

MINISTERE DE LA SANTE

REGION LORRAINE

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**FIBROMYALGIE ET KINESITHERAPIE
LIBERALE : EVALUATION DES
CONNAISSANCES ET DE LA PRISE EN SOINS**

Mémoire présenté par **Cindy WOJCIESZAK**,

étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie,

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

2013-2016

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	1
2. RAPPELS SUR LA FIBROMYALGIE EN 3 POINTS	2
2.1. Définition	2
2.2. Diagnostic	3
2.3. Recommandations concernant la prise en charge des patients fibromyalgiques	4
3. FIBROMYALGIE ET KINESITHERAPIE	5
3.1. Recommandations EULAR relatives à la prise en charge masso-kinésithérapique (4)	5
3.2. Bilan diagnostic kinésithérapique	5
3.3. Le massage	6
3.4. Physiothérapie	6
3.5. Balnéothérapie, crénothérapie et hydrothérapie	7
3.6. Reconditionnement à l'effort	8
3.6.1. Renforcement musculaire adapté	8
3.6.2. Exercices aérobies	8
3.6.3. Renforcement isométrique, exercice aérobie à sec ou en balnéothérapie : lequel préférer ?	9
3.7. Education thérapeutique	10
3.8. Autres thérapies	10
4. MATERIEL ET METHODES	11
4.1. Méthode de recherche documentaire	11
4.2. Objectifs	11
4.2.1. Objectif principal	11
4.2.2. Objectifs secondaires	12
4.3. Méthodologie	12
4.3.1. Elaboration du questionnaire	12

4.3.2. Population	13
4.3.2.1. Echantillon	13
4.3.2.2. Sélection de l'échantillon	14
4.3.3. Saisie des données	14
5. RESULTATS	14
5.1. A propos des répondants	15
5.2. A propos de la formation des thérapeutes	16
5.3. A propos de la prise en charge	16
5.4. A propos de ceux qui ne prennent pas en charge les patients fibromyalgiques	20
5.5. A propos du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes face à la fibromyalgie	20
6. DISCUSSION	23
6.1. La population sondée est-elle représentative ?	23
6.2. Les biais de notre étude	24
6.3. Concernant le questionnaire	24
6.4. Analyse des résultats	25
6.5. Rencontre avec un médecin de la Douleur	28
6.6. Difficultés rencontrées lors de l'élaboration du mémoire	29
7. CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RESUME

Introduction : La fibromyalgie est un syndrome à étiologie inconnue, fait de douleur chronique, de fatigue, de troubles du sommeil et de symptômes dépressifs et anxieux. Elle touche 2 à 3% de la population, principalement féminine.

Objectifs : La HAS n'a pas encore établi de recommandations de bonne pratique cependant des recommandations européennes existent. Quelle prise en charge adoptent les kinésithérapeutes libéraux français ? Pourquoi certains kinésithérapeutes ne prennent pas en charge ces patients ? Quelles sont leurs connaissances sur ce syndrome ? Quel est leur ressenti ?

Matériel et méthodes : 1% des kinésithérapeutes libéraux de chaque département de France métropolitaine a été contacté suite à un tirage au sort, soit 620 kinésithérapeutes. 223 réponses ont été obtenues (36% de la population sondée).

Résultats : Les kinésithérapeutes sondés adoptent principalement des techniques à visée antalgique. La majorité des patients est prise en charge uniquement pour leur fibromyalgie de façon bihebdomadaire. La non prise en charge relève principalement d'une absence de prescriptions. Bien que le nombre de cours réalisés en institut à ce sujet augmente depuis la reconnaissance du syndrome, les professionnels se sentent peu informés.

Discussion : Un syndrome peu connu et reconnu, des professionnels ne se sentant pas assez informés et formés face à des patients à la recherche d'une écoute et d'une diminution de leurs douleurs. Cette triade rend difficile la prise en charge, cela se vérifie au travers du ressenti de ces professionnels.

Mots clés : enquête, fibromyalgie, kinésithérapie, recommandations, traitement

Key words: data collection, fibromyalgia, physiotherapy, guidelines, treatment

1. INTRODUCTION

Décrite en 1977 par deux canadiens Smythe et Moldofksy, la fibromyalgie touche 2 à 3% de la population, à prédominance féminine. Dysfonctionnement central, dysfonctionnement neuroendocrinien, prédisposition génétique, dérèglement de la perception de la douleur, origine psychique...? La fibromyalgie, non reconnue comme une maladie mais comme un syndrome, n'a, à l'heure actuelle, pas d'étiologie connue.

Très souvent controversée par le corps médical, la prise en charge se veut multidisciplinaire. Le kinésithérapeute se place comme un des acteurs principaux de cette thérapeutique. Les avis et ressentis des patients face à leur prise en charge kinésithérapique divergent.

« J'attends de mon kinésithérapeute qu'il soit à l'écoute et qu'il ne me mette pas sur une machine et parte. »

« Je suis à la recherche d'une thérapie douce à base de massage doux et d'exercices doux. »

« Je ne vais plus chez mon kiné car c'est devenu une routine, pour moi et pour lui. J'ai fait trop de séances, tout le temps, sans interruption. La prise en charge était toujours la même, sans diversité. »

« La kiné est devenue pour moi une contrainte. »

Qu'en est-il de cette prise en charge masso-kinésithérapique dans le milieu libéral ? L'objectif de ce mémoire est de réaliser, à travers une enquête nationale, un état des lieux de la prise en charge kinésithérapique de ces patients de manière quantitative et qualitative. Celle-ci est-elle conforme aux recommandations ? Tous les kinésithérapeutes ont-ils des patients fibromyalgiques dans leur patientèle ? Si non pourquoi ? Quel est le ressenti des professionnels face à ce syndrome ? Ont-ils eu une formation ? Si oui, sont-ils assez formés ?

2. RAPPELS SUR LA FIBROMYALGIE EN 3 POINTS

2.1. Définition

L'Académie Nationale de Médecine décrit la fibromyalgie comme «un syndrome clinique fait de douleur chronique, de fatigue, de troubles du sommeil, de symptômes dépressifs et anxieux, mais dépourvu de signes cliniques objectifs et d'anomalie biologique ou anatomopathologique». (1)

La douleur est «toujours étendue et diffuse, peut débuter au cou et aux épaules, pour s'étendre ensuite au reste du corps, notamment, au dos, au thorax, aux bras et aux jambes. Elle est permanente mais aggravée par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil et s'accompagne de raideur matinale». (Citée dans 2)

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise, dans son rapport d'orientation (2), d'autres troubles divers décrits chez les patients fibromyalgiques tels que des troubles de la cognition et des perturbations émotionnelles, le sommeil non réparateur, les troubles de la mémoire et de la concentration, une sensibilité particulière à des stimuli extérieurs ou encore des troubles de l'attention. Parmi les autres symptômes évoqués nous retrouvons les céphalées, les douleurs pelviennes, des colopathies fonctionnelles et cystalgies à urines claires, une dystonie temporo-mandibulaire et une dysautonomie avec hypotension orthostatique.

D'abord classée comme maladie rhumatismale en 1992, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la reconnaît comme entité autonome (M 79.7) dans la Classification internationale des maladies en janvier 2006.

2.2. Diagnostic

Le diagnostic du syndrome fibromyalgique se révèle être principalement clinique et différentiel.

Il s'agit dans un premier temps d'éliminer toute pathologie engendrant des symptômes identiques à ceux retrouvés dans le syndrome fibromyalgique. Ce dernier n'est associé à aucune anomalie biologique ou radiologique, aucun signe inflammatoire ou immunologique. Les enzymes musculaires, la calcémie, la phosphorémie, la TSH et la T4 ont des taux normaux.

D'autre part, l'American College of Rheumatology (ACR) a publié en 1990 des critères permettant le diagnostic du syndrome fibromyalgique. Le diagnostic est positif lorsque le patient présente à la fois une douleur diffuse d'au moins trois mois (sur les hémicorps droit et gauche, au dessus et en dessous de la taille associée à une douleur du squelette axial) et au moins 11 points douloureux, des 18 points (Figure 1) préalablement définis, sous une pression d'environ 4kg à l'algimètre, ou digitale jusqu'au blanchiment de l'ongle au doigt.

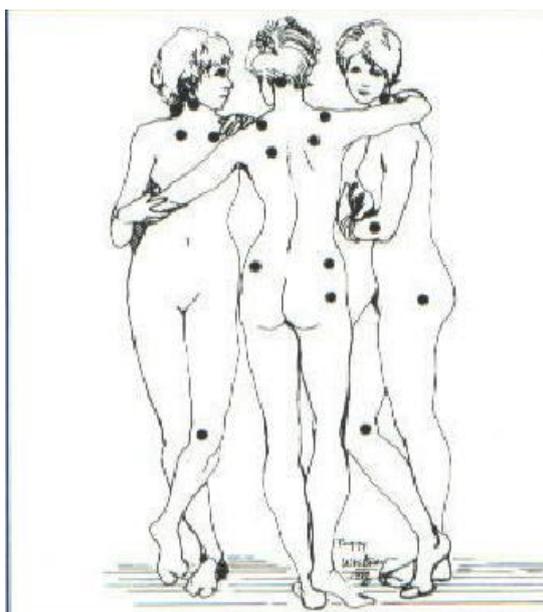


Figure 1 : Représentation des 18 points douloureux permettant le diagnostic de la fibromyalgie

Une alternative plus facilement utilisable a été mise en place dans une étude menée par Wolfe (3) en collaboration avec l'ACR en 2010 (ANNEXE I). Cette dernière repose sur l'existence de symptômes et leur sévérité décrites par les patients à travers une auto-évaluation. Nous y retrouvons le score Widespread Pain Index (WPI), allant de 0 à 19, cotant la présence ou non de douleur sur 19 sites corporels définis au cours de la semaine précédente (l'intensité est ici sans incidence). Ce score est associé au Symptom Severity Scale Score (SS), allant de 0 à 12. Il combine à la fois l'intensité de trois symptômes (la fatigue, la sensation de non-repos au réveil et l'existence de symptômes cognitifs) et la quantité de symptômes somatiques divers parmi une liste proposée.

Ainsi un patient se révèle être fibromyalgique si ces trois conditions sont réunies :

- WPI ≥ 7 et SS ≥ 5 **ou** WPI entre 3 et 6 et SS ≥ 9
- Présence de symptômes à même intensité depuis au moins 3 mois
- Absence d'une autre maladie qui pourrait expliquer la douleur

2.3.Recommandations concernant la prise en charge des patients fibromyalgiques

A ce jour, la HAS n'a pas établi de recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge du syndrome fibromyalgique. Elle a cependant rédigé un rapport d'orientation en juillet 2010, reprenant l'ensemble des données existantes sur ce syndrome et sa prise en charge dans le monde (2). Dans ce rapport, nous retrouvons, grâce à l'étude de la bibliographie, des pistes de prise en charge avec des précisions concernant les objectifs, la fréquence et la durée des techniques citées.

Des recommandations ont été publiées à l'étranger, notamment au Canada en 2003, aux Etats-Unis en 2005, en Allemagne en 2008.

The European League Against Rheumatism (EULAR), composée de rhumatologues de pays européens dont la France, a également élaboré des recommandations dont la dernière version date de 2007 (4). Parmi ces recommandations nous trouvons des traitements pharmacologiques mais aussi non pharmacologiques.

3. FIBROMYALGIE ET KINESITHERAPIE

3.1. Recommandations EULAR relatives à la prise en charge masso-kinésithérapique (4)

Parmi les 10 recommandations établies par l'EULAR, 6 d'entre elles intéressent la prise en charge en rééducation de ces patients.

La première revient sur la nécessité d'une **évaluation de la douleur, de la fonction et du contexte psycho-social** (grade D). La prise en charge, associant à la fois des mesures non pharmacologiques et des traitements médicamenteux, intègre le cadre d'une **prise en charge multidisciplinaire** (grade D). Le recours à la **balnéothérapie** avec ou sans exercice dans le traitement de la fibromyalgie est reconnu à un grade B. L'association d'**exercices aérobie et de renforcement individualisés** peut être bénéfique chez certains patients (grade C), de même pour **les thérapies cognitivo-comportementales** (grade D). Enfin **la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et la psychothérapie de soutien** sont utiles et envisagées selon les besoins (grade C).

3.2. Bilan diagnostic kinésithérapique

Toute prise en charge masso-kinésithérapique nécessite dans un premier temps l'élaboration d'un bilan complet en vue d'établir un diagnostic kinésithérapique. Les objectifs de prise en charge et les techniques utilisées seront par conséquent, comme dans toute pathologie, adaptés à chacun. Conformément aux recommandations de l'EULAR, il est important d'effectuer régulièrement une évaluation de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial. Pour se faire, en

plus de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), il existe 6 échelles PRO (Patient reported outcomes) validées dans 12 langues destinées à des patients fibromyalgiques (5). La plus courante d'entre elles est la **Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)** ayant pour but de mesurer le retentissement fonctionnel du syndrome fibromyalgique (ANNEXE II). Cette dernière aborde la douleur, la dépression, la sensation de bien-être, l'anxiété, le sommeil, la raideur, la fatigue, l'activité physique et le travail.

3.3. Le massage

Dans son rapport d'orientation (2), la HAS revient sur l'utilisation, en première intention, du massage dans la prise en charge des patients diagnostiqués fibromyalgiques. Ceux-ci sont réalisés par un kinésithérapeute et ont un objectif antalgique et décontracturant. Ils peuvent être quotidiens (dans le cadre d'une prise en charge en SSR ou en cure thermale) ou de 1 à 3 fois par semaine (quelque soit le lieu de prise en charge). Ils varient de 5 à 30 minutes.

Une revue systématique et méta-analyse des essais contrôlés randomisés concernant le massage dans le traitement de la fibromyalgie a été effectué en 2014 (6). Le massage, lorsqu'il est effectué sur une durée de 5 semaines et plus, diminuerait la douleur, l'anxiété et la dépression. Toutefois, il n'aurait pas d'action significative sur les troubles du sommeil.

3.4. Physiothérapie

De nombreuses techniques de physiothérapie peuvent être utilisées à des fins antalgiques (2,7).

L'électrothérapie peut être utilisée afin de stimuler la sécrétion d'endorphines (courant BURST) ou d'activer le mécanisme de « gate control » (Neurostimulation transcutanée TENS). L'avantage étant le coût et la facilité d'exécution puisque les patients peuvent disposer à domicile d'un appareil d'électrothérapie.

Les ultrasons et les infrarouges peuvent également être utiles pour diminuer la douleur. Néanmoins peu d'études prouvent leur efficacité dans le traitement de la fibromyalgie.

La thermothérapie et cryothérapie dépendent surtout du ressenti du patient face aux deux extrêmes : le chaud et le froid. Les deux ayant un rôle dans la diminution de la douleur.

3.5. Balnéothérapie, crénothérapie et hydrothérapie

De même que pour le massage, la HAS revient sur l'utilisation en première intention de la balnéothérapie (2). L'objectif principal étant le reconditionnement à l'effort mais également un effet antalgique et décontracturant. Les séances sont généralement réalisées par des kinésithérapeutes. Elles peuvent être quotidiennes (dans un établissement SSR ou une cure thermale) ou 2 à 3 fois par semaine, avec une durée variant de 15 minutes à 1 heure.

De plus, une revue systématique et méta-analyse des essais contrôlés randomisés a été publiée en 2014 concernant l'hydrothérapie et la balnéothérapie dans le traitement de la fibromyalgie (8). L'hydrothérapie diminuerait légèrement la douleur et améliorerait faiblement la qualité de vie. Néanmoins, elle n'aurait pas d'effet sur la dépression et la sensibilité des points sensibles. La balnéothérapie, quant à elle, réduirait grandement la douleur, améliorerait modérément la qualité de vie et grandement la sensibilité des points sensibles. Toutefois, elle n'aurait pas d'effet sur la dépression.

L'association SOS Fibromyalgie propose sur son site internet une liste des « cures thermales Fibromyalgie » où existent des programmes adaptés ou sensibilisés à la fibromyalgie.

3.6. Reconditionnement à l'effort

3.6.1. Renforcement musculaire adapté

Afin d'éviter de rentrer dans le cercle vicieux du déconditionnement à l'effort, le maintien d'une activité physique régulière semble indispensable. Comme le rappelle la HAS (2), les exercices à sec effectués en kinésithérapie sont proposés en première intention. Leurs objectifs consistent en un renforcement musculaire, une diminution de la douleur et des contractures, une amélioration de la souplesse (notamment avec les étirements) et un réinvestissement de son corps. Ils peuvent être proposés quotidiennement ou 2 à 3 fois par semaine pour une durée de 15 à 45 minutes.

Le renforcement musculaire, lorsqu'il est proposé, doit être adapté au patient et progressif afin de ne pas augmenter les phénomènes douloureux. Un essai contrôlé randomisé a été réalisé afin de comparer les effets d'un renforcement musculaire avec résistance progressive à un groupe contrôle effectuant des exercices de relaxation (9). Après 15 semaines, les forces isométriques d'extension du genou et de flexion du coude sont augmentées de manière significative. L'état de santé et l'intensité de la douleur actuelle le sont également juste après l'intervention.

Toutefois, la reprise d'activité physique doit être continue sur le long terme afin de ne pas perdre rapidement les améliorations acquises. En effet dans cette étude, lors du suivi à 13 mois, les bénéfices se sont estompés.

3.6.2. Exercices aérobies

De nombreux articles abordent les exercices aérobies dans le traitement des patients fibromyalgiques. Ils peuvent se présenter sous différentes formes (marche, course, vélo, etc), dans différents endroits (sur terre ou dans un milieu aquatique), à plus ou moins grande intensité.

En 2010, a été publiée une revue systématique et méta-analyse des essais contrôlés randomisés abordant les effets des différents types d'exercices aérobies (10). Il en ressort que l'exercice aérobie diminuerait la douleur, la fatigue, la dépression et améliorerait la qualité de vie et la condition physique juste après le traitement. L'effet sur le sommeil est négligeable. A long terme, il y aurait un maintien de la réduction de la dépression et de l'amélioration de la qualité de vie et de la condition physique. L'effet sur la douleur, la fatigue et le sommeil est négligeable.

Lorsque le programme est maintenu à long terme, il y a diminution de la douleur, de la dépression et amélioration de la fonction physique et de l'humeur.

3.6.3. Renforcement isométrique, exercice aérobie à sec ou en balnéothérapie : lequel préférer ?

Une étude a été menée en 2015 afin de comparer trois programmes de reconditionnement à l'effort chez des patientes fibromyalgiques pendant 3 mois (11). Le premier groupe effectuait un programme de renforcement isométrique et d'étirement à domicile d'une durée de 15 minutes par jour. Le deuxième groupe effectuait un programme d'exercice aérobie dans un gymnase en groupe deux fois par semaine. Le troisième groupe effectuait un programme d'exercice aérobie dans une piscine en groupe deux fois par semaine. La durée des exercices des deux derniers programmes était de 40 minutes le premier mois, puis 45 minutes le deuxième mois et 50 minutes le troisième mois.

Dans les trois groupes, une amélioration significative avec diminution de la douleur et de la dépression est retrouvée. Toutefois, concernant la qualité de vie, le test de marche 6 minutes et les répercussions mentales et physiques, l'amélioration est significative dans les deux derniers groupes. Enfin les résultats semblent favoriser un peu plus le programme d'exercice aérobie effectué en piscine.

Ces résultats se retrouvent dans le rapport de la HAS (2) qui revient sur l'efficacité des exercices dans le traitement des patients fibromyalgiques, particulièrement ceux de type aérobie et en milieu aquatique.

3.7. Education thérapeutique

Dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique tel que celui retrouvé dans la fibromyalgie, l'éducation du patient paraît incontournable. L'objectif principal étant la compréhension du syndrome et son acceptation. La HAS revient sur la notion de permanence des symptômes ne menant pas pour autant à l'invalidité (2). L'amélioration de la qualité de vie et la diminution des symptômes passent par l'activité physique régulière et une bonne hygiène de vie.

Les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) se veulent pluridisciplinaires, par des professionnels formés. A la suite d'un diagnostic éducatif, un contrat éducatif entre le patient et l'équipe thérapeutique est établi.

A Dax (12), l'équipe pluridisciplinaire intervenant en cure thermale a mis en place un programme d'ETP destiné à ces patients (profitant ainsi de leur rupture avec leur vie quotidienne) durant leurs 21 jours de cure. Divers thèmes y sont abordés : comprendre sa maladie, bien bouger, gérer la douleur et le stress, bien dormir, vivre avec sa maladie, comment bien utiliser les médicaments.

3.8. Autres thérapies

D'autres techniques peuvent être utilisées dans le traitement des patients diagnostiqués fibromyalgiques. Le kinésithérapeute peut acquérir des compétences en relaxation ou en hypnose, nous évoquons donc aussi ces techniques dans ce travail.

D'une part, la HAS (2) revient sur plusieurs types d'interventions. Nous retrouvons parmi elles la relaxation ayant pour but de diminuer la douleur, le stress, l'anxiété, la tension physique et de faciliter l'endormissement. L'acupuncture et l'hypnose sont également citées en deuxième intention malgré le peu de preuves les concernant.

Le biofeedback (BFB) peut également être utilisé, notamment pour les patients présentant une difficulté à relâcher leurs muscles. L'électromyogramme-BFB permettrait également une diminution de la douleur à court terme (13).

La mobilisation neuro-dynamique présenterait également un intérêt dans le traitement des patients fibromyalgiques selon une étude récente (14). En effet, elle permettrait une diminution de la douleur, de la fatigue et de l'état fonctionnel.

Les patients fibromyalgiques peuvent également avoir recours au yoga, qi gong ou encore tai chi qui permettraient une amélioration globale des symptômes (15).

4. MATERIEL ET METHODES

4.1. Méthode de recherche documentaire

Lors de nos recherches, nous avons eu recours à plusieurs bases de données : Pubmed, PEDRO, Kinédoc, EMC ainsi que le moteur de recherche Google. Nous avons également consulté les sites www.has-sante.fr, www.drees.sante.gouv.fr, www.pagesjaunes.fr. Dans un premier temps, nous avons voulu rechercher les différentes recommandations existantes à l'aide des mots clés « guidelines fibromyalgia ». Le document de la HAS constituant un état des lieux et un rappel des données existantes jusque 2010, nous avons ensuite décidé de cibler nos recherches documentaires sur les cinq dernières années (de 2010 à 2015). Pour cela nous avons utilisé les mots clés « fibromyalgia », « treatment », « physiotherapy », « balneotherapy », « aerobic exercise ». Nous avons également consulté les sites internet des associations de patients.

4.2. Objectifs

4.2.1. Objectif principal

La complexité de ce syndrome, à la fois par le caractère inconnu de son origine et difficile de son diagnostic tout comme l'absence de recommandations

françaises quant à sa prise en charge, nous a amené à la réalisation de cette enquête. L'objectif principal du mémoire est d'**évaluer de manière quantitative et qualitative la prise en charge des patients fibromyalgiques en cabinet libéral en France.**

4.2.2. Objectifs secondaires

De plus, nous avons pensé qu'il serait intéressant de savoir quelles connaissances ont les masseurs-kinésithérapeutes sur ce syndrome ; ont-ils eu des cours spécifiques lors de leur formation ? Un de nos objectifs est donc d'**évaluer la formation de ces professionnels.**

Dans notre parcours de stage, nous avons pu constater qu'une partie des professionnels de santé avait une approche négative de cette pathologie du patient et de sa prise en charge. Une de nos hypothèses est que cet avis est ressenti par la majorité des kinésithérapeutes libéraux français. Il s'agit ici d'**évaluer le ressenti des masseurs kinésithérapeutes libéraux français face à ces patients.**

D'autre part, nous voulons **vérifier la conformité de la prise en charge par rapport aux recommandations européennes.**

Enfin, nous voulons **évaluer les raisons pour lesquelles les M.K. ne prennent pas en charge les patients fibromyalgiques.**

4.3. Méthodologie

4.3.1. Elaboration du questionnaire

Avant l'élaboration du questionnaire, nous avons lu des articles sur la fibromyalgie, échangé avec des masseurs-kinésithérapeutes (principalement sur nos terrains de stages). Nous avons aussi discuté avec des patients diagnostiqués fibromyalgiques et lu les forums de discussion des associations de patients fibromyalgiques.

Nous avons ensuite élaboré notre questionnaire en nous basant sur la définition de la fibromyalgie et les recommandations européennes.

Nos questions sont soit binaires soit des questions à choix multiples afin de simplifier et de limiter le temps de réponse. Toutefois, nous avons laissé des ouvertures à certaines de nos questions notamment avec la case « Autre » et des questions ouvertes afin de laisser les M.K. ajouter des éléments et donner leur avis. Une partie des questions est commune pour chaque répondant. Néanmoins une partie du questionnaire est différente en fonction de la réponse à la question « Prenez-vous en charge des patients fibromyalgiques ? » le but étant de poser des questions plus spécifiques à chaque catégorie (ANNEXE III).

Nous avons fait relire le questionnaire plusieurs fois par notre référent et par une kinésithérapeute ayant réalisé son mémoire sur le même thème. Après restructuration et modifications, nous avons testé notre questionnaire sur deux kinésithérapeutes et sur deux personnes non M.K. (une dans le milieu médical, une n'ayant aucun rapport avec le milieu médical) afin d'évaluer la compréhension du questionnaire et ses limites.

Nous avons enfin mis en ligne le questionnaire grâce au logiciel Google Drive.

4.3.2. Population

4.3.2.1. Echantillon

Grâce au document de travail de la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES) sur les professions de santé publié en juin 2014 (16), nous avons pu obtenir le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux français par département au 1^{er} janvier 2014.

Afin d'avoir un échantillon assez grand et représentatif, nous avons décidé de sélectionner 1% des kinésithérapeutes libéraux de chaque département de France métropolitaine.

Après calcul et arrondi (lorsque la décimale est supérieure ou égale à 5, le nombre de kinésithérapeutes est arrondi au nombre supérieur ; lorsque la décimale est inférieure à 5, le nombre de kinésithérapeutes est arrondi au nombre inférieur), notre échantillon se compose de **620 kinésithérapeutes** avec 1 à 34 professionnels à contacter par département.

4.3.2.2. Sélection de l'échantillon

Afin de réaliser un tirage au sort, nous avons utilisé le site www.pagesjaunes.fr/pagesjaunespro. Nous avons sélectionné la catégorie « masseur-kinésithérapeutes » dans la barre de recherche accompagnée d'un nom de département. Parmi la liste de réponses nous avons sélectionné le 3^{ème} M.K. sur les 20 de la page de réponses, puis le 3^{ème} M.K. de chaque page de réponses (soit un kinésithérapeute tous les 20 noms), jusqu'à obtenir le nombre souhaité par département. Leurs noms, prénoms et numéros de téléphone ont été mis dans un tableau Excel.

4.3.3. Saisie des données

Chaque M.K. a été contacté par appel téléphonique (en cas de non réponse il a été recontacté une deuxième fois une semaine après, en cas de non réponse au deuxième appel, le kiné est placé dans la catégorie « non-répondant »).

L'appel téléphonique a pour objectif d'informer le kinésithérapeute de l'existence du questionnaire et de lui demander son adresse électronique afin de le lui faire parvenir le jour même.

Nous avons effectué les appels du 27/08/2015 au 11/09/2015. Un courriel de remerciements et de relance a été envoyé le 19/09/2015. La fermeture du questionnaire a eu lieu le 30/09/2015 (ANNEXE IV).

5. RESULTATS

Sur les 620 thérapeutes contactés, 451 kinésithérapeutes étaient joignables (73% de la population initiale), 398 nous ont donné leur adresse électronique soit 64% de notre échantillon. 53 personnes ne nous ont pas donné d'adresse électronique soit parce que le questionnaire ne les intéressait pas ou parce qu'elles n'en avaient pas. Au final nous avons obtenu 223 réponses, toutes exploitables, soit 36% de réponses par rapport à la population sondée.

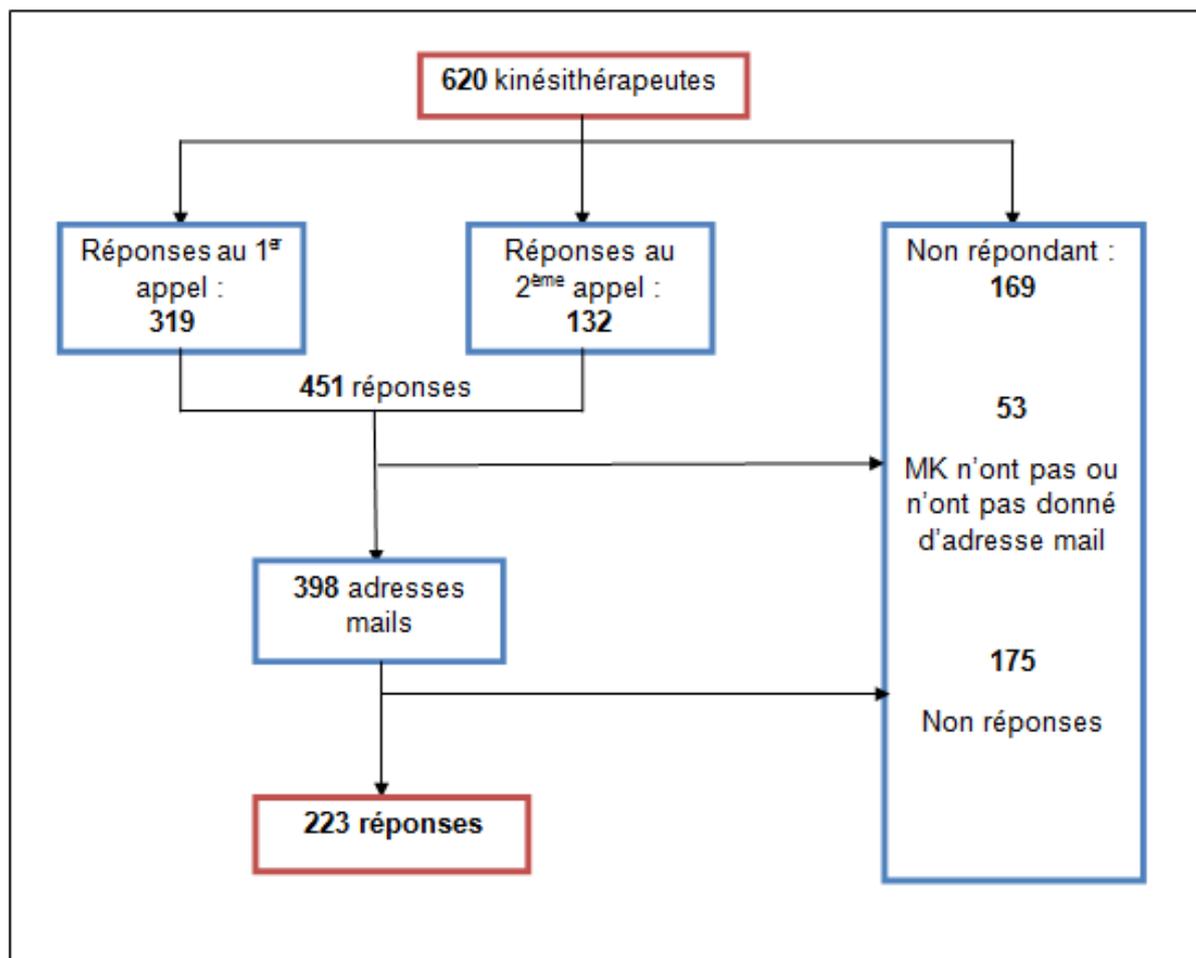


Figure 2 : Diagramme représentant l'évolution de la population sondée au cours de l'enquête

5.1. A propos des répondants

Parmi les 223 répondants, 55% étaient des hommes (121/102) et 57% (126/97) exerçaient en ville. La moyenne d'âge est de 40,2 ans, l'écart type est de 12,8 avec une répartition allant de 22 ans à 69 ans.

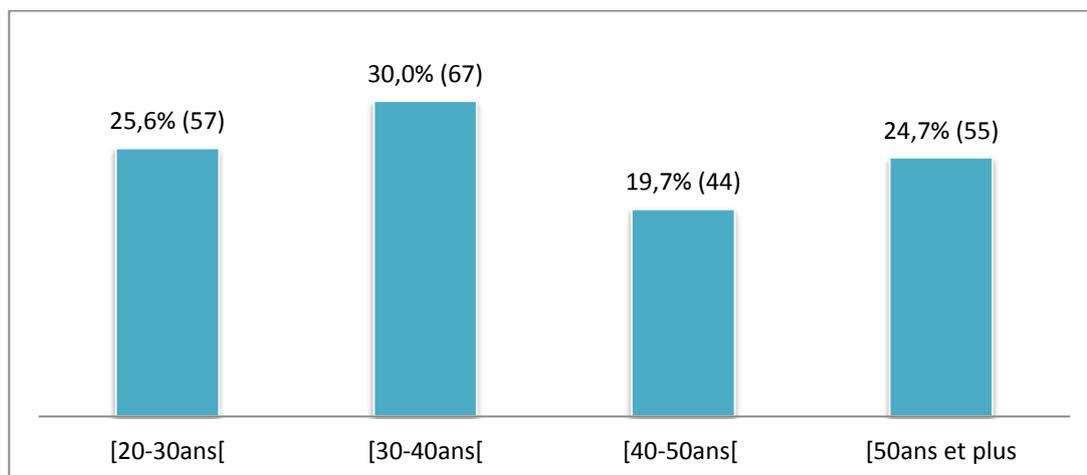


Figure 3 : Répartition des répondants en fonction de leur âge

5.2. A propos de la formation des thérapeutes

Parmi les 223 répondants, 46% ont eu des cours sur la fibromyalgie pendant leur formation, soit 102 personnes.

Parmi les 19 kinésithérapeutes diplômés avant 1977 (année où Smythe et Modofsky ont décrit la fibromyalgie), 0% ont eu des cours sur la fibromyalgie. Parmi les 123 kinésithérapeutes diplômés entre 1977 inclus et 2006 exclus (année où l'OMS a identifié la fibromyalgie comme entité autonome dans la CIM), 34% (42) des thérapeutes ont eu des cours sur la fibromyalgie. Parmi les 81 kinésithérapeutes diplômés depuis 2006 inclus, 74% (60) ont eu des cours sur la fibromyalgie.

Enfin, parmi les 223 répondants 10 % (22) ont une formation spécifique sur le traitement de la douleur.

5.3. A propos de la prise en charge

Généralités :

Parmi les 223 répondants, 78% (174) prennent en charge des patients fibromyalgiques dont 53% (92) sans avoir eu de cours sur le syndrome fibromyalgique durant leur formation.

Parmi les 174 thérapeutes qui prennent en charge des patients fibromyalgiques, 57% (99) les prennent en charge uniquement pour leur fibromyalgie contre 43% (75) pour leur pathologie associée (n'ayant pas de rapport avec la fibromyalgie).

Parmi ces 174 M.K., 84% (146) prennent moins de 10 patients fibromyalgiques par an, 14% (25) entre 10 et 30 par an et 2% (3) plus de 30 par an.

Parmi les 174 répondants, les patients fibromyalgiques sont principalement pris en charge 2 fois par semaine (73%, 127) tandis que 16% (27) sont pris en charge une fois par semaine, 11% (20) 3 fois par semaine et 0% plus de 3 fois par semaine.

Les patients pris en charge uniquement pour leur fibromyalgie suivent le même schéma avec 76% (75 des 99 réponses) de prise en charge 2 fois par semaine, 12% (12) de prise en charge 1 ou 3 fois par semaine, et 0% de prise en charge plus de 3 fois par semaine.

Parmi les 174 répondants qui prennent en charge des patients fibromyalgiques, 84% (147) nous indiquent que la prescription revient principalement au médecin généraliste contre 16% (27) pour le rhumatologue. A savoir qu'il n'y a pas de différence significative entre la prescription pour une prise en charge uniquement pour la fibromyalgie ou pour les pathologies associées n'ayant pas de rapport avec la fibromyalgie.

A propos du bilan :

Parmi les 174 répondants, 5% (9) utilisent le questionnaire FIQ.

88 des 174 kinésithérapeutes prenant en charge les patients fibromyalgiques (51%) constatent des manifestations viscérales lors de leur bilan. La quasi-totalité (51) des appréciations des professionnels relève des troubles du transit (constipation /diarrhées, sphère intestinale, gastrique, colites). Parmi les autres réponses (5) nous

trouvons les problèmes cardiaques, respiratoires, gynécologiques, hépatiques et vésico-sphinctériens.

92% (160) des 174 répondants constatent un lien entre fibromyalgie et dépression/état psychologique faible.

A propos du traitement :

Parmi les 174 répondants, 80% (141) des professionnels adoptent une prise en charge sous forme de détente et kinésithérapie infra-douloureuse, contre 20% (35) de kinésithérapie active et réentraînement à l'effort. Ces pourcentages sont identiques lorsque la prise en charge de ces patients est faite par les professionnels ayant reçu des cours sur la pathologie lors de leur formation.

En ce qui concerne les techniques utilisées, le massage est proposé dans la plupart des cas puisque 90% des M.K. l'emploient. En deuxième position arrivent les étirements (63%), puis la thérapie manuelle (40%), l'éducation thérapeutique (34%) et la thermothérapie (34%). Viennent ensuite la relaxation (32%), l'électrothérapie (26%), le réentraînement à l'effort (23%), la balnéothérapie (22%), la fasciathérapie (16%), les infrarouges (14%), les exercices aérobies (11%), la technique Pilate (6%), la micro-kinésithérapie (5%), le biofeedback (0%). 17% des kinésithérapeutes ont proposé un complément de techniques dans la case « autre » telles que le crochetage et les ventouses, le kinésiotaping, le dialogue et l'écoute, la magnétothérapie, le drainage lymphatique manuel (DLM) et la stimulation manuelle veino-lymphatique (SMVL), diverses techniques viscérales, les chaînes physiologiques de Busquet, les techniques énergétiques, les hydrojet, l'hypnose, la méthode Niromathé, la proprioception, la técarthérapie, les techniques s'intéressant au tissu conjonctif et l'acupuncture.

Des divergences existent dans le classement des 5 techniques les plus utilisées en fonction de la population de kinésithérapeutes concernée. En effet les thérapeutes ayant une formation complémentaire dans la prise en charge de la

douleur adoptent préférentiellement les techniques 1. Massage (55%) 2. Thérapie manuelle (45%) 3. Education thérapeutique (36%) 4. Relaxation (27%) 5. Réentraînement à l'effort (27%).

Les MK ayant eu des cours sur la fibromyalgie durant leur formation ont recours à 1. Massage (72%) 2. Etirements (48%) 3. Thérapie manuelle (40%) 4. Education thérapeutique (30%) 5. Relaxation (26%).

Enfin les kinésithérapeutes prenant en charge les patients uniquement pour leur fibromyalgie réalisent 1. Massage (91%) 2. Etirements (63%) 3. Thérapie manuelle (36%) 4. Thermothérapie (36%) 5. Relaxation (35%).

A propos des conseils dispensés :

60% (104) des 174 kinésithérapeutes, qui prennent en charge des patients fibromyalgiques, conseillent à leurs patients de la balnéothérapie.

A la question « Quels sont les conseils que vous fournissez à vos patients fibromyalgiques ? » 127 kinésithérapeutes ont répondu. Le maintien d'une activité physique adaptée associant marche, sport, auto-postures, étirements arrive en première position puisqu'il a été cité 83 fois (65%). 31 des répondants y associent des conseils alimentaires divers ou la consultation d'une diététicienne. 29 thérapeutes recommandent des exercices de détente, relaxation en y associant notamment la respiration. 18 M.K. abordent la gestion de la douleur. 14 M.K. préconisent des temps de repos et de sommeil. 11 professionnels suggèrent la consultation d'un psychologue et 7 M.K. suggèrent une consultation dans le cadre de médecine alternative. 10 kinésithérapeutes incitent les patients à avoir une vie la plus normale possible en incluant également l'emploi. Enfin 6 M.K. conseillent l'adhésion aux associations de patients.

5.4. A propos de ceux qui ne prennent pas en charge les patients fibromyalgiques

Parmi les 49 kinésithérapeutes ne prenant pas en charge des patients fibromyalgiques, 45 (92%) indiquent être spécialisés dans un autre domaine ou ne pas recevoir d'ordonnance de ces patients. 4 répondent que la kinésithérapie apporte une réponse partielle voire inexistante pour cette pathologie. Enfin un des kinésithérapeutes indique qu'il ne souhaite pas prendre en charge ces patients de part les plaintes excessives de ceux-ci.

5.5. A propos du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes face à la fibromyalgie

Parmi les 223 kinésithérapeutes répondants, 35% (79) ne croient pas au diagnostic fibromyalgique et 6% (14) pensent que la kinésithérapie n'a pas de rôle dans la prise en charge du patient fibromyalgique.

A la question « selon vous quelle est l'origine de la fibromyalgie ? » 128 kinésithérapeutes ont répondu. Parmi les réponses on retrouve une origine neurologique (dérèglement/hypersensibilisation du système nerveux autonome (SNA), système nerveux central (SNC), de la perception de la douleur) pour 38 professionnels, une origine psychologique (mal être général, choc émotionnel, dépression, stress, anxiété) pour 35 kinésithérapeutes, une origine multifactorielle (musculaire, viscérale, nutritionnelle, rhumatismale, hormonale) pour 32 thérapeutes. 11 MK relèvent le caractère idiopathique de la pathologie et 11 MK n'ont pas d'idées quant à l'origine de la fibromyalgie.

Parmi les 223 réponses au questionnaire, les mots représentant le plus la fibromyalgie selon les professionnels sont : 1. Douleur (94%, 209) 2. Fatigue (55%, 122) 3. Difficulté de prise en charge (43%, 96) 4. Dépression (28%, 63) 5. Diagnostic par défaut (26%, 58) 6. Plainte (19%, 43) 7. Trouble du sommeil (12%, 27) 8. Maladie psychologique (12%, 27) 9. Anxiété (11%, 24) 10. Céphalées (2%, 5) 11. Mal du siècle (1%, 2).

Les 3 mots les plus cités sont distincts en fonction de la population de kinésithérapeutes concernée. Nous retrouvons le même trio de tête pour la population de kinésithérapeutes qui prennent en charge des patients fibromyalgiques et les kinésithérapeutes qui ont reçu des cours sur la fibromyalgie durant leur formation.

Néanmoins les 14 thérapeutes qui ne croient pas au rôle de la kinésithérapie dans la prise en charge fibromyalgique citent en première position le diagnostic par défaut (71%, 10), l'anxiété (64%, 9) et la difficulté de prise en charge (57%, 8) en tête.

Si nous nous intéressons à la population ne croyant pas au diagnostic fibromyalgique, nous retrouvons en 1. Douleur (87%, 69) 2. Difficulté de prise en charge (43%, 34) 3. Diagnostic par défaut (42%, 33).

Ces termes représentant la fibromyalgie peuvent être séparés en deux catégories : ceux en rapport à la pathologie et sa clinique (douleur, fatigue, trouble du sommeil, céphalées, dépression, anxiété), ceux en rapport avec le ressenti du thérapeute (difficulté de prise en charge, diagnostic par défaut, mal du siècle, plainte, maladie psychologique).

Parmi les 119 réponses retenues (4 réponses ont été exclues du fait du nombre supérieur ou inférieur aux 3 mots normalement sélectionnés dans la liste), 27% (60) des kinésithérapeutes ont choisi 3 termes relatifs à la clinique, 2% (4) ont choisi 3 termes relatifs au ressenti du thérapeute. 46% (102) ont coché deux termes en rapport avec la clinique et un terme en rapport avec le ressenti du thérapeute, enfin 24% des professionnels (53) ont choisi la combinaison inverse avec deux termes relatifs au ressenti des thérapeutes et un terme relatif à la pathologie et sa clinique.

Parmi les kinésithérapeutes ayant répondu avec 3 mots représentant la clinique du patient fibromyalgique, les classes de professionnels les plus représentées sont avec 29% les M.K. prenant en charge des patients fibromyalgiques, et 28% les M.K. ayant eu des cours sur la fibromyalgie durant leur formation contre 7% des M.K. ne croyant pas au rôle du kinésithérapeute dans la prise en charge du fibromyalgique.

En ce qui concerne les kinésithérapeutes ayant répondu avec 3 mots relatifs au ressenti du thérapeute, les classes les plus représentées sont les M.K. ne croyant pas au rôle du kinésithérapeute dans la prise en charge du patient fibromyalgique (7%) et les M.K. ne croyant pas au diagnostic fibromyalgique (5%).

Parmi les professionnels ayant coché deux termes relatifs à la clinique et un terme relatif au ressenti du thérapeute, nous retrouvons majoritairement à 57% les kinésithérapeutes ne croyant pas au rôle du kinésithérapeute dans la prise en charge du patient fibromyalgique.

Enfin, parmi les professionnels ayant coché deux termes relatifs au ressenti du thérapeute et un terme relatif à la clinique, ce sont les kinésithérapeutes ne croyant pas au diagnostic fibromyalgique qui sont le plus représentés avec 35%.

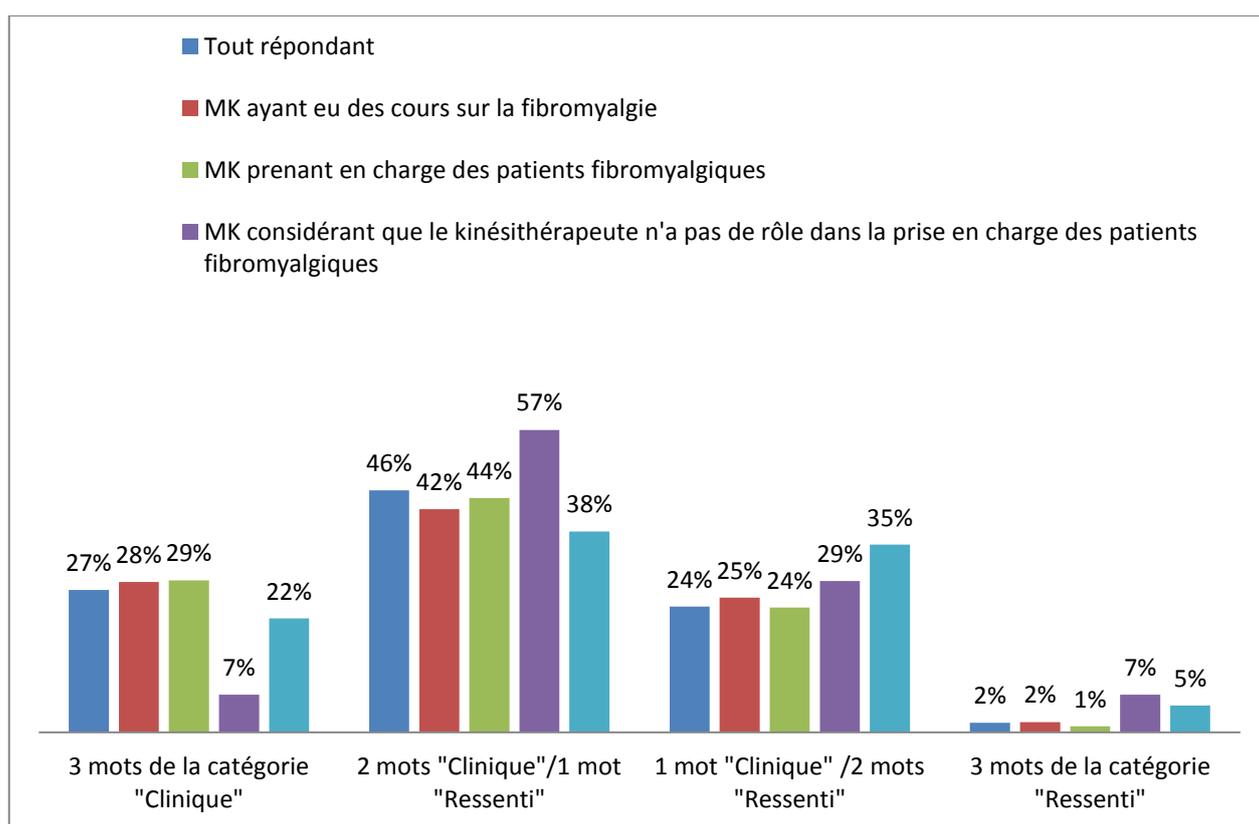


Figure 4 : Représentation de la répartition des mots relatifs à la clinique ou au ressenti des MK en fonction de différentes populations

Dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, les professionnels les plus aptes à prendre en charge des patients fibromyalgiques selon les 223 répondants sont 1. Kinésithérapeute (86%, 186) 2. Psychologue (55%, 122) 3. Sophrologue (58%, 106) 4. Médecin généraliste (30%, 68) 5. Rhumatologue (30%, 67) 6. Acupuncteur (16%, 36) 7. Diététicien (12%, 27) 8. Ostéopathe (10%, 22) 9. Homéopathe (10%, 22) 10. Autres (micro-kinésithérapeute, médecin antidouleur, micro nutritionniste, énergéticien, endocrinologue, médecine physique et interne, coach social et sportif, ergothérapeute) (7%, 15).

Parmi les 174 thérapeutes qui prennent en charge des patients fibromyalgiques, 54%(94) pensent que la micro-nutrition a un impact sur la fibromyalgie et 85% (148) pensent qu'une prise en charge annuelle de plusieurs semaines afin de contrôler et améliorer l'auto prise en charge semble importante.

Parmi les 223 répondants au questionnaire 83% (186) ne se disent pas assez informé sur la pathologie dont 81% des kinésithérapeutes ayant déjà reçu des cours sur la fibromyalgie. 195 thérapeutes (87%) seraient intéressés par une formation ou un livret afin d'affiner leurs connaissances sur la pathologie et sa prise en charge.

6. DISCUSSION

6.1. La population sondée est-elle représentative ?

Selon le document de la DREES (16), dans la population des kinésithérapeutes libéraux, il y a 44.8% de femmes, avec une moyenne d'âge d'environ 41 ans, la classe d'âge la plus représentée étant celle des 50 ans et plus (29,3%). Les [20,30ans[représentent 22.8% des M.K. libéraux, les [30,40ans[27.5 %, les [40,50ans[20.3% et les 50 et plus 30%. Dans notre étude, nous avons obtenu 45% de femmes avec une moyenne d'âge de 40 ans. La classe la plus représentée est celle des [30,40ans[avec 30%. Les [20,30ans[représentent 25.6% des M.K. sondés, les [40,50ans[19.7% et les 50ans et plus 24.7%.

Les résultats peuvent donc être extrapolés à la population de masseurs-kinésithérapeutes libéraux de France métropolitaine.

6.2. Les biais de notre étude

Notre population est représentative en comparaison avec les données de la DREES, Cependant la majorité des kinésithérapeutes répondant est intéressée par notre étude et concernée par la pathologie, notamment ceux retrouvant des patients fibromyalgiques dans leur patientèle.

Dans notre protocole, notre tirage au sort nous indiquait un nom et prénom de professionnel. Toutefois, compte tenu de l'importance de cabinets libéraux groupés, l'interlocuteur était très souvent un autre kinésithérapeute du cabinet. De plus, afin de respecter le nombre de kinésithérapeutes sondés, un seul MK par cabinet aurait du répondre au questionnaire ce qui n'est ici peut-être pas le cas et ne peut être comptabilisé compte tenu de l'anonymat des réponses.

6.3. Concernant le questionnaire

Notre questionnaire comprend quelques imperfections notamment avec l'utilisation de certains termes inadaptés ou questions portant à confusion.

Le terme « fasciathérapie » a été utilisé afin de faciliter la compréhension de chacun, néanmoins il aurait fallu ici parler préférentiellement de mobilisation des tissus mous puisque selon l'avis du conseil national de l'ordre du 22 juin 2012 relatif à la « fasciathérapie », l'usage de ce terme constitue une faute disciplinaire au sens des articles R4321-123, R4321-124 et R4321-125 du code de la santé publique (ANNEXE VI).

De même nous avons parlé d'éducation thérapeutique (ETP) afin de savoir si des programmes d'ETP spécifiques à la fibromyalgie étaient mis en place en France. L'éducation thérapeutique est soumise à des autorisations des Agences Régionales

de Santé. Elle se veut pluridisciplinaire, réalisée par une équipe de professionnels formés. Au vue du nombre important de réponses positives et après discussion avec une kinésithérapeute sondée, nous pouvons penser que ces réponses se rapportent aux conseils d'hygiène de vie que le thérapeute apporte à son patient plutôt qu'à un programme d'ETP, d'autant plus que l'éducation thérapeutique en milieu libéral est peu développée.

La question « Utilisez-vous des exercices spécifiquement adaptés à vos patients fibromyalgiques ? Si non pourquoi ? » n'avait pas lieu d'être puisqu'il paraît évident que toute prise en charge masso-kinésithérapique est spécifiquement adaptée à chaque patient, quelque soit la pathologie rencontrée.

6.4. Analyse des résultats

La prise en charge des patients fibromyalgiques dans les cabinets libéraux français semble peu fréquente puisqu'une majorité des répondants indique prendre en charge moins de 10 patients par an alors que la fibromyalgie concerne 2 à 3% de la population. Nous remarquons que plus de la moitié des prescriptions concerne une prise en charge unique du syndrome et non des pathologies associées. Cependant la quasi-totalité des kinésithérapeutes n'ayant pas de patients fibromyalgiques dans leur patientèle indique qu'ils n'avaient, jusque là, pas reçu de prescription. Plusieurs questions peuvent se poser. Est-ce le patient qui refuse la kinésithérapie ? Connait-il l'intérêt de cette prise en charge ? Une prescription de kinésithérapie par le médecin ou le rhumatologue est-elle systématique ? Ces patients sont-ils préférentiellement adressés dans des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur ou dans les cures thermales ?

80% des répondants adoptent une prise en charge sous forme de détente et kinésithérapie infra-douloureuse. Cette tendance se retrouve dans les techniques utilisées, principalement antalgiques et de détente telles que le massage, les étirements, la thermothérapie, la relaxation et l'électrothérapie (ainsi que la quasi-totalité des techniques citées dans la catégorie « Autre »). Néanmoins, nous

pouvons constater que le réentraînement à l'effort, la balnéothérapie, et les exercices aérobies arrivent en bas de classement alors qu'ils constituent les principales recommandations de l'EULAR. Cela se retrouve également parmi les kinésithérapeutes ayant reçu des cours sur ce syndrome durant leur formation. Cependant les conseils donnés par les thérapeutes s'orientent vers ces recommandations puisque 60% conseillent la balnéothérapie et que 127 MK préconisent le maintien d'une activité physique adaptée. Pourquoi les kinésithérapeutes n'adoptent-ils pas ces techniques ? Ont-ils un déficit de connaissances à ce sujet ? Utilisent-ils des techniques préférentiellement conformes aux attentes des patients ?

Concernant la formation des kinésithérapeutes sur le syndrome fibromyalgique, nous remarquons que la fréquence des cours dispensés est en corrélation avec les années où ont eut lieu la description et la reconnaissance de ce syndrome comme entité autonome. Ainsi 74% des professionnels diplômés après 2006 ont eu des cours sur la fibromyalgie. Compte tenu du caractère récent de cette reconnaissance, une grande partie des kinésithérapeutes diplômés en amont n'a pas pu bénéficier de cette formation. Cela pourrait expliquer le fait que 53% des MK prenant en charge ces patients n'ont pas eu de formation sur la fibromyalgie. Ce manque de formation a-t-elle un impact sur la prise en charge masso-kinésithérapique et les techniques utilisées ?

Qui plus est, 83% des kinésithérapeutes ne se disent pas assez informés sur la pathologie dont 81% des kinésithérapeutes ayant déjà reçu des cours sur la fibromyalgie. Quel est le contenu de cette formation ? Est-elle suffisamment exhaustive ? N'accordons-nous pas assez de temps à cette formation ? Le peu de cours est-il lié à la faible prise en charge en cabinet libéral ? Existe-t-il des formations complémentaires quant à la prise en charge de ce syndrome fibromyalgique ?

Des analyses diverses relatives aux connaissances et à la prise en charge peuvent se suppléer. Concernant le bilan, seulement 5% des MK utilisent le questionnaire FIQ, alors que celui-ci est spécifique, validé et apporte des informations globales en rapport à l'état général du patient. Est-ce dû à une

méconnaissance de ce questionnaire ? Utilisent-ils un autre questionnaire ? Il aurait été intéressant de savoir si les M.K. ont connaissance de ce questionnaire, et dans le cas où la réponse est positive, de connaître le pourcentage de son utilisation.

Les réponses obtenues à la question « Selon vous, quelle est l'origine de la fibromyalgie ? » relèvent le caractère indécis de celle-ci. Les hypothèses de la littérature et la notion de syndrome idiopathique se retrouvent. De même, lors du bilan, les M.K. constatent des manifestations viscérales fréquentes du même ordre que celles décrites. Les kinésithérapeutes, de part leurs avis et leurs constatations s'orientent vers les données actuelles.

Concernant la micro-nutrition, 54% des répondants pensent que la micro-nutrition a un impact sur la fibromyalgie et 24% des kinésithérapeutes répondant à la question « Quels sont les conseils que vous fournissez à vos patients fibromyalgiques ? » apportent des conseils alimentaires. Ces patients, cherchant à diminuer leur douleur, sont généralement prêts à multiplier les techniques de prise en charge et par conséquent sont à l'écoute de chaque conseil qui leur est apporté. Les conseils spécifiques, tels que les conseils alimentaires, relèvent-ils des compétences des kinésithérapeutes ?

Le diagnostic médical, comme toute thérapeutique actuelle, est soumis à l'Evidence Based Médecine (médecine fondée sur les preuves). La véracité de ce diagnostic ne serait donc pas discutable pourtant 35% des répondants ne croient pas à celui de la fibromyalgie. Cela influe-t-il sur la prise en charge de ces patients ? Probablement non puisque ces thérapeutes utilisent préférentiellement le massage (91%), les étirements (64%), la thérapie manuelle (35%), l'électrothérapie (33%) et la thermothérapie (31%).

Toutefois, il serait intéressant de savoir si cela agit sur le relationnel et l'écoute des kinésithérapeutes pour leurs patients comme cela a été explicité dans les témoignages.

Concernant les mots représentant le plus la fibromyalgie pour les répondants, nous remarquons qu'il existe un mélange entre la clinique et le ressenti des thérapeutes en citant pour la majorité deux termes en rapport avec la clinique et un terme en rapport avec le ressenti. Ce besoin d'inclure quasi systématiquement

leur ressenti est-il lié à l'absence de signes cliniques visuels et mis en évidence par des examens ? Cela pourrait-il expliquer toute la difficulté de cette prise en charge et du possible désintérêt de ces professionnels ?

Enfin, bien que 6% des M.K. répondants ne pensent pas que la kinésithérapie ait un rôle dans la prise en charge du patient fibromyalgique, 86% indiquent que les M.K. sont aptes à prendre en charge des patients fibromyalgiques dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle (ce qui les place en première position). De plus 85% des 174 kinésithérapeutes ayant des patients fibromyalgiques dans leur patientèle indiquent qu'une prise en charge annuelle de plusieurs semaines afin de contrôler et améliorer l'auto prise en charge semble importante. Cela pourrait éviter, comme l'a indiqué une des patiente fibromyalgique interrogée, la routine de la prise en charge. Pour terminer, les MK semblent en demande d'informations supplémentaires puisque 87% des répondants sont intéressés par un livret ou une formation.

6.5. Rencontre avec un médecin de la Douleur

A la suite de notre enquête et de l'analyse des résultats, nous avons rencontré un médecin spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation devenu médecin de la Douleur responsable institutionnel à temps complet d'un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Il précise dans un premier temps que la douleur qui dure (syndrome douloureux chronique, à différencier d'un symptôme douloureux aigu) est un trio : une douleur physique, une souffrance psychique et un combat social. Traiter et agir sur la douleur ne doit donc pas seulement être focalisé sur la prise en charge de la douleur physique mais bien sur une prise en charge globale de ces trois composantes. Une prise en charge pluri-professionnelle paraît donc inévitable, ce qui se relève être difficile dans le cadre de l'exercice libéral (à moins d'œuvrer en réseau de complémentarités). Les patients porteurs d'une fibromyalgie sont des personnes dans « l'hyper » : l'hyper activité, l'hyper vigilance, l'hyper dévouement, une mécanique « d'évitement » pour évacuer leurs angoisses existentielles. En effet, instinctivement ces derniers se retrouvent à parler de leurs douleurs psychiques à

leur kinésithérapeute, et de leurs douleurs physiques à leur psychologue. Une nouvelle conduite d'échappement apparaît : «En France, tout le monde a son kiné, aux Etats-Unis tout le monde a son psy ». Les kinésithérapeutes, pour la plupart ne sachant comment réagir face à ces doléances, se retrouvent confrontés à leurs propres limites. Il paraît important d'intégrer une formation sur la douleur et les réponses à apporter aux patients porteurs d'une douleur chronique dans le cadre de l'enseignement initial de notre profession. A la question «La kinésithérapie a-t-elle un rôle dans la prise en charge du patient fibromyalgique ? », la réponse est oui à condition qu'elle soit adaptée, réalisée par des kinésithérapeutes compétents en matière de douleur, à l'écoute et empathiques. Le praticien indique également que la rééducation est plus efficace quand le patient a, au préalable, appris à gérer sa douleur en remplaçant ce schéma « d'évitement » par un schéma de « confrontation ». En ce qui concerne la durée de prise en charge, il revient sur la notion de dépendance thérapeutique dont ces patients sont souvent atteints. Un contrat thérapeutique avec des « relances » de plusieurs semaines dans l'année afin d'évaluer la progression et d'aider le patient à être le plus juste dans son auto-prise en charge semblerait être plus adapté.

6.6. Difficultés rencontrées lors de l'élaboration du mémoire

Une des principales difficultés rencontrées dans l'élaboration de notre mémoire a été la création d'un questionnaire qui soit clair, rapide, concis afin d'avoir un maximum de réponses. La population sondée étant des kinésithérapeutes libéraux, nous savions que le temps accordé était compté.

De plus, la première partie de nos appels a été faite sur des journées entières, nous étions ainsi confrontés aux horaires variés de ces professionnels, notamment leur absence pour traitements à domicile par exemple. Nous avons également commencé nos appels fin août, de nombreux kinésithérapeutes étaient en congés à cette période.

Compte tenu du nombre important de questions posées, il a été difficile de faire ressortir les éléments pertinents de l'analyse. Nous avons donc sélectionné les données répondants le plus à nos objectifs.

7. CONCLUSION

Les patients diagnostiqués fibromyalgiques sont avant tout des patients douloureux chroniques en attente d'écoute et de diminution de leurs symptômes quels que soient les moyens. Face à eux, se retrouvent des professionnels de santé démunis. Ces derniers ne se sentant pas assez informés et formés sur le syndrome fibromyalgique, adoptent des techniques principalement antalgiques. Les recommandations européennes encouragent pourtant le maintien d'une activité physique adaptée grâce à un programme de reconditionnement à l'effort. L'absence de recommandation française à ce jour souligne la difficulté de prise en charge de ces patients. Cela se retrouve également dans le ressenti des masseurs-kinésithérapeutes libéraux français concernant la fibromyalgie. Les thérapeutes restent en demande d'informations supplémentaires afin d'adapter au mieux leur thérapeutique pour répondre aux besoins de leurs patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. 07-02 La fibromyalgie | Académie nationale de médecine [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035630/>
2. Haute Autorité de Santé - Syndrome fibromyalgique de l'adulte [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_993899/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res.* 23 févr 2010;62(5):600-10.
4. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2 août 2007;67(4):536-41.
5. Le Gal M, Mainguy Y, Le Lay K, Nadjar A, Allain D, Galissié M. Validation linguistique en 12 langues de six échelles PRO destinées à des patients fibromyalgiques. *Rev Rhum.* mars 2010;77(2):194-200.
6. Li Y, Wang F, Feng C, Yang X, Sun Y. Massage therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS One.* 2014;9(2):e89304.
7. Person M. État des lieux de la recherche pour le traitement masso-kinésithérapique de la fibromyalgie. (*Kinésithér Scient* 2013;549:5-16).
8. Naumann J, Sadaghiani C. Therapeutic benefit of balneotherapy and hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(4):R141.

9. Larsson A, Palstam A, Löfgren M, Ernberg M, Bjersing J, Bileviciute-Ljungar I, et al. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia—a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther* [Internet]. déc 2015 [cité 6 mars 2016];17(1). Disponible sur: <http://arthritis-research.com/content/17/1/161>
10. Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther*. 2010;12(3):R79.
11. Sevimli D, Kozanoglu E, Guzel R, Doganay A. The effects of aquatic, isometric strength-stretching and aerobic exercise on physical and psychological parameters of female patients with fibromyalgia syndrome. *J Phys Ther Sci*. 2015;27(6):1781-6.
12. Sichère P, Ducamp P. Éducation thérapeutique, fibromyalgie et thermalisme. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. févr 2013;14(1):22-9.
13. Glombiewski JA, Bernardy K, Häuser W. Efficacy of EMG- and EEG-Biofeedback in Fibromyalgia Syndrome: A Meta-Analysis and a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013:1-11.
14. Torres JR, Martos IC, Sánchez IT, Rubio AO, Pelegrina AD, Valenza MC. Results of an Active Neurodynamic Mobilization Program in Patients With Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. oct 2015;96(10):1771-8.
15. Mist S, Firestone K, Jones KD. Complementary and alternative exercise for fibromyalgia: a meta-analysis. *J Pain Res*. mars 2013;247.
16. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2014. N°189 Série statistiques. DREES; 2014.

17. Leonard K. Maladie de Parkinson et kinésithérapie: enquête sur les pratiques des kinésithérapeutes libéraux de France Métropolitaine.2014. 69p Mémoire: Nancy

ANNEXES

ANNEXE I : Critères de diagnostic revisités en 2010

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) PRELIMINARY DIAGNOSTIC CRITERIA FOR FIBROMYALGIA¹

The information contained on this form was derived from Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62(5):600-610.

PART 1: WIDESPREAD PAIN INDEX

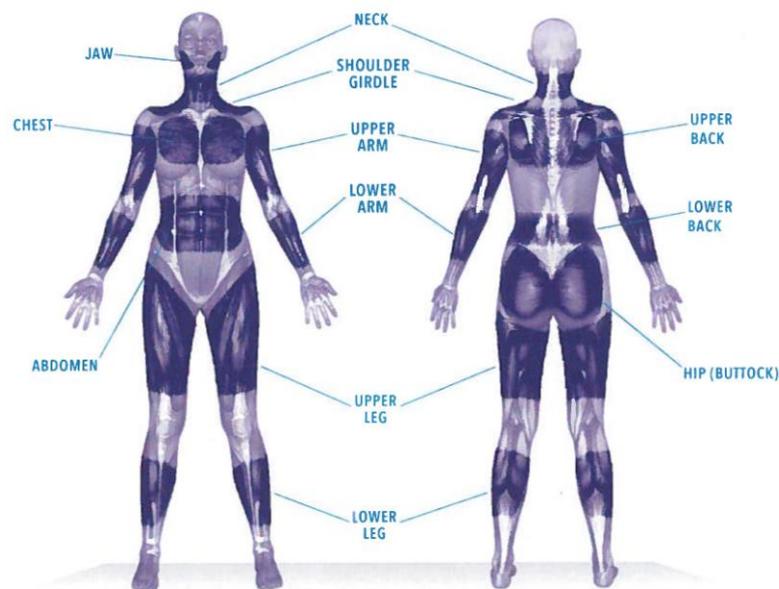
HOW TO CALCULATE THE PATIENT'S WIDESPREAD PAIN INDEX (WPI)

- Using the list of 19 body areas, identify the areas where the patient felt pain over the **past week**. As a visual aid, front/back body diagrams are included.
 - Each area identified on the list counts as 1
- Total the number of body areas (the WPI score can range from 0 to 19).

Write the patient's WPI score here: _____.

Identify the areas where the patient felt pain over the **past week**

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Shoulder girdle, left | <input type="checkbox"/> Lower arm, right | <input type="checkbox"/> Lower leg, left | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Shoulder girdle, right | <input type="checkbox"/> Hip (buttock), left | <input type="checkbox"/> Lower leg, right | <input type="checkbox"/> Neck |
| <input type="checkbox"/> Upper arm, left | <input type="checkbox"/> Hip (buttock), right | <input type="checkbox"/> Jaw, left | <input type="checkbox"/> Upper back |
| <input type="checkbox"/> Upper arm, right | <input type="checkbox"/> Upper leg, left | <input type="checkbox"/> Jaw, right | <input type="checkbox"/> Lower back |
| <input type="checkbox"/> Lower arm, left | <input type="checkbox"/> Upper leg, right | <input type="checkbox"/> Chest | |



PART 2A: SYMPTOM SEVERITY SCALE (LEVELS OF SEVERITY)

HOW TO MEASURE THE PATIENT'S LEVEL OF SYMPTOM SEVERITY

- Using a scale of 0 to 3, indicate the patient's level of symptom severity over the **past week** in each of the 3 symptom categories. Choose only 1 level of severity for each category.
 - The score is the sum of the numbers that correspond to the severity levels identified in all 3 categories
- Total the scale numbers for all the 3 categories and **write the number here:** _____.

Fatigue	Waking unrefreshed	Cognitive symptoms
<input type="checkbox"/> 0 = No problem	<input type="checkbox"/> 0 = No problem	<input type="checkbox"/> 0 = No problem
<input type="checkbox"/> 1 = Slight or mild problems; generally mild or intermittent	<input type="checkbox"/> 1 = Slight or mild problems; generally mild or intermittent	<input type="checkbox"/> 1 = Slight or mild problems; generally mild or intermittent
<input type="checkbox"/> 2 = Moderate; considerable problems; often present and/or at a moderate level	<input type="checkbox"/> 2 = Moderate; considerable problems; often present and/or at a moderate level	<input type="checkbox"/> 2 = Moderate; considerable problems; often present and/or at a moderate level
<input type="checkbox"/> 3 = Severe; pervasive, continuous, life-disturbing problems	<input type="checkbox"/> 3 = Severe; pervasive, continuous, life-disturbing problems	<input type="checkbox"/> 3 = Severe; pervasive, continuous, life-disturbing problems

PART 2B: SYMPTOM SEVERITY SCALE (OTHER SOMATIC SYMPTOMS)

HOW TO DETERMINE THE EXTENT OF THE PATIENT'S OTHER SOMATIC SYMPTOMS

Using the symptoms list on the following page, determine the extent of other somatic symptoms the patient may have experienced over the **past week**.

- Determine the quantity of somatic symptoms using the list on the following page.
- Using your best judgment, calculate the score that matches the quantity of those somatic symptoms and **write the number here:** _____.

Add the scores from Parts 2a and 2b (the Symptom Severity score, or SS score, can range from 0 to 12.)
Write the patient's SS score here: _____.

Other somatic symptoms

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muscle pain | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Itching | <input type="checkbox"/> Dry eyes |
| <input type="checkbox"/> Irritable bowel syndrome | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Wheezing | <input type="checkbox"/> Shortness of breath |
| <input type="checkbox"/> Fatigue/tiredness | <input type="checkbox"/> Pain in upper abdomen | <input type="checkbox"/> Raynaud's | <input type="checkbox"/> Loss of appetite |
| <input type="checkbox"/> Thinking or memory problem | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Hives/welts | <input type="checkbox"/> Rash |
| <input type="checkbox"/> Muscle weakness | <input type="checkbox"/> Nervousness | <input type="checkbox"/> Ringing in ears | <input type="checkbox"/> Sun sensitivity |
| <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Chest pain | <input type="checkbox"/> Vomiting | <input type="checkbox"/> Hearing difficulties |
| <input type="checkbox"/> Pain/cramps in abdomen | <input type="checkbox"/> Blurred vision | <input type="checkbox"/> Heartburn | <input type="checkbox"/> Easy bruising |
| <input type="checkbox"/> Numbness/tingling | <input type="checkbox"/> Fever | <input type="checkbox"/> Oral ulcers | <input type="checkbox"/> Hair loss |
| <input type="checkbox"/> Dizziness | <input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> Loss/change in taste | <input type="checkbox"/> Frequent urination |
| <input type="checkbox"/> Insomnia | <input type="checkbox"/> Dry mouth | <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Bladder spasms |

Based on the quantity of symptoms, the patient's score is:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 = No symptoms | <input type="checkbox"/> 2 = A moderate number of symptoms |
| <input type="checkbox"/> 1 = Few symptoms | <input type="checkbox"/> 3 = A great deal of symptoms |

WHAT THE PATIENT'S SCORE MEANS

The patient's WPI score (Part 1): _____ The patient's SS score (Parts 2a and 2b): _____

A PATIENT MEETS THE DIAGNOSTIC CRITERIA FOR FIBROMYALGIA IF THE FOLLOWING 3 CONDITIONS ARE MET:

1a. The WPI score (Part 1) is greater than or equal to 7 **and** the SS score (Parts 2a and 2b) is greater than or equal to 5.

OR

1b. The WPI score (Part 1) is from 3 to 6 **and** the SS score (Parts 2a and 2b) is greater than or equal to 9.

2. Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months.

3. The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain.

Reference: 1. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62(5):600-610.



PBP01641

© 2011 Pfizer Inc.

All rights reserved.

Printed in USA/April 2011



Working together for a healthier world™

ANNEXE II : Questionnaire d'impact de la fibromyalgie

Instructions : pour les questions 1 à 11, entourez le chiffre correspondant à la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) la **semaine dernière**. Si vous n'effectuez pas habituellement une des activités demandées, entourez le chiffre 9 (« Non applicable »)

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais	Non applicable
1. Etes-vous capable de faire les courses ?	0	1	2	3	9
2. Etes-vous capable de faire la lessive en machine ?	0	1	2	3	9
3. Etes-vous capable de faire à manger ?	0	1	2	3	9
4. Etes-vous capable de faire la vaisselle à la main ?	0	1	2	3	9
5. Etes-vous capable de passer l'aspirateur ?	0	1	2	3	9
6. Etes-vous capable de faire les lits ?	0	1	2	3	9
7. Etes-vous capable de marcher plusieurs centaines de mètres ?	0	1	2	3	9
8. Etes-vous capable d'aller voir des amis ou de la famille ?	0	1	2	3	9
9. Etes-vous capable de faire du jardinage ?	0	1	2	3	9
10. Etes-vous capable de conduire une voiture ?	0	1	2	3	9
11. Etes-vous capable de monter les escaliers ?	0	1	2	3	9
12. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?	0 1 2 3 4 5 6 7				
13. Combien de journées de travail, y compris de travail domestique, avez-vous manquées au cours de la semaine dernière à cause de la fibromyalgie ?	0 1 2 3 4 5 6 7				

Questionnaire quant à la prise en charge des patients fibromyalgiques en cabinet libéral en France

- Quel est votre âge ?
- Sexe ?
- Département ?
- Votre cabinet se situe-t-il dans un milieu rural ou urbain ?
- Lieu de formation ?
- En quelle année avez-vous été diplômé ?
- Avez-vous une formation spécifique dans le traitement de la douleur ?
 - Oui
 - Non

A propos de la fibromyalgie

- Avez-vous eu des cours sur la fibromyalgie lors de votre formation ?
 - Oui
 - Non
- Parmi la liste suivante, quels sont pour vous les 3 mots représentant le plus la fibromyalgie pour vous ?
 - Douleur
 - Fatigue
 - Dépression
 - Plainte
 - Maladie psychologique
 - Mal du siècle
 - Anxiété
 - Trouble du sommeil

- Céphalées
 - Diagnostic par défaut
 - Difficulté de prise en charge
- Pensez-vous que la kinésithérapie a un rôle dans la prise en charge du fibromyalgique ?
- Oui
 - Non
- Parmi la liste suivante, quels sont selon vous les 3 professionnels les plus aptes à prendre en soins le fibromyalgique ?
- Psychologue
 - Diététicien
 - Rhumatologue
 - Médecin généraliste
 - Homéopathe
 - Ostéopathe
 - Sophrologue
 - Acupuncteur
 - Kinésithérapeute
 - Autre
- Croyez-vous au diagnostic fibromyalgique ?
- Oui
 - Non
- Si oui, quelle est l'origine de la fibromyalgie ?
- Prenez-vous en charge des patients fibromyalgiques ?
- Oui
 - Non

Vous prenez en charge des patients fibromyalgiques

- Combien de patients fibromyalgiques prenez-vous en charge par an ?
- Moins de 10
 - Entre 10 et 30
 - Plus de 30

- Les prenez-vous en charge
 - Uniquement pour leur fibromyalgie
 - Pour leur pathologie associée (n'ayant pas de rapport avec la fibromyalgie)

- Combien de fois par semaine les prenez vous en charge ?
 - 1 fois
 - 2 fois
 - 3 fois
 - Plus de 3 fois

- Qui prescrit le plus souvent :
 - Médecin
 - Rhumatologue

En ce qui concerne le bilan

- Constatez-vous, dans la plupart des cas, des manifestations viscérales ?
 - Oui : lesquelles ?
 - Non

- Utilisez-vous le questionnaire FIQ ?
 - Oui
 - Non

- Constatez-vous un lien entre fibromyalgie et dépression/ état psychologique faible ?
 - Oui
 - Non

Concernant la prise en charge

- Adoptez-vous plutôt une prise en charge de détente et infradouloureuse ou kinésithérapie active avec réentraînement à l'effort ?
 - Détente et infradouloureuse
 - Kinésithérapie active et réentraînement à l'effort

- Parmi la liste suivante, quelles sont les 5 principales techniques que vous utilisez ?
 - Massage
 - Électrothérapie
 - Ultrasons
 - Infrarouge
 - Thermothérapie

- Ré entraînement à l'effort
- Balnéothérapie
- Relaxation
- Thérapie manuelle
- Technique Pilate
- Education thérapeutique
- Etirement
- Biofeedback
- Exercice aérobie
- Fascia thérapie
- Microkinésithérapie
- Autre :

- Utilisez-vous des exercices spécifiquement adaptés à vos patients fibromyalgiques ?
Si non pourquoi ?

Concernant l'éducation thérapeutique et les conseils d'hygiène de vie

- Quels sont les conseils que vous fournissez à vos patients fibromyalgiques ?
- Conseillez-vous la balnéothérapie ? si oui à quel endroit ?
- Selon vous la micro nutrition a-t-elle un impact sur la fibromyalgie ?
 - Oui
 - Non
- Est-ce qu'une prise en charge annuelle de plusieurs semaines afin de contrôler et d'améliorer l'auto prise en charge vous semble-t-elle importante ?
 - Oui
 - Non

Vous ne prenez pas en charge de patients fibromyalgiques

- Pourquoi ?

Connaissance sur la fibromyalgie

- Pensez-vous être assez informé sur la fibromyalgie ?
 - Oui
 - Non

- Une formation ou un livret vous semble-t-il nécessaire afin d'affiner vos connaissances sur la pathologie et sa prise en charge ?
 - Oui
 - Non

- Avez-vous un commentaire spécifique à ajouter concernant la fibromyalgie ?

ANNEXE IV : Explications données aux MK sondés

Texte donné au téléphone aux MK :

Bonjour, Cindy WOJCIESZAK, je suis étudiante en 3^{ème} année de kiné à Nancy. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude je réalise une enquête nationale sur la prise en charge des fibromyalgiques en cabinet libéral en France et j'aurais souhaité votre adresse mail pour vous faire parvenir ce questionnaire. Merci beaucoup.

Texte envoyé aux MK par mail avec le lien du questionnaire :

Bonjour,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique je vous envoie le questionnaire concernant la prise en charge des patients fibromyalgiques en cabinet libéral.

Je vous remercie à l'avance pour vos réponses et pour le temps que vous m'accordez. Cette enquête se fait à l'échelle nationale et recense 1% des kinés libéraux de chaque département.

https://docs.google.com/forms/d/1Laot_GfrSsb_aNvmomu06OEsZDq40wfiAvxE1syjzXo/viewform?usp=send_form

Cordialement.

Cindy WOJCIESZAK

Texte envoyé aux MK par mail le 19/09/2015 : remerciements et relance

Bonjour,

Je tenais à remercier tous ceux qui ont consacré du temps pour répondre à mon questionnaire avec beaucoup de professionnalisme et d'attention.

Pour ceux qui ont demandé que je leur envoie mon mémoire, l'enquête étant anonyme, pouvez-vous m'envoyer un mail afin que je puisse connaître votre identité ?

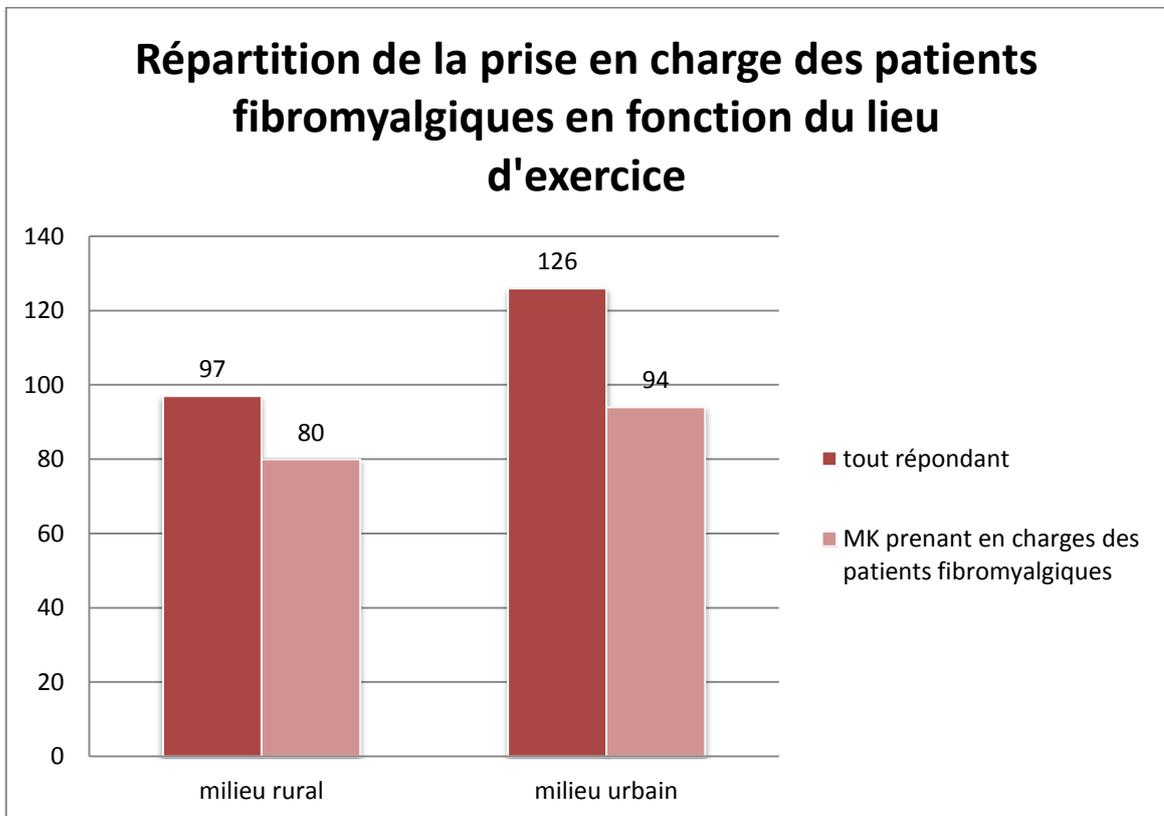
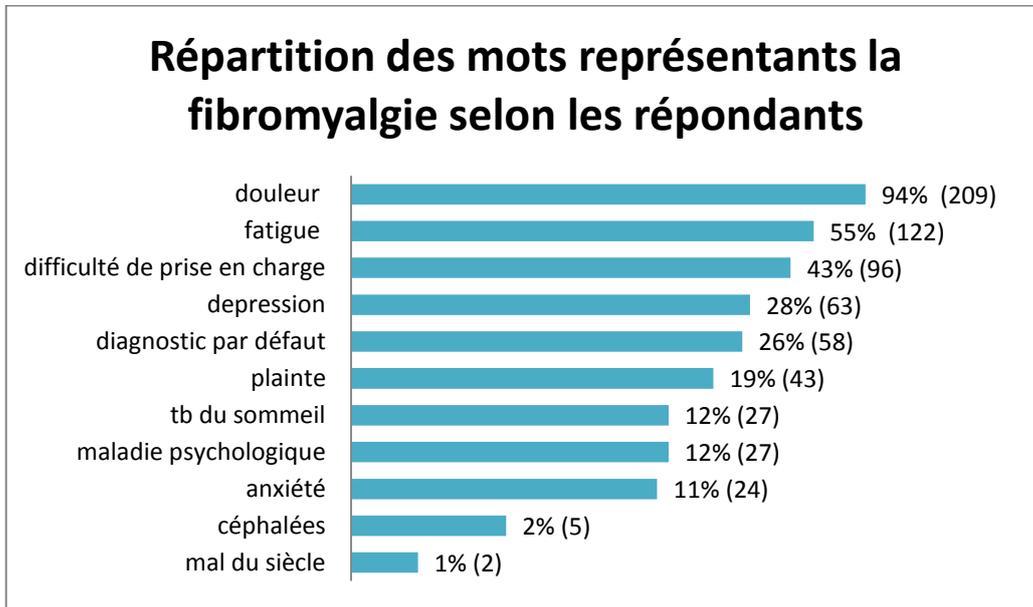
Pour ceux qui n'auraient pas encore eu le temps de le remplir, le questionnaire est encore disponible jusqu'au 30 septembre.

Encore merci.

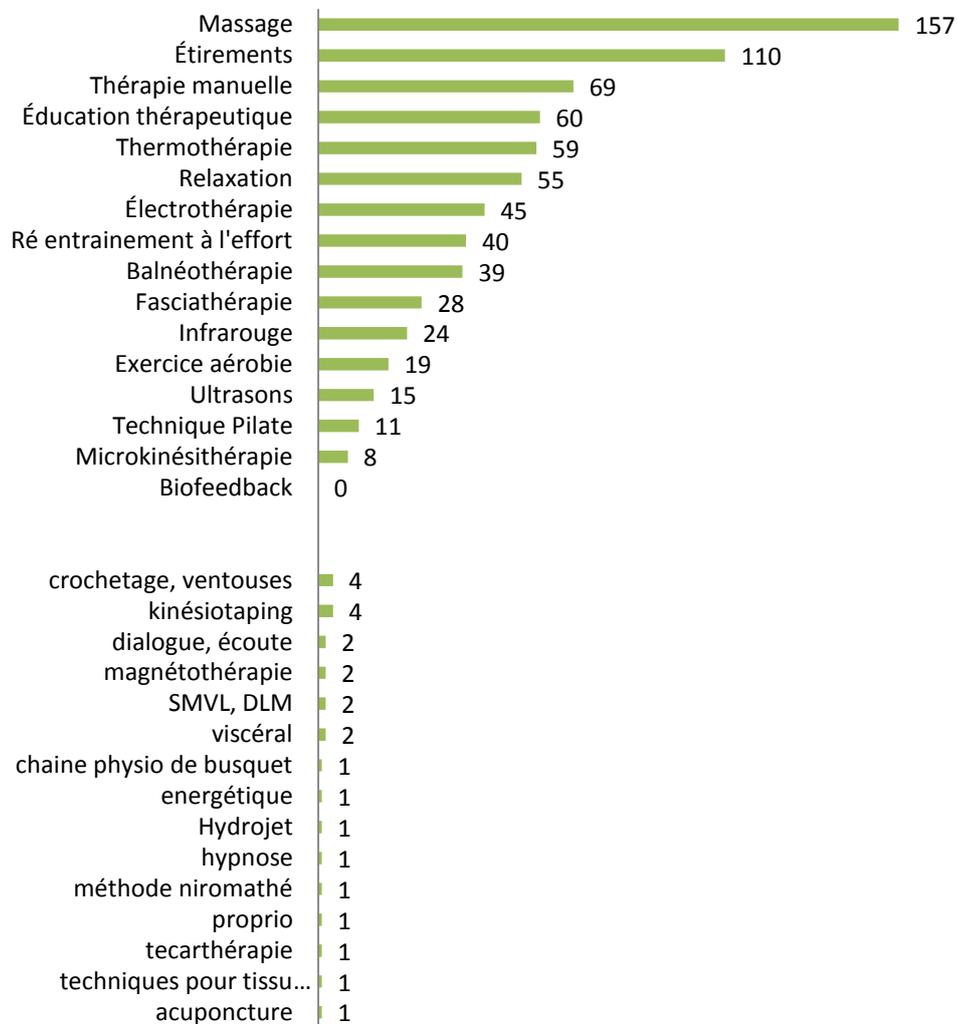
Cordialement.

Cindy WOJCIESZAK

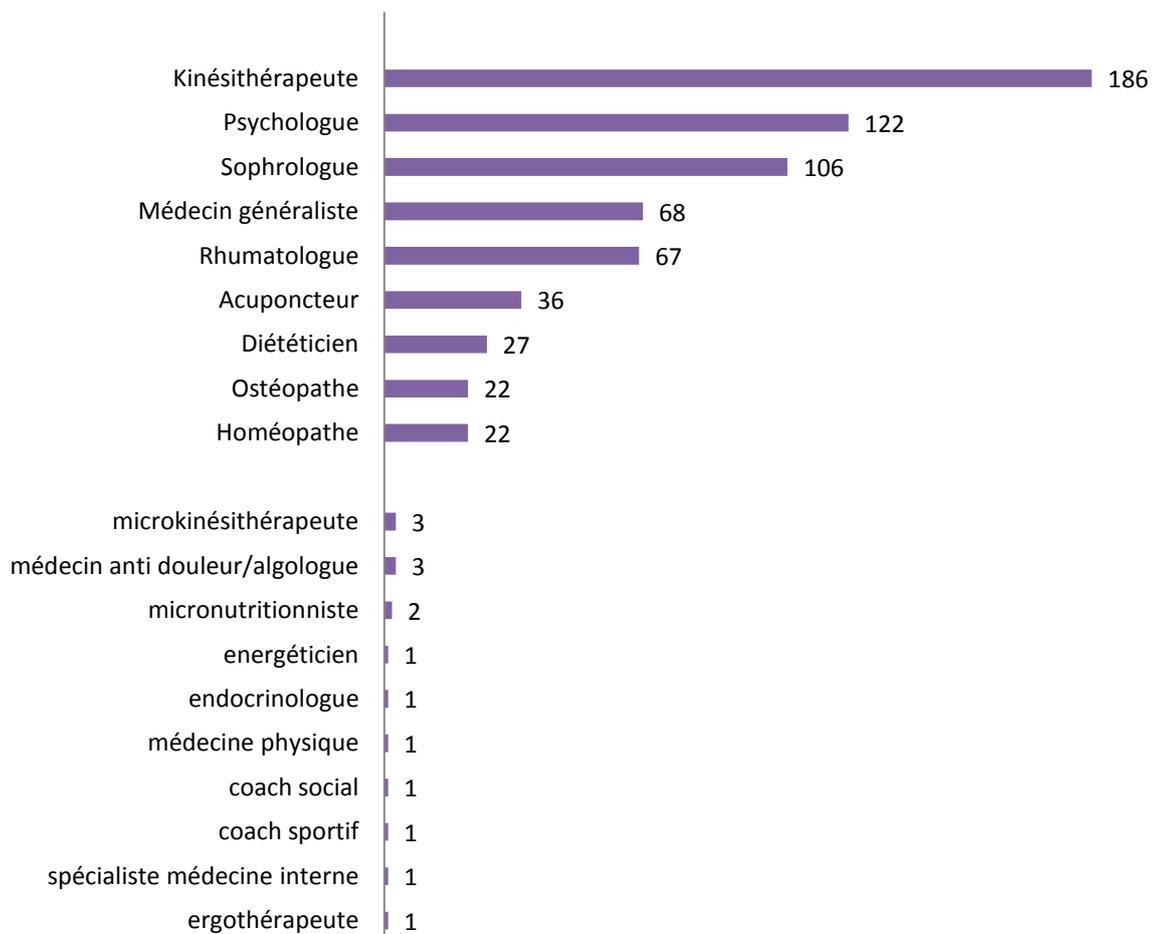
ANNEXE V : GRAPHIQUES



Quelles sont les techniques utilisées?



Répartition des professionnels ayant un intérêt dans la prise en charge de la fibromyalgie selon les répondants





Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Conseil national - 120-122 rue Réaumur 75002 PARIS

AVIS – CNO n° 2012-03

DEONTOLOGIE

AVIS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

DU 22 JUIN 2012

RELATIF A LA « FASCIATHERAPIE »

Vu la définition de la « fasciathérapie » diffusée sur le site « fasciathérapie.fr », qui présente la « fasciathérapie » au moyen des descriptions suivantes :

- « La fasciathérapie est une thérapie manuelle centrée sur le patient .../... intégrée officiellement à la kinésithérapie dont elle constitue une spécialisation ».
- « Aujourd'hui, la fasciathérapie fait partie des thérapies de complément auxquelles le milieu médical fait appel dans le cadre des centres anti-douleurs ou de lutte contre le cancer ».
- « la fasciathérapie est alors une thérapie manuelle qui s'adresse au fascia et qui sollicite la force de régulation de l'organisme ».
- « c'est aussi une thérapie qui s'adresse au comportement vasculaire à travers la pulsologie , méthode d'investigation et de régulation de l'ensemble des liquides du corps ».
- « Cette exploration du mouvement va donner naissance à la biomécanique sensorielle modèle d'analyse et d'évaluation du comportement gestuel ».
- « L'accordage somato-psychique et l'espace de parole à médiation corporelle font ainsi leur apparition dans la fasciathérapie ».





Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Conseil national - 120-122 rue Réaumur 75002 PARIS

Vu les dispositions du code de la santé publique relatives aux données actuelles de la science (R4321-80 du code de la santé publique), à l'interdiction des pratiques de charlatanisme (R4321-87 du code de la santé publique), à l'usage des qualifications, diplômes, titres, grades, fonctions et spécificités (R4321-122, R4321-124 et R4321-125 du code de la santé publique).

Après en avoir débattu,

Le conseil national a rendu à l'unanimité l'avis suivant :

La « fasciathérapie » n'est pas reconnue par le ministère chargé de la santé.

Le conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ne reconnaît pas la « fasciathérapie » comme une qualification, un diplôme, un titre, un grade, une fonction, une spécificité ou une spécialité de la masso-kinésithérapie. Pour cette raison, l'usage des termes de « fasciathérapeute » et/ou « fasciathérapie » par un masseur-kinésithérapeute, constitue une faute disciplinaire au sens des articles R 4321-123, R 4321-124 et R4321-125 du code de la santé publique.

A ce jour, et à notre connaissance, aucune étude scientifique référencée dans la littérature internationale ne permet d'affirmer que les méthodes utilisées par la « fasciathérapie », notamment la « pulsologie », la « régulation des liquides du corps », la « biomécanique sensorielle », l'« accordage somato psychique » et la « médiation corporelle » constituent des soins fondés sur les données actuelles de la science médicale au sens de l'article R4321-80 du code de la santé publique.

Par conséquent ces techniques de « fasciathérapie » ne peuvent pas être présentées comme salutaires puisque insuffisamment éprouvées et potentiellement illusoires au sens de l'article R 4321-87 du code de la santé publique.

