement ».

Ces personnes reçoivent respectivement 9, 15 et 20 patients PTG au cabinet (Tableau V, ANNEXE V), c'est un nombre important, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces MK ont l'habitude de prendre en charge cette pathologie et estiment ne pas avoir besoin de se référer à d'autres textes de recommandations.

La réponse proposée « j'estime que ces recommandations suffisent pour la rééducation » est légitime, bien que de nouvelles études aient vu le jour pour proposer des techniques nouvelles de rééducation (Cf. synthèse de nos recherches) ; celles de la HAS sont toujours restées en vigueur. Le manque d'informations quant à l'évolution des techniques sur cette pathologie est une possibilité, pourtant cette population interrogée est en majorité (2 personnes sur 3) diplômée depuis moins de 15 ans (Tableau IV, ANNEXE V). Laissant entendre que ces professionnels sont relativement proches de leur formation initiale et de leur recherche de connaissances. Ces mêmes personnes sont pourtant ouvertes à d'autres propositions concernant la prise en charge d'autres pathologies (Tableau III, ANNEXE V) et consultent régulièrement une revue ou un site en lien avec la kinésithérapie (Tableau VIII, ANNEXE V). Ces MK seraient moins investis dans la recherche de moyens de traitements des patients PTG que pour le traitement d'autres pathologies. Les recommandations de la HAS seraient suffisamment complètes pour la prise en charge MK.

4.2. Discussion sur les MK ne se référant pas seulement à la HAS

La HAS n'est pas la seule référence pour les MK de la Grande Région, car sur les 45 personnes au courant de ces recommandations, 30 personnes (66,6%) ne s'y réfèrent pas seulement.

L'hypothèse qu'une personne ayant obtenu son DE récemment ait davantage de dépendance aux recommandations peut se poser. En effet, 46,6% de ces personnes se trouvent dans la catégorie « 1 à 15 ans d'ancienneté de DE » (Tableau IV, ANNEXE V).

A la sortie de l'institut de formation, les MK sont riches en connaissances théoriques mais limités dans tout ce qui touche à la pratique concrète de la profession. Ils sont donc amenés à poursuivre leur apprentissage à l'aide de formations, de lectures, d'échanges entre professionnels pour parfaire leurs actes et grandir davantage.

Le nombre de patients porteurs de PTG accueillis au sein du cabinet serait un facteur déclenchant de recherche et formation dans le domaine. Dans ce cas 43,3% et 33,3% des personnes interrogées estiment respectivement « entre 6 et 15 patients » et « 16 patients et plus » porteurs d'une PTG au sein de leur cabinet (Tableau V, ANNEXE V).

Le fait d'accueillir une population élevée dans son cabinet demande une certaine maîtrise de sa pathologie.

Ainsi en ne se référant pas seulement à la HAS, ces professionnels proposent d'autres approches à une patientèle importante et manifestant un besoin de prise en charge efficace.

Ces MK ont un regard critique sur ces recommandations en estimant pour la majorité (21 personnes soit 70%) que celles-ci sont incomplètes pour la prise en charge, et citent des moyens de prise en charge alternatifs plus récents (compression médicale, travail en charge, équilibre sur Wii); tout en insistant sur le fait de « ne pas faire de généralité, s'adapter au patient ».

Ces mêmes MK ayant répondu qu'ils ne se référaient pas seulement à la HAS pour les patients PTG, répondent à la majorité (29 personnes soit 96,6%) qu'ils se réfèrent à la HAS pour les autres pathologies quand cela correspond à la prise en charge (Tableau III, ANNEXE V).

Il faudrait approfondir cette question, car la HAS proposera tout au moins un traitement qui correspondra à la prise en charge d'une autre pathologie.

Ces MK sont sensibles à la HAS mais n'en font pas la référence incontestée, ils la complètent avec d'autres études, d'autres recommandations pour parfaire leurs prises en charge. La recherche, les congrès, les formations, la consultation de sites ou de revues en lien avec la kinésithérapie sont les moyens utilisés par ces MK (Tableau VIII, ANNEXE V). Estimer que ces recommandations sont incomplètes c'est prendre conscience que la profession évolue et tend à s'améliorer perpétuellement.

4.3. Discussion sur les MK ne se référant pas à la HAS

Parmi les personnes interrogées au courant de l'existence de la HAS, certaines ne s'y réfèrent pas du tout (12 personnes soit 26,6%) pour la prise en charge des patients PTG.

Ce sont des MK pour la plupart plus âgés en terme d'ancienneté de DE avec une moyenne de 20 ans d'ancienneté (Tableau IV, ANNEXE V). Leur expérience leur aurait permis d'avoir un schéma de traitement propre et ainsi estimer que les recommandations de la HAS sont incomplètes voir obsolètes pour certains.

Sachant que ces personnes se trouvent dans une moyenne de 20 ans d'ancienneté de DE et que les recommandations sur la PTG datent de 2008, cela reste surprenant de qualifier les recommandations HAS « d'obsolètes ».

Ces MK se réfèrent aux recommandations de la HAS (7 personnes soit 58,3%) quand cela correspond à la prise en charge pour d'autres pathologies (Tableau III, ANNEXE V).

Ils ne remettent donc pas en question l'entité même de la HAS. Ils citent des alternatives reçues lors de formations et congrès pour justifier leurs traitements.

Nous pourrions penser alors que s'ils disent ne pas suivre la HAS pour une pathologie comme la PTG, d'autres recommandations HAS pourraient leur servir dans les grands axes pour des pathologies plus difficiles à prendre en charge, ou moins reçues dans leurs cabinets.

La moitié explique lire des articles en langue étrangère et la totalité consulte régulièrement un site ou une revue en lien avec la kinésithérapie (Tableau VII et VIII, ANNEXE V).

Ce sont donc des MK ouverts à l'avancée de la recherche et l'amélioration du traitement des patients.

Une minorité nous fait part de raisons personnelles quant à la HAS, en expliquant être « contre les recommandations de la HAS », ou en se plaignant d'une certaine « lourdeur de la HAS ».

Nous pouvons comprendre que la méthode de conception soit lourde, le comité de pilotage envoie la production aux relecteurs puis, suite à leurs critiques, propose une nouvelle réécriture jusqu'à l'approbation de la diffusion des recommandations. Cependant cette « lourdeur » est garante d'un texte enrichissant pour la profession.

Nous remarquons aussi que certaines personnes « contre la HAS » citent des moyens de traitement présents dans les recommandations.

Nous pouvons alors déduire qu'il y ait un manque d'informations sur les propositions de la HAS. Les informer par mails ou par courriers postaux pourrait éventuellement susciter un intérêt, une curiosité quant aux recommandations existantes.

Il y aurait pour une minorité de MK libéraux de la région un agacement prononcé vis à vis de la HAS. Il aurait été intéressant d'approfondir ce mécontentement.

4.4. Discussion sur les MK ne connaissant pas la HAS

15 personnes (25%) ne sont pas au courant de l'existence des recommandations HAS concernant la PTG. Pourtant quasiment la moitié est au courant de l'existence de la HAS car 7 personnes ont répondu les appliquer pour d'autres pathologies « quand cela correspond à la prise en charge » 1 personne répond les appliquer « Toujours » pour d'autres pathologies, et 1 personne « oui, quand je les connais ». Ces personnes ne sont pas sensibilisées sur l'existence des recommandations de bonnes pratiques pour la PTG.

Pourtant il s'agit de MK avec une ancienneté de DE d'une moyenne de 20 ans (Tableau X, ANNEXE V), voyant évoluer leur profession pour les plus âgés et sensibilisés à l'existence de la HAS durant leur formation initiale pour les plus jeunes.

De plus, ces MK reçoivent, pour la majorité (9 personnes soit 60%), « entre 6 et 15 patients » par an dans leurs cabinets (Tableau XI, ANNEXE V) ce qui est une population importante. Ces résultats nous suggèrent un certain désintérêt pour la HAS. Il aurait été intéressant de demander quelles étaient leurs sources pour prendre en charge les patients PTG au cabinet. Certains citent les « recommandations du chirurgien » comme base pour traiter leurs patients.

Ce sont des MK qui n'ont pas l'habitude de lire des articles en langues étrangères car 11 n'en lisent jamais, soit 78,5% (Tableau XIII, ANNEXE V), et 8 MK sur les 15 interrogés (53,3%) consultent des revues ou site en lien avec la kinésithérapie (Tableau XIV, ANNEXE V).

Ils présentent moins d'initiative à la recherche que les MK sensibilisés sur les recommandations HAS pour la PTG.

S'ils étaient au courant d'une base de recommandations nous pourrions supposer que ce serait un tremplin, une ouverture vers d'autres études, recherches, formations.

Il serait alors judicieux de les sensibiliser sur l'existence de ces bases, par différents moyens (mails d'informations, invitations à des conférences, appels téléphoniques) ; car les MK connaissant les recommandations HAS prendraient l'initiative de chercher eux-mêmes des éléments complémentaires pour leurs pratiques.

4.5. Discussion générale

Une adresse mail avait été proposée aux MK interrogés. Celle-ci n'a pas été utilisée. Les MK n'avaient pas de remarques ou commentaires à nous faire part concernant cette étude.

Sur l'ensemble des MK interrogés, seulement 13 personnes (21,6%) ne consultent pas de sites ou de revues en lien avec la kinésithérapie.

De prime abord, l'hypothèse que les MK les plus âgés soient desservis quant à l'utilisation de supports informatiques pourrait être posée.

Néanmoins les âges de ces 13 personnes sont hétérogènes, allant de 22 à 63 ans. De plus une étude menée par la TNS-Sofres explique que les seniors passent, en moyenne, « 13h15 par semaine à surfer sur internet » (43).

Ces explications nous permettraient de penser que nous nous trouvons davantage face à un problème de désintérêt de la profession que d'un manque de d'intérêt quant à l'utilisation de supports informatiques.

56 MK (93,3%) estiment que le niveau de preuve prime lors de la lecture d'un article ; mais la moitié des interrogés reconnaît ne pas lire d'article en langue étrangère. La majorité des articles scientifiques paraissent en anglais, c'est un handicap fort pour ces professionnels qui seront mis en difficulté pour leur lecture. C'est également la raison pour laquelle beaucoup ont cité des revues françaises (Kiné scientifique, Kiné actualité) qui traduisent les publications en langue française. Ce serait donc grâce aux revues françaises de kinésithérapie qu'une majorité des MK interrogés s'informerait sur l'actualité de la profession.

Le niveau de preuve d'une étude permet d'apporter du poids à un article, il sera pris en considération par le lecteur a fortiori si son grade est haut.

Les MK interrogés sont sensibilisés à ce propos et font preuve de vigilance dans leurs lectures. Ils sont sensibilisés sur la recherche, ils s'informent via des outils internet ou des revues qui traduisent les articles en français. Ces outils permettent à des MK conscients que la profession évolue de se maintenir au courant de l'actualité.

Beaucoup citent des méthodes de traitement qui ne figurent pas dans nos recherches d'études parues après 2008. Les MK ajoutent à la kinésithérapie traditionnelle (travail en charge, mobilisation active, massage) des supports supplémentaires (Huber, Wii, balnéothérapie, crochetage) issues de formations post DE (INK formation, FNKL54, Alister). Cela permet d'approfondir les techniques et dispenser d'autres approches aux patients, de la variété.

Les réponses aux questions ouvertes sont un recueil très intéressant pour compléter cette partie. Cependant il a été difficile de recueillir des études complémentaires (noms d'auteur, titres, années de parution) lors des questionnaires.

Les techniques sont citées, mais pas les articles. L'efficacité de leurs gestes ne peut donc pas être appuyée par des études scientifiques pertinentes.

Pour la plupart, il ne s'agira que de donner le nom de la revue scientifique (dans notre cas, Kiné Scientifique et Kiné Actualité), qui engloberait l'ensemble des articles pouvant justifier leurs techniques.

Cela pourrait se traduire par la difficulté des MK libéraux à retrouver un nom d'article ou d'auteur au moment où ils répondent au questionnaire. La période consacrée aux réponses est succincte et ces professionnels n'ont pas spécifiquement le temps d'aller rechercher des noms d'auteurs ou d'articles.

Nous perdons en qualité de réponses mais les interrogés ont toutefois répondu généreusement pour citer des congrès, des organismes de formation, des revues, des techniques en lien avec la kinésithérapie.

Nous saluons cet effort d'alimenter ce questionnaire par des réponses ouvertes (pourtant facultatives), cela nous montre les moyens qu'ont les MK pour se former et tendre vers davantage de compétences, et traduit également une certaine volonté pour prendre part à cette étude.

5. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence la démarche et la volonté des masseurs-kinésithérapeutes de tendre vers une auto-formation post-diplôme.

Parmi les MK interrogés, la majorité est sensible aux recommandations proposées par la HAS mais n'en font pas la référence incontestée. La HAS reste une entité non négligeable et accessible pour les professionnels mais d'autres études issues de congrès, de formations, de lectures sont utilisées pour compléter leurs traitements des patients PTG.

Ces professionnels ont conscience que le métier est en perpétuelle évolution. Il leur est nécessaire de rester à jour dans l'actualité scientifique pour être en phase avec leur temps. Le MK d'aujourd'hui est donc un thérapeute qui prend l'initiative de se former et de s'informer sur les traitements actuels.

Cependant, malgré la visibilité de la HAS par la communication des syndicats, de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des instituts de formation, le message ne passe pas complètement. Une minorité de MK n'est pas au courant de l'existence de ce moyen d'information, voire même ne souhaite pas s'y intéresser. Ce qui traduirait un certain désintérêt de la profession.

Il faut savoir que les étudiants MK d'autrefois n'étaient pas évalués sur des mémoires d'initiation à la recherche, mais davantage sur des cas cliniques.

Il serait intéressant, d'ici quelques années lorsque la réforme des études sera pérenne, d'effectuer une enquête sociologique portant sur les compétences qu'ont les MK à lire des recommandations et des informations scientifiques.

Cela permettra de mettre en évidence l'impact de cette réforme sur la capacité des MK à utiliser les bons moyens d'auto-formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. [En ligne] [Cited 2015 Sep]
<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127740&categorieLien=id>>
2. HAS. *DPC des masseurs-kinesitherapeutes*. [En ligne] [Cited 2013 Mar 14]
<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_749182/fr/dpc-des-masseurs-kinesitherapeutes>
3. Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. [En ligne] [Cited 2007 May 16]
<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822193&categorieLien=id>>
4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne] [Cited 2009 Jul 19]
<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>>
5. Le Pen C, Reygrobelle C, Gerentes I. Financial cost of osteoarthritis in France - The "COART" France Study. *Joint Bone Spine*. 2005.
6. Conrard S. Des prothèses de genou en ambulatoire. *Kineactu*. 2016;(1469):p.18–9.
7. HAS. *Recommandations professionnelles, critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR, après arthroplastie totale de genou*. 2008 [cited 2008 Jan].
8. HAS. *Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou - Argumentaire*. 2008 [cited 2008 Jan].
9. Cercek R, Bassett R, Myerthall S. Evaluation of the Painful Total Knee Arthroplasty. *J Knee Surg*. 2014 24;28(02):113–8.
10. Barry S, Wallace L, Lamb S. Cryotherapy after total knee replacement: a survey of current practice. *Phys Ther Res*. 2003;8(3):111–20.
11. Philadelphia Panel. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. *Phys Ther*. 2001 ;81(10):1675–700.

12. Albrecht S, le Blond R, Köhler V, Cordis R, Gill C, Kleihues H, et al. Kryotherapie als Analgesietechnik in der direkten, postoperativen Behandlung nach elektivem Gelenkersatz. *Z Für Orthop Unfallchirurgie*. 1997 ;135(01):45–51.
13. Kramer JF, Speechley M, Bourne R, Rorabeck C, Vaz M. Comparison of clinic- and home-based rehabilitation programs after total knee arthroplasty. *Clin Orthop*. 2003 ;(410):225–34.
14. Morsi E. Continuous-flow cold therapy after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2002 ;17(6):718–22.
15. Johnson AW, Myrer JW, Hunter I, Feland JB, Hopkins JT, Draper DO, et al. Whole-body vibration strengthening compared to traditional strengthening during physical therapy in individuals with total knee arthroplasty. *Physiother Theory Pract*. 2010 ;26(4):215–25.
16. Kim SM, Kim S-R, Lee YK, Kim BR, Han EY. The effect of mechanical massage on early outcome after total knee arthroplasty: a pilot study. *J Phys Ther Sci*. 2015 ;27(11):3413–6.
17. Pichonnaz C, Bassin J-P, Lécureux E, Christe G, Currat D, Aminian K, et al. Effect of Manual Lymphatic Drainage After Total Knee Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016 ;97(5):674–82.
18. Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsøe B, Dagfinrud H, et al. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 23;3:CD005523.
19. Brosseau L, Milne S, Wells G, Tugwell P, Robinson V, Casimiro L, et al. Efficacy of continuous passive motion following total knee arthroplasty: a metaanalysis. *J Rheumatol*. 2004 ;31(11):2251–64.
20. Lenssen AF, Koke AJ, Bie RD, Geesink RG. Continuous passive motion following primary total knee arthroplasty: short- and long-term effects on range of motion. *PubMed Health [Internet]*. 2003 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0020271/>
21. Croce M., Petitdant B. Comment mettre en oeuvre la mobilisation passive continue du genou après arthroplastie ? Approche bibliographique. *Ann Kinésithérapie*. 2001;(vol. 28/2):p.49–56.
22. Kehlet H, Thienpont E. Fast-track knee arthroplasty -- status and future challenges. *The Knee*. 2013;20 Suppl 1:S29–33.
23. Unver B, Bakirhan S, Karatosun V. Does a weight-training exercise programme given to patients four or more years after total knee arthroplasty improve mobility: A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016 ;64:45–50.

24. Valtonen A, Pöyhönen T, Sipilä S, Heinonen A. Maintenance of aquatic training-induced benefits on mobility and lower-extremity muscles among persons with unilateral knee replacement. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011 ;92(12):1944–50.
25. Valtonen A, Pöyhönen T, Sipilä S, Heinonen A. Effects of aquatic resistance training on mobility limitation and lower-limb impairments after knee replacement. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010 ;91(6):833–9.
26. Lewek M, Stevens J, Snyder-Mackler L. The use of electrical stimulation to increase quadriceps femoris muscle force in an elderly patient following a total knee arthroplasty. *Phys Ther.* 2001 ;81(9):1565–71.
27. Petterson S, Snyder-Mackler L. The use of neuromuscular electrical stimulation to improve activation deficits in a patient with chronic quadriceps strength impairments following total knee arthroplasty. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2006;36(9):678–85.
28. Avramidis K, Strike PW, Taylor PN, Swain ID. Effectiveness of electric stimulation of the vastus medialis muscle in the rehabilitation of patients after total knee arthroplasty. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84(12):1850–3.
29. Codine P, Delleme Y, Denis-Laroque F, Herisson C. The use of low velocity submaximal eccentric contractions of the hamstring for recovery of full extension after total knee replacement: A randomized controlled study. *Isokinet Exerc Sci.* 2004;12(3):215–8.
30. Cochet J-P, Coulon C, Houssin B. La récupération musculaire du quadriceps après prothèse totale du genou. *Kinesither Scient.* 1993;(322):35–7.
31. Kelly MA, Finley M, Lichtman SW, Hyland MR, Edeer AO. Comparative Analysis of High-Velocity Versus Low-Velocity Exercise on Outcomes After Total Knee Arthroplasty: A Randomized Clinical Trial. *J Geriatr Phys Ther* 2011. 2016;39(4):178–89.
32. Rahmann AE, Brauer SG, Nitz JC. A Specific Inpatient Aquatic Physiotherapy Program Improves Strength After Total Hip or Knee Replacement Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(5):745–55.
33. McClelland J, Zeni J, Haley RM, Snyder-Mackler L. Functional and biomechanical outcomes after using biofeedback for retraining symmetrical movement patterns after total knee arthroplasty: a case report. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012;42(2):135–44.
34. Cherian JJ, Bhave A, Kapadia BH, Starr R, McElroy MJ, Mont MA. Strength and Functional Improvement Using Pneumatic Brace with Extension Assist for End-Stage Knee Osteoarthritis: A Prospective, Randomized trial. *J Arthroplasty.* 2015 ;30(5):747–53.

35. Proprioceptive function in knees with and without total knee arthroplasty: American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation [Internet]. LWW. [cited 2016 Oct 27].
36. Felicetti G, Maini M, Brignoli E, Chiappano G, Molino A, Ferretti C, et al. [Function recovery in patients with knee arthroplasty: role of proprioceptive rehabilitation]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2006;28(4):498–503.
37. Piva SR, Gil AB, Almeida GJM, DiGioia AM, Levison TJ, Fitzgerald GK. A balance exercise program appears to improve function for patients with total knee arthroplasty: a randomized clinical trial. *Phys Ther*. 2010;90(6):880–94.
38. Liao C-D, Liou T-H, Huang Y-Y, Huang Y-C. Effects of balance training on functional outcome after total knee replacement in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013;27(8):697–709.
39. De Singly F, *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes*. 3e ed. Armand Colin; 2012.
40. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Référentiel des activités annexes DEMK*. [En ligne]. [cited 2017 Feb 25]. <<https://drive.google.com/file/d/0B01jfN6hi9qPT3BFNjJ4SDRyQUU/view>>
41. CNOMK. *Démographie des masseurs-kinésithérapeutes en France par région*. 2010. [En ligne] [Cited 2010]. <<http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/05/FRANCE-par-Region-planches.pdf>>
42. Conseil National de la FMC des praticiens hospitaliers (CNFMCH). *L'obligation de formation médicale continue (FMC) - Historique, état des lieux et perspectives*. 2005. [En ligne] [Cited 2005]. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf>
43. TNS Sofres. *Baromètre 55+ (avril 2016) : Les seniors et le digital*. [En ligne] [Cited 2016 Apr]. <<http://www.tns-sofres.com/publications/barometre-55-avril-2016-les-seniors-et-le-digital>>

ANNEXES

ANNEXE I : Nouvelle définition de la profession de Masseur-Kinésithérapeute

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément aux dispositions du code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie dont les actes médicaux prescrits par un médecin est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. »

ANNEXE II : Tableau synthétique de la recherche des études

Avant 2008 (source HAS) :

NOM	AUTEUR	ANNEE	DESCRIPTION
Cryotherapy after total knee replacement: a survey of current practice. <i>Physiother Res Int</i> 2003;8(3):111-20.	Barry S, Wallace L, Lamb S.	2003	Questionnaire auprès de 453 kinésithérapeutes. 33 % des thérapeutes utilisaient régulièrement la cryothérapie en postopératoire. Les techniques utilisées sont le « cryocuff » qui associe une compression au glaçage, l'utilisation de l'azote liquide et les classiques glaçons. 24 à 48 heures après l'intervention pendant une durée moyenne de 20 minutes, 2 fois par jour. Intérêt sur le plan de l'antalgie et la mobilité
Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. <i>Phys Ther</i> 2001;81(10):1675-700.	American Physical Therapy Association	2001	L'étude citée compare 45 patients ayant une application d'un pack de gel froid par rapport à un groupe qui n'en n'avait pas. Pas de différence entre les deux groupes sur l'amplitude et la force mais amélioration pour la douleur de surface.
Cryotherapy as analgesic technique in direct, postoperative treatment following elective joint replacement <i>1997;135(1):45-51.</i>	Albrecht S, le Blond R, Köhler V, Cordis R, Gill C, Kleihues H, et al.	1997	Comparaison de 3 groupes : le premier groupe (n = 104) était le groupe contrôle, le deuxième groupe (n = 104) avait une application classique de glaçons, le troisième groupe avait une application continue de froid. L'amélioration de la douleur était statistiquement significative dans le groupe 2 et dans le groupe 3.

<p>Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. Phys Ther 2001;81(10):1675-700.</p>	<p>American Physical Therapy Association</p>	<p>2001</p>	<p>L'étude citée comparait 90 patients ayant un traitement TENS (70 Hz) par rapport à un groupe témoin recevant un placebo. Il n'y avait pas de différence sur la douleur, l'amplitude et la force. Par contre, les auteurs ont trouvé une amélioration de la douleur de surface.</p>
<p>The use of electrical stimulation to increase quadriceps femoris muscle force in an elderly patient following a total knee arthroplasty. Phys Ther 2001;81(9):1565-71.</p>	<p>Lewek M, Stevens J, Snyder-Mackler L.</p>	<p>2001</p>	<p>Excitomoteurs L'index musculaire du quadriceps passait de 50 % à 3 semaines postopératoires à 86 % à 8 semaines postopératoires. Il faut 10 semaines pour que l'index soit de 100 %.</p>
<p>Effectiveness of electric stimulation of the vastus medialis muscle in the rehabilitation of patients after total knee arthroplasty. Arch Phys Med Rehabil 2003;84(12):1850-3.</p>	<p>Avramidis K, Strike PW, Taylor PN, Swain ID</p>	<p>2003</p>	<p>Electrostimulation sur le vaste interne. Augmentation de la vitesse de marche au bout de 6 semaines.</p>
<p>Comparison of clinic- and home-based rehabilitation programs after total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2003;(410):225-34.</p>	<p>Kramer JF, Speechley M, Bourne R, Rorabeck C, Vaz M.</p>	<p>2003</p>	<p>Les ultrasons (US) sont mentionnés une seule fois dans la prise en charge des PTG. aucun écrit sur l'intérêt ou l'inconvénient de ce traitement.</p>
<p>Aquatic physical therapy in the treatment of a patient with simultaneous bilateral total knee arthroplasties: a case report. J Aquat Phys Ther 2003;11(1):6-13.</p>	<p>Lenkowitz SE, Hasson SM.</p>	<p>2003</p>	<p>Aucune étude comparant l'utilisation de la balnéothérapie avec un groupe n'ayant pas bénéficié de balnéothérapie n'a pu être identifiée. Il s'agit d'un rapport de cas, ont décrit la balnéothérapie appliquée à un patient de 63 ans qui commençait ce traitement à J21.</p>

			<p>L'originalité de cet article est un tableau qui décrit la chronologie, la posologie de 14 exercices à faire en balnéothérapie. Une à deux séances de balnéothérapie par jour peuvent être réalisées en tenant compte des habitudes contre-indications liées à la cicatrisation, à la température de l'eau, etc. La mobilité est travaillée en réalisant des exercices de pédalage, fente avant, flexion les deux pieds sur le mur, accroupissements, etc. Le travail des fléchisseurs et des extenseurs est réalisé avec un élastique.</p>
<p>Efficacy of continuous passive motion following total knee arthroplasty: a metaanalysis. J Rheumatol 2004;31(11):2251-64.</p>	<p>Brosseau L, Milne S, Wells G, Tugwell P, Robinson V, Casimiro L, et al.</p>	<p>2004</p>	<p>Mob passive continue Après 2 semaines l'amplitude de flexion est statistiquement plus importante que le groupe témoin (+ 4,30°) il y a une diminution de la longueur de séjour de 0,69 jours. La MPC associée à KC offre des résultats plus bénéfiques que la kinésithérapie traditionnelle seule.</p>
<p>Continuous passive motion following primary total knee arthroplasty: short- and long- term effects on range of motion. Phys Ther Rev 2003;8(3):113-21.</p>	<p>Lenssen AF, Köke AJA, de Bie RA, Geesink RGT</p>	<p>2003</p>	<p>Comparaison d'un groupe de patients ayant une MPC associée à une kinésithérapie classique pendant 17 jours à un groupe témoin n'ayant que de la KC. Ils ont proposé d'évaluer la mobilité, le score IKS, WOMAC et la douleur du patient avec un recul de 6 et de 12 semaines postopératoires. Les résultats de cette étude permettraient d'avoir un recul à long terme de l'effet potentiel de la MPC.</p>

<p>Continuous passive motion compared to active physical therapy after knee arthroplasty: similar hospitalization times in a randomized study of 68 patients. Acta Orthop Scand 1996;67(1):7-9.</p>	<p>Montgomery F, Eliasson M.</p>	<p>1996</p>	<p>Comparaison de l'effet de la MPC appliquée seule à une kinésithérapie classique. Ils n'ont trouvé aucune différence statistiquement significative sur la mobilité de flexion du genou avec un recul de 2 semaines, 3 mois et 6 mois.</p> <p>Toutes les conclusions sont similaires : la MPC n'est jamais réalisée seule, la mobilisation passive manuelle est toujours associée.</p>
<p>Rééducation et arthroplastie totale du genou. Encycl Méd Chir Kinésither Méd Phys Réadapt 2003;26-296-A-05.</p>	<p>Guingand O, Breton G.</p>	<p>2003</p>	<p>Préférence de la mobilisation autopassive à l'arthromoteur, car elle est mieux contrôlée par le patient. Ils ont donné l'exemple de l'utilisation du ballon cylindrique ou du travail autopassif de flexion du genou sur une ou deux marches d'escalier.</p>
<p>Exercise combined with continuous passive motion or slider board therapy compared with exercise only: a randomized controlled trial of patients following total knee arthroplasty. Phys Ther 2001;81(4):1029-37.</p>	<p>Beaupré LA, Davies DM, Jones CA, Cinats JG</p>	<p>2001</p>	<p>Dans leur étude de 2001, ils ont comparé la MPC, le « Slider board » et une kinésithérapie classique. Ils n'ont relevé aucune différence statistiquement significative entre ces 3 approches.</p>
<p>The use of low velocity submaximal eccentric contractions of the hamstring for recovery of full extension after total knee replacement: a randomized controlled study. Isokinetics Exercise Sci 2004;12(3):215-8</p>	<p>Codine P, Delleme Y, Denis-Laroque F, Herisson C.</p>	<p>2004</p>	<p>Mob active résistée Très peu d'étude</p> <p>Comparaison d'une population de 30 patients ayant une rééducation classique avec 30 patients ayant un travail excentrique isocinétique des ischio-jambiers associé. À J10 et à J30, ils n'ont trouvé aucune différence statistiquement significative de la force des ischio-</p>

			jambiers. Par contre, ils ont noté une meilleure récupération de l'extension statistiquement significative à J10 et à J30.
La récupération musculaire du quadriceps après prothèse totale du genou. Kinésithér Sci 1993;(322):35-7.	Cochet JP , Coulon C, Houssin B.	1993	Feedback, étude peu pertinente Etude de l'intérêt de l'utilisation du feed-back pour récupérer la force musculaire du quadriceps. Ils ont comparé pendant 10 jours un groupe témoin (n = 20) par rapport à un groupe ayant une séance par jour de feed-back, d'une durée de 15 minutes. Les résultats ont montré que la récupération du quadriceps semblait plus rapide. Malheureusement, la faiblesse des indicateurs et le manque d'approche statistique limitaient la pertinence de cette étude.
Proprioceptive function in knees with and without total knee arthroplasty. Am J Phys Med Rehabil 1999;78(1):39-45.	Fuchs S, Thorwesten L, Niewerth S.	1999	Etude de la proprioception en actif et en passif chez 28 patients porteurs de PTG versus 25 sujets sains ayant le même âge (60 ans).Le sujet est assis, yeux fermés, sans contact de la face postérieure du genou avec la table d'examen. L'examineur place lentement et passivement le membre sain dans une position de flexion du genou, puis demande au sujet de placer activement le genou prothésé dans la même position. La différence articulaire entre les deux genoux est mesurée. une diminution de la proprioception entre les deux groupes. Cependant, cette différence n'existait pas chez les sujets opérés entre le côté opéré et le côté sain. Cette étude a montré que le thérapeute ne pouvait objectiver cette diminution de proprioception

<p>Comment mettre en œuvre la mobilisation passive continue du genou après arthroplastie ? Approche bibliographique. Ann Kinésithér 2001;28(2):49-56</p>	<p>Croce M, Petitdant B</p>	<p>2001</p>	<p>Analyse les différents critères des procédures mises en œuvre pour la mobilisation passive continue du genou après arthroplastie. La MPC répond à plusieurs questions.</p>
<p>Preliminary study on the validity of an instrumental method of evaluating proprioception in patients undergoing total knee arthroplasty. Eur Med Phys 2003;39(3):87-94.</p>	<p>Felicetti G, Chiappano G, Molino A, Brignoli E, Maestri R, Maini M.</p>	<p>2003</p>	<p>Etude sur 18 patients l'efficacité d'un programme de rééducation sur la proprioception en utilisant le « dynamic electronic plate Pro-kin-machine » (plateau vibrant). À la suite de 15 séances, ils ont montré une amélioration de la proprioception.</p>
<p>The use of neuromuscular electrical stimulation to improve activation deficits in a patient with chronic quadriceps strength impairments following total knee arthroplasty. J Orthop Sports Phys Ther 2006;36(9):678-685</p>	<p>Petterson et al</p>	<p>2006</p>	<p>Etude de cas Patient 62 ans, sportif. Faiblesse du quadriceps gauche après PTG 6 semaines excitomoteur + travail en charge Electrothérapie et excitomoteurs renforcent (symétrique au bout de 6 semaines).</p>

Après 2008 :

NOM	AUTEURS	ANNEE	DESCRIPTION
Fast-track knee arthroplasty -- status and future challenges »	Kehlet, H. et E. Thienpont. «Knee, vol. 20, Suppl 1, sept. 2013, p. S29-S33	2013	À ce jour, de nombreuses études montrent que les appareils de réadaptation motorisée n'apportent ni avantage ou bienfait durable comparativement à la physiothérapie conventionnelle.
Gymnastique aquatique pour les personnes souffrant d'arthrose du genou ou de la hanche	Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsøe B, Dagfinrud H, Lund H	2016	Des données de qualité modérée montrent que chez les personnes souffrant d'arthrose de la hanche et du genou, la gymnastique aquatique peut réduire la douleur et l'incapacité et augmenter la qualité de vie immédiatement après la fin du programme de traitement. Des recherches ultérieures sont susceptibles de modifier ces résultats.
Does a weight-training exercise programme given to patients four or more years after total knee arthroplasty improve mobility	Bayram Unvera, *, Serkan Bakirhanb , Vasfi Karatosunc	2016	Cela nous explique que des patients 4 ans post PTG ont reçu un programme de renforcement en charge. Il y aurait des bénéfices sur les amplitudes et la mobilité de l'articulation du genou. Important de poursuivre la rééducation à domicile. 2 groupes, 8 semaines d'exercices, 1 groupe exercice en charge, 1 groupe en décharge. mesure de la force II et Q. Et au test de marche de 10 m.
Strength and functional improvement using pneumatic brace with extension assist for end-stage knee osteoarthritis: a prospective,	Cherian et al	2015	Patient souffrant d'arthroses de genou Utilisation d'une attelle pneumatique avec aide à l'extension. Renforcement du Quadriceps et Ischio Jambiers dès le post-opératoire. Évalué sur 3 mois. Tests fonctionnels,

randomized trial. J Arthroplasty 2015;30(5):747–753			qualité de vie, force musculaire.
Effect of Manual Lymphatic Drainage After Total Knee Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2016 May;97(5):674-82. doi: 10.1016/j.apmr.2016.01.006. Epub 2016 Jan 30.	Pichonnaz C ¹ , Bassin JP ² , Lécureux E ³ , Christe G ² , Currat D ² , Aminian K ⁴ , Jolles BM ⁵ .	2016	2 groupes de 30 patients PTG avec oedeme 1 groupe placebo 1 groupe DLM Mesure centimétrique Mesure scopique EVA Drainage lymphatique manuel ne réduit pas immédiatement l'œdème. Mais diminue la douleur.
Fast-track knee arthroplasty -- status and future challenges »	Kehlet, H. et E. Thienpont. «Knee, vol. 20, Suppl 1, sept. 2013, p. S29-S33	2013	À ce jour, de nombreuses études montrent que les appareils de réadaptation motorisée n'apportent ni avantage ou bienfait durable comparativement à la physiothérapie conventionnelle.
Gymnastique aquatique pour les personnes souffrant d'arthrose du genou ou de la hanche	Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsøe B, Dagfinrud H, Lund H	2016	Des données de qualité modérée montrent que chez les personnes souffrant d'arthrose de la hanche et du genou, la gymnastique aquatique peut réduire la douleur et l'incapacité et augmenter la qualité de vie immédiatement après la fin du programme de traitement. Des recherches ultérieures sont susceptibles de modifier ces résultats.

Does a weight-training exercise programme given to patients four or more years after total knee arthroplasty improve mobility	Bayram Unvera, *, Serkan Bakirhanb , Vasfi Karatosunc	2016	Cela nous explique que des patients 4 ans post PTG ont reçu un programme de renforcement en charge. Il y aurait des bénéfices sur les amplitudes et la mobilité de l'articulation du genou. Important de poursuivre la rééducation à domicile. 2 groupes, 8 semaines d'exercices, 1 groupe exercice en charge, 1 groupe en décharge. mesure de la force IJ et Q. Et au test de marche de 10 m.
META ANALYSE Nonpharmacologic Pain Management and Muscle Strengthening following Total Knee Arthroplasty	Morad Chughtai et al	2015	Concernant la significativité ou non du TENS, s'intéresser plus tard a la fréquence et l'intensité et le temps de TENS pour déterminer l'usage optimal de cette méthode.
Continuous-flow cold therapy after total knee arthroplasty. J Arthroplasty 2002;17(6):718-722	Morsi	2012	Cryothérapie efficace en post op pour diminuer la douleur Test EVA pour vérifier l'efficacité.
Comparative Analysis of High-Velocity Versus Low-Velocity Exercise on Outcomes After Total Knee Arthroplasty: A Randomized Clinical Trial.	Kelly MA ¹ , Finley M, Lichtman SW, Hyland MR, Edeer AO.	2015	Haute vitesse : contraction musculaire aussi vite que possible Basse vitesse : 2 secondes pour réaliser la contraction Tests utilisés : TDM6, Marche d'escalier, Time Up and Go, EVA A haute vitesse comme a basse vitesse, les gains sont les mêmes.
Effects of aquatic resistance training on mobility limitation and lower-limb impairments	Valtonen et al.	2010	Un groupe avec exercices progressifs en milieu aquatique (résistance progressive) Un groupe sans exercice Test : WOMAC

<p>after knee replacement. Arch Phys Med Rehabil. 2010; 91(6):833–9. [PubMed: 20510971]</p>			<p>Amélioration en flexion et en extension chez les sujets ayant bénéficié d'une prise en charge en milieu aquatique, exercices en résistance.</p>
<p>34) Maintenance of aquatic training-induced benefits on mobility and lower-extremity muscles among persons with unilateral knee replacement. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 92(12):1944–50.</p>	<p>Valtonen A, Pöyhönen T, Sipilä S, Heinonen A.</p>	<p>2011</p>	<p>12 semaines d'exercices aquatiques avec résistance progressive pour un groupe et un autre groupe sans intervention. Mesure isocinétique en extension et flexion, mesure de la vitesse de marche, escaliers, sit to stand test.</p> <p>Evolution significative sur 12 mois</p>
<p>A balance exercise program appears to improve function for patients with total knee arthroplasty: a randomized clinical trial. Phys Ther. 2010; 90(6):880–94. [PubMed: 20378678]</p>	<p>Piva et al.</p>	<p>2010</p>	<p>Un entraînement fonctionnel + exercice d'équilibre serait plus efficace qu'un simple entraînement fonctionnel. Suivi de 4 mois d'exercices à la maison en plus.</p> <p>Protocole d'équilibre montre de l'efficacité sur 6 semaines WOMAC amélioré, test de marche amélioré.</p>
<p>Effects of balance training on functional outcome after total knee replacement in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2013</p>	<p>Liao et al.</p>	<p>2013</p>	<p>Protocole d'équilibre 8 semaines WOMAC amélioré, test de marche amélioré</p>

<p>Functional and Biomechanical Outcomes After Using Biofeedback for Retraining Symmetrical Movement Patterns After Total Knee Arthroplasty: A Case Report</p>	<p>JODIE MCCLELLAN D, PT, PhD1 • JOSEPH ZENI, JR, PT, PhD2 • ROSS M. HALEY, DPT3 • LYNN SNYDER-MACKLER, PT, ScD4</p>	<p>2014</p>	<p>Développement d'un réentraînement avec feedback. Lors d'exercice fonctionnels le patient à une info sur la répartition du poids sur le MI droit et gauche, en comparant le sain de l'opéré. Via ordinateur. De même sur des exercices de press-leg. Le sujet est informé par un tracé linéaire sur ordinateur s'il réparti comme il faut la charge de travail, et non linéaire s'il y a déséquilibre.</p> <p>Des exercices sur Wii Balance peuvent donner ce genre de feedback</p> <p>Des retours du MK verbalement peuvent être une adaptation si nous ne possédons pas le logiciel.</p>
<p>Whole-body vibration strengthening compared to traditional strengthening during physical therapy in individuals with total knee arthroplasty</p>	<p>Wayne Johnson,</p>	<p>2010</p>	<p>Comparaison entre la réhabilitation traditionnelle pour la PTG et la réhabilitation a l'aide de plateau vibrant (powerplate)</p> <p>Amélioration sur le ROM, contraction volontaire du muscle, amélioration sur la douleur au mouvement, amélioration du mouvement d'extension. Pour le reste pas d'amélioration significative avec la réhabilitation traditionnelle</p>
<p>The effect of mechanical massage on early outcome after total knee arthroplasty: a pilot study. <u>J Phys Ther Sci.</u> 2015 Nov;27(11):3413-6. Epub 2015 Nov 30.</p>	<p>Kim SM¹, Kim SR², Lee YK¹, Kim BR¹, Han EY¹.</p>	<p>2015</p>	<p>Patients avec œdème. Un groupe a reçu un massage mécanique Endermologie Un groupe a reçu de la kiné traditionnelle</p> <p>Évalué avec : ROM, douleur (EVA), centimétrie de l'œdème.</p> <p>Pas de différence entre les deux. Massage mécanique peut être une alternative.</p>

<p>Electroacupuncture for pain treatment after total knee arthroplasty.</p>	<p><u>Liu GP</u>¹, <u>Xue FS</u>¹, <u>Sun C</u>¹, <u>Li RP</u>¹.</p>	<p>2015</p>	<p>Electro acupuncture apporterait des bénéfices. Sollicite fibres sensibles et fibres motrices</p>
<p>Maintenance of aquatic training-induced benefits on mobility and lower-extremity muscles among persons with unilateral knee replacement.</p>	<p>Valtonen A¹, Pöyhönen T, Sipilä S, Heinonen A.</p>	<p>2011</p>	<p>12 mois d'exercices aquatiques progressifs (4 à 18 mois après opération) But de maintenir les acquis mesure isocinétique des extenseurs et fléchisseurs de genou. Maintien des acquis</p>
<p>A specific inpatient aquatic physiotherapy program improves strength after total hip or knee replacement surgery: a randomized controlled trial.</p>	<p><u>Rahmann AE</u>¹, <u>Brauer SG</u>, <u>Nitz JC</u>.</p>	<p>2009</p>	<p>Même type de résultats que ci-dessus</p>

ANNEXE III : Détail du questionnaire

Kinésithérapie et formations, quels moyens pour les libéraux ?

Bonjour, je m'appelle Nicolas ODABACHIAN. Je suis actuellement en troisième année d'étude en masso-kinésithérapie.

Mon mémoire est un travail de recherche portant sur le traitement masso-kinésithérapique des patients porteurs d'une prothèse totale de genou (PTG).

La Haute Autorité de Santé a défini les recommandations de bonnes pratiques pour la PTG en 2008.

Lien HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reeducation_genou_ptg_-_argumentaire.pdf

Qu'en est-il depuis ? C'est l'objet de mon questionnaire.

Je m'intéresse également à vos besoins de formation lorsque vous êtes amené-e à prendre en charge ce type de patient.

Connaître vos moyens d'information sur l'actualité de la profession est une des facettes de mon travail de recherche.

Quels sont vos moyens et vos possibilités d'auto-formation ?

Je vous remercie de prendre en considération ce petit questionnaire anonyme, qui ne vous prendra que 5 minutes.

Je m'engage à vous transmettre les résultats de mon étude si vous le souhaitez.

Pour toute information relative à ce questionnaire, s'il est incomplet ou que vous ne souhaitez pas y répondre, je me tiens à votre disposition à cette adresse : odabachianifmk@gmail.com

Si vous souhaitez recevoir les résultats de mon étude, je vous invite à me laisser votre adresse e-mail ci-dessous. (facultatif)

Votre réponse

1. Vous êtes *

- Une femme
- Un homme

2. Vous exercez uniquement en secteur libéral ? *

- OUI
- NON, j'ai une activité salariée également

3. Vous exercez actuellement *

- En milieu rural
- En milieu urbain
- Mixte

4. Quel est votre âge ? *

Votre réponse

5. En quelle année avez-vous obtenu le DE de masseur kinésithérapeute ? *

Votre réponse

En moyenne, à combien estimez-vous le nombre de patients PTG dans votre cabinet, sur un an ? *

Votre réponse

7. Savez-vous que la HAS propose des recommandations de bonnes pratiques auprès des patients porteurs de PTG ? *

- OUI
- NON

8. Pour la prise en charge d'une PTG, vous référez-vous à ces recommandations HAS ? *

(un seul choix possible)

- OUI, je me réfère uniquement à ces recommandations
- OUI je m'y réfère, mais pas seulement
- NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge

Pour quelles raisons vous référez-vous uniquement aux recommandations HAS ?

(un seul choix possible)

- Parce que j'estime que la HAS est la référence
- Parce qu'il n'existe pas d'autres recommandations
- Parce que j'estime que ces recommandations suffisent pour la rééducation

Pour quelle raison ne vous référez-vous pas seulement à ces recommandations ?

(un seul choix possible)

- J'estime que certaines de ces recommandations sont obsolètes pour la prise en charge du patient
- J'estime que certaines sont incomplètes pour la prise en charge du patient
- Autre...

Vous estimez que certaines sont incomplètes. Dans ce cas, quelles solutions mettez-vous en place pour pallier à ce problème ?

⋮

J'utilise d'autres techniques que celles proposées par la HAS pour cette pathologie.

- ⋮
- OUI
 - NON
 - Autre...

⋮

Pouvez-vous donner un ou des exemples de techniques ?

Réponse longue

Vous estimez que certaines sont obsolètes. Dans ce cas, comment faites-vous pour y pallier ?

Je participe à des formations en lien avec cette prise en charge

- OUI
- NON

A quelles formations participez-vous ? (Noms d'organismes, noms de formation)

Réponse longue

Vous estimez que certaines sont incomplètes. Dans ce cas, quelles solutions mettez-vous en place pour pallier à ce problème ?

Je me reporte à d'autres études plus récentes que celles retrouvées dans les recommandations HAS

OUI

NON

Je m'intéresse aux publications d'articles sur ce sujet *

⋮ OUI

NON

Pouvez-vous citer certains articles ? (revues, auteurs,...)

Réponse longue
.....

Vous estimez que certaines sont obsolètes. Dans ce cas, comment faites-vous pour y pallier ?

⋮
Je participe à des congrès en lien avec cette prise en charge

⋮ OUI

NON

Pouvez-vous citer certains de ces congrès ? (noms, villes, années)

Réponse longue
.....

Pour quelle raison ne vous référez-vous pas à ces recommandations ? *

(un seul choix possible)

- J'estime que ces recommandations sont obsolètes pour la prise en charge du patient
- J'estime qu'elles sont incomplètes pour la prise en charge du patient
- Autre...

Vous estimez qu'elles sont incomplètes. Dans ce cas, quelles solutions mettez-vous en place pour pallier à ce problème ?

J'utilise d'autres techniques que celles proposées par la HAS pour cette pathologie. *

- OUI
- NON

Pouvez-vous détailler brièvement certaines de vos techniques ?

Réponse longue

Vous estimez qu'elles sont incomplètes. Dans ce cas, quelles solutions mettez-vous en place pour pallier à ce problème ?

⋮

Je me réfère à d'autres études plus récentes que celles proposées par la HAS *

- OUI
- ⋮ NON

Pouvez-vous citer certaines de ces autres études ? (noms, auteurs,...)

Réponse longue

Vous estimez quelles sont obsolètes. Dans ce cas comment faites-vous pour y pallier ?

Je m'intéresse aux publications d'articles plus récents *

OUI

NON

⋮

Pouvez-vous citer certains de ces autres articles ? (revues, auteurs,...)

Réponse longue

Vous estimez quelles sont obsolètes. Dans ce cas comment faites-vous pour y pallier ?

Je participe à des formations en lien avec cette prise en charge *

OUI

NON

Pouvez-vous citer certaines de ces formations ? (noms, noms de l'organisme)

Réponse longue

Vous estimez quelles sont obsolètes. Dans ce cas comment faites-vous pour y pallier ?

⋮

Je participe à des congrès en lien avec cette prise en charge *

OUI

NON

Pouvez-vous citer certains de ces congrès (noms, villes, années) ?

Réponse longue

1. D'une manière générale, suivez-vous les recommandations HAS, pour les autres pathologies que vous accueillez dans votre cabinet ? *

(un seul choix possible)

- OUI Toujours
- Oui quand cela correspond à la prise en charge
- NON je suis contre les recommandations de la HAS
- Autre : _____

2. Pour vous, une étude à plus de poids par *

(un seul choix possible)

- Sa date
- Le nom de l'auteur
- Le niveau de preuve
- La revue de publication

3. Avez-vous l'habitude de lire des articles en langues étrangères ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

4. Consultez-vous une revue ou un site internet en lien avec la recherche en kinésithérapie ? *

- OUI
- NON

ANNEXE IV : Tableau de donnée au format Excel

! femme	OUI	En milieu urbain	1963 OUI	47	3 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	1964 OUI	40	7 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu urbain	2011 OUI	26	10 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu rural	1984 OUI	53	10 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	NON, (à une activité salariée)	Mixte	1988 OUI	41	12 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu urbain	2011 OUI	32	9 OUI	OUI, je me réfère uniquement Parce que j'estime que ces recommandations suffisent pour la réduction	OUI, je me réfère uniquement Parce que j'estime que ces recommandations suffisent pour la réduction
! femme	OUI	En milieu urbain	2005 OUI	39	11 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu urbain	1997 OUI	43	13 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu urbain	2008 OUI	31	1 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp NON
! femme	OUI	En milieu urbain	2016 OUI	24	2 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu rural	1983 OUI	55	5 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	1978 OUI	63	12 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	2000 OUI	38	3 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	1978 OUI	63	10 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	Mixte	1989 OUI	50	30 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu urbain	1972 OUI	65	6 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	1980 OUI	47	5 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu rural	2013 OUI	25	10 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	Mixte	2016 OUI	23	15 OUI	OUI, je me réfère uniquement Parce que j'estime que ces recommandations suffisent pour la réduction	OUI, je me réfère uniquement Parce que j'estime que ces recommandations suffisent pour la réduction
! femme	OUI	En milieu rural	1984 OUI	58	45 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp NON
! femme	OUI	En milieu urbain	1994 OUI	53	4 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu rural	2003 OUI	36	6 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	1988 OUI	51	10 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	1982 OUI	59	7 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	Mixte	1985 OUI	57	20 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	NON, (à une activité salariée)	En milieu urbain	1983 OUI	56	10 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu rural	1994 OUI	46	15 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines de ces recommandations sont obsolètes
! femme	OUI	En milieu rural	1989 OUI	52	15 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	2003 OUI	36	5 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	Mixte	1983 OUI	47	10 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	Mixte	1983 OUI	54	20 OUI	OUI, je me réfère uniquement Parce que j'estime que la HAS est la référence	OUI, je me réfère uniquement Parce que j'estime que la HAS est la référence
! femme	OUI	Mixte	1983 OUI	54	15 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	ne pas faire de généralité, s'adapter au patient
! femme	OUI	En milieu urbain	2007 OUI	31	2 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	2012 OUI	27	1 NON	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu rural	2003 OUI	36	30 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	NON, (à une activité salariée)	En milieu urbain	1986 OUI	53	1 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	NON, (à une activité salariée)	En milieu urbain	1986 OUI	53	1 OUI	OUI je m'y réfère, mais pas seulement	J'estime que certaines sont incomp OUI
! femme	OUI	En milieu urbain	1983 OUI	55	20 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu rural	1975 OUI	63	40 NON	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge
! femme	OUI	En milieu urbain	2000 OUI	38	15 OUI	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge	NON, je ne me réfère pas aux recommandations HAS pour ces prises en charge

1. D'une manière générale	2. Pour vous, une étude	3. Avez-vous l'habitude d'	4. Consultez-vous une rd	Je me reporte à d'autres	Je participe à des formati	Je participe à des congrè	Je me réfère à d'autres é	Je participe à des formati	Je participe à des congrè
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI		NON	OUI			
Oui quand cela correspond ; Sa date	Parfois	Parfois	NON						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	NON	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
NON je suis contre les rec	Jamais	Jamais	NON				NON		
Non	Jamais	Jamais	NON						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	NON						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI	NON	OUI	NON			
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	NON						
Idem, à moduler selon les re	Souvent	OUI	OUI						
Oui quand je les connais	Parfois	Parfois	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	NON	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	NON		NON	NON			
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI	OUI					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI				NON		
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI	OUI					
Oui quand la pathologie est	Jamais	Jamais	OUI	OUI					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Souvent	Souvent	OUI	OUI					
Oui quand cela correspond ; Sa date	Parfois	Parfois	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Souvent	Souvent	OUI	OUI					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI	OUI					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Souvent	Souvent	OUI	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Je n'y pense pas	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Sa date	Parfois	Parfois	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Souvent	Souvent	OUI	OUI					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI	OUI					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Souvent	Souvent	OUI	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Je n'y pense pas	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Jamais	Jamais	Jamais	OUI						
pas au courant	Parfois	Parfois	NON						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	NON	NON					
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
NON je suis contre les rec	Jamais	Jamais	OUI	OUI			NON		
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Parfois	Parfois	OUI						
Oui quand cela correspond ; Le niveau de preuve	Jamais	Jamais	OUI	NON					

ANNEXE V : Tableaux récapitulatifs des résultats de l'enquête

Sur les 60 personnes interrogées, 45 personnes (75%) sont au courant des recommandations de la HAS pour la prise en charge des PTG.

Tableau III : réponses des personnes interrogées (p.i.) en fonction du suivi des recommandations pour d'autres pathologies que la PTG

	Oui toujours	Oui quand cela correspond à la prise en charge	Non, je suis contre la HAS	Autres
MK se référant uniquement à la HAS	0 p.i.	3 p.i. (100%)	0 p.i.	0 p.i.
MK ne se référant pas seulement à la HAS	0 p.i.	27 p.i. (90%)	1 p.i.	2 p.i.*
MK ne se référant pas à la HAS	0 p.i.	7 p.i. (58,3%)	2 p.i. (16,6%)	3 p.i. (25%)**

* 2 personnes ont répondu « Autre » en expliquant « à moduler selon les recommandations internationales ».

** 3 personnes (25%) ont répondu « Autre » en expliquant : « non, je m'appuie sur mes bilans et ordonnances du médecin, radio. », « lourdeur de la HAS », « je me documente différemment si nécessaire ».

Tableau IV : réponses des personnes interrogées (p.i.) en fonction de l'ancienneté de DE

	1 à 15 ans	16 à 30 ans	31 à 45 ans
MK se référant uniquement à la HAS	2 p.i.	0 p.i.	1 p.i.
MK ne se référant pas seulement à la HAS	14 p.i. (46,6%)	9 p.i. (30%)	8 p.i. (26,6%)
MK ne se référant pas à la HAS	3 p.i. (25%)	7 p.i. (50%)	2 p.i. (25%)

Tableau V : réponses des personnes interrogées (p.i.) en fonction du nombre de patient PTG par an

	0 et 5 patients	Entre 6 et 15 patients	16 patients et plus
MK se référant uniquement à la HAS	0 p.i.	2 p.i.	1 p.i.
MK ne se référant pas seulement à la HAS	7 p.i. (23,3%)	13 p.i. (43,3%)	10 p.i. (33,3%)
MK ne se référant pas à la HAS	5 p.i. (41,63%)	6 p.i. (50%)	1 p.i. (8,37%)

Tableau VI : réponses des personnes interrogées (p.i.) en fonction du caractère de prise en compte du poids d'une étude

	Niveau de preuve	Nom de l'auteur	Date de parution	Nom de la revue
MK se référant uniquement à la HAS	2 p.i.	0 p.i.	1 p.i.	0 p.i.
MK ne se référant pas seulement à la HAS	30 p.i. (100%)	0 p.i.	0 p.i.	0 p.i.
MK ne se référant pas à la HAS	11 p.i. (91,67%)	0 p.i.	1 p.i. (8,33%)	0 p.i.

Tableau VII : réponses des personnes interrogées (p.i.) en fonction de la fréquence de lecture d'article en langue étrangère

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
MK se référant uniquement à la HAS	0 p.i.	0 p.i.	2 p.i.	1 p.i.
MK ne se référant pas seulement à la HAS	0 p.i.	5 p.i. (16,6%)	13 p.i. (43,3%)	12 p.i. (40%)
MK ne se référant pas à la HAS	0 p.i.	0 p.i.	6 p.i. (50%)	6 p.i. (50%)

Tableau VIII : réponses des personnes interrogées (p.i.) en fonction de la consultation de revue ou site en lien avec la kinésithérapie

	OUI	NON
MK se référant uniquement à la HAS	3 p.i.	0 p.i.
MK ne se référant pas seulement à la HAS	23 p.i. (76,6%)	7 p.i. (23,3%)
MK ne se référant pas à la HAS	12 p.i. (100%)	0 p.i.

Sur les 60 personnes interrogées, 15 personnes (25%) **ne sont pas au courant** de l'existence des recommandations de bonne pratique de la HAS pour la prise en charge de patient PTG.

Tableau IX : réponses des personnes interrogées (p.i.) ne connaissant pas la HAS en fonction du suivi des recommandations pour d'autres pathologies que la PTG

Oui Toujours	Oui quand cela correspond à la prise en charge	Non, je suis contre les recommandations HAS	Autres
1 p.i (6,6%)	7 p.i (46,6%)	1 p.i (6,6%)	6 p.i (40%)

Tableau X : réponses des personnes interrogées (p.i.) ne connaissant pas la HAS en fonction de l'ancienneté de DE

1 à 15 ans	16 à 30 ans	31 à 45 ans
6 p.i (40%)	4 p.i (26,6%)	5 p.i (33,3%)

Tableau XI : réponses des personnes interrogées (p.i.) ne connaissant pas la HAS en fonction du nombre de patient par an

0 et 5 patients	Entre 6 et 15 patients	16 et plus
4 p.i (26,6%)	9 p.i (60%)	2 p.i (13,3%)

Tableau XII : réponses des personnes interrogées (p.i.) ne connaissant pas la HAS en fonction du caractère de prise en compte du poids d'une étude

Niveau de preuve	Nom de l'auteur	Sa date de parution	Nom de la revue
14 p.i (93,3%)	0 p.i	1 p.i (6,6%)	0 p.i

Tableau XIII : réponses des personnes interrogées (p.i.) ne connaissant pas la HAS en fonction de la fréquence de lecture d'article en langue étrangère

Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
0 p.i	0 p.i	4 p.i (26,6%)	11 p.i (73,3%)

Tableau XIV : réponses des personnes interrogées (p.i.) ne connaissant pas la HAS en fonction de la consultation de revue ou site en lien avec la kinésithérapie

OUI	NON
9 p.i (60%)	6 p.i (40%)