

# EBP ET MUSCULO-SQUELETTIQUE

## A – Programme détaillé

### DUREE

Une journée en présentiel :

- 7 heures de formation

### INTERVENANTS

- Pr Sylvie NADEAU
- Michel GEDDA
- Dr Violette BRUYNEEL
- Paul THIRY
- Pierre FISETTE
- Sébastien GUERARD
- Thierry MARC
- Claude LE LARDIC
- Alexandre RAMBAUD
- Stéphane FABRI
- Pr Chantal BESNER

### 1) OBJECTIFS

#### **Généraux :**

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est, pour le kinésithérapeute formé :

- de comparer ses prises en charge kinésithérapiques aux recommandations actuelles
- d'acquérir ou de perfectionner ses techniques de kinésithérapie appliquées aux pathologies étudiées lors de ces 2 jours et donc,
- d'améliorer l'offre de soins, de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (accès aux soins)
- de l'amener à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :
  - o savoir de connaissances
  - o savoir de techniques pratiques
  - o savoir-faire opérationnel
  - o savoir relationnel

Par ailleurs, il est nécessaire de sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

#### **Spécifiques :**

A l'issue de la formation, le professionnel sera en mesure :

- de comprendre l'intérêt d'interroger ses pratiques au regard des données de la science
- de concevoir et mettre en œuvre un examen-bilan et un traitement conforme à l'EBP intégrant son expérience clinique
- de choisir ses techniques de soins en fonction des données actuelles de la science
- d'optimiser ses soins en termes de qualité et de pertinence
- d'adapter sa prise en charge au projet du patient
- de faire évoluer ses pratiques sur les principales pathologies musculo-squelettiques du rachis, du membre supérieur et du membre inférieur

## 2) RESUME

### Séance plénière du congrès

- **Méthode expositive (ou magistrale)** : le conférencier donne son cours théorique, lors de la partie cognitive

### Objectifs :

A l'issue de cette journée, les participants auront :

- fait le point sur l'avancée des connaissances et des pratiques concernant les pathologies musculo-squelettiques les plus fréquentes.
- Ils auront acquis les fondamentaux permettant un exercice conforme aux données de la science.
- Ils auront compris l'intérêt d'avoir une pratique EBP en combinant leur expérience clinique, aux données de la science et aux particularités du patient.

### Matin :

- 8h30 : Restitution des « pré-tests » et échanges avec la salle
- 9h00 : Conférence d'ouverture : intégrer les résultats de la recherche dans sa prise de décision clinique, Pr Sylvie Nadeau (Montréal)

*Cette conférence permettra d'apprendre comment intégrer les conclusions de la recherche au quotidien pour faire évoluer son raisonnement clinique. A partir de l'évolution des pratiques dans le domaine musculo-squelettique, la conférencière illustrera ses propos.*

- 9h30 : EBM/EBP/Pratique factuelle : intérêts, réalités et morbidités, Michel Gedda (Berck-sur Mer)

*Cette conférence par un chef de projet de l'HAS complètera la conférence précédente en partant des recommandations de bonnes pratiques et en matérialisant les écueils. Elle vise à lever les peurs et freins à la mise en œuvre d'une pratique EBP, notamment en traumatologie / rhumatologie.*

- 10h00 : Apports scientifiques dans la prise en charge rééducative de la scoliose idiopathique, Dr Violette Bruyneel (Genève)

*Cette spécialiste de la scoliose présentera de façon synthétique les données nouvelles et les méthodes validées pour le traitement des scolioses idiopathiques de l'adolescent.*

- 10h30 : La kinésithérapie face aux lombalgies à l'horizon 2030, Paul Thiry (Charleroi)

*Cet expert international des thérapies manuelles mettra en perspective l'évolution de la demande et des réponses concernant la problématique de santé publique qu'est la lombalgie.*

- 11h30 : Rachis cervico-dorsal et TMO : une alternative aux classifications, Pierre Fisette (Lausanne)

*Comment le raisonnement clinique permet la prise en charge individualisée et sécurisée des troubles cervico-dorsaux ? Comme l'expliquera le conférencier, la définition de sous-groupes de patients est une piste destinée à optimiser la prise en charge de ces patients.*

- 12h00 : Le Collège de la masso-kinésithérapie producteur de savoir et de recommandations de bonnes pratiques, Sébastien Guérard (Perpignan)

*Le président du CMK explicitera le bénéfice pour les praticiens de la production de recommandations qui orientent voire étayent les pratiques en les mettant en conformité avec les données de la science et en augmentant la qualité des soins.*

### Après-midi :

- 14h00 : Bilans et traitements par le Concept global de l'épaule - CGE : synthèse des connaissances scientifiques en 2018 ?, Thierry Marc (Montpellier)

*Le conférencier, président de la Société Française de Rééducation de l'épaule (SFRE) décrira et argumentera vis-à-vis des données de la recherche la prise en charge des tendinopathies de la coiffe de l'épaule en intégrant les éléments clés du bilan et les éléments structurant la rééducation.*

- 14h30 : L'expertise en rééducation de la main, Claude Le Lardic (Nantes)

*Comment acquérir une expertise en rééducation de la main. Quels sont les éléments fondateurs de l'expertise ? Comment les consensus d'experts peuvent constituer élément clé pour produire une pratique sécurisée ? C'est à ces questions que le conférencier répondra.*

- 15h00 : Critères pour le retour au sport après reconstruction du LCA : Les dernières recommandations de la littérature, Dr Alexandre Rambaud (Saint-Etienne)

*La détermination des différentes phases et critères concourant à la décision a évolué ses dernières années sous l'effet de la recherche et des avancées des connaissances cliniques. Le conférencier fera le tour d'horizon des différents critères concourant à la reprise du sport dans des conditions sécurisées.*

- 16h00 : Cheville et pied en rééducation : une seule et même histoire, Stéphane Fabri (Montpellier)

*Comment l'EBP démontre le lien fonctionnel entre le pied et la cheville et en quoi le bilan et la kinésithérapie de la cheville ont été modifiés par ce fait et par les données de la science. Les méthodes éprouvées visant à améliorer la fonction et la proprioception seront exposées.*

- 16h30 : L'EBP, une des assises à l'atteinte, au maintien et au rehaussement des compétences pour la pratique clinique en physiothérapie, Pr Chantal Besner, Pr Sylvie Nadeau (Montréal)

*Les pratiques fondées sur l'EBP ont permis de faire évoluer et de sécuriser les pratiques au Québec. Le Professeur Sylvie Nadeau de l'Université de Montréal et le Pr Chantal Prugnaud vont mettre en évidence comment l'intégration de l'EBP est réalisable, comment le faire au quotidien et quels résultats concrets en attendre.*

- 17h30 : Echanges avec la salle

### 3) METHODOLOGIES

- Analyse par « **pré-test** » avant la formation
- Partie présentielle d'une durée de 7 h comportant des échanges sur les résultats des grilles pré-tests, d'un face à face pédagogique de 7 h d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les prétests et d'une préparation des post-tests
- Analyse par « **post-test** »

### **B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre**

La méthode pédagogique employée est la méthode expositive (ou magistrale) : le conférencier donne son cours théorique, lors de la partie cognitive. Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT des conférences, photocopié et / ou clé USB reprenant les PPT

## **C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée**

- Evaluation pré et post formation présentielle
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

## **D – Référence recommandation bibliographie**

Veras M, Kairy D, Paquet N. (2016). What Is Evidence-Based Physiotherapy? *Physiother Can.* Spring 2016; 68(2): 95–96. doi: 10.3138/ptc.68.2.GEE  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125490/>

Demers M, Blanchette AK, Mullick AA, et al. Facilitators and barriers to using neurological outcome measures in developed and developing countries. *Physiother Res Int.* 2018; e1756.  
<https://doi.org/10.1002/pri.1756>

Jette AM. (2016). Moving Research From the Bedside Into Practice. *Phys Ther.* 96(5):594-6. doi: 10.2522/ptj.2016.96.5.594. DOI: 10.2522/ptj.2016.96.5.594  
<https://academic.oup.com/ptj/article/96/5/594/2686345>

da Silva TM, Costa Lda C, Garcia AN, Costa LO. (2015). What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Man Ther.* 20(3):388-401. doi: 10.1016/j.math.2014.10.009. Epub 2014 Oct 24. Review.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X1400191X?via%3Dihub>

Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. (2014). Evidence-based practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy.* 100(3):208-19. doi: 10.1016/j.physio.2014.03.001. Epub 2014 Mar 12.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940614000273?via%3Dihub>

Condon C, McGrane N, Mockler D, Stokes E. (2016). Ability of physiotherapists to undertake evidence-based practice steps: a scoping review. *Physiotherapy.* 102(1):10-9. doi: 10.1016/j.physio.2015.06.003. Epub 2015 Aug 15. Review.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940615038109?via%3Dihub>

Allet L. Le rôle de l'*evidence-based medicine* en physiothérapie. *Kinesither Rev* 2012;(124):38-40.

Carretier J, Bataillard A, Fervers B. La place du patient dans la médecine factuelle. *Journal de Chirurgie* 2009 (146), 537-44.

Gedda M. Médecine factuelle, pratique factuelle et indice de factualité 1.0 (i-FACT). *Kinesither Rev* 2017;17(187) : 9-16.

Sackett DL, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023): 71-2.

Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy* 2014;100(3):208-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.001>

Negrini S1,2, Donzelli S3, Aulisa AG4, Czaprowski D5,6, Schreiber S7,8, de Mauroy JC9, Diers H10, Grivas TB11, Knott P12, Kotwicki T13, Lebel A14, Marti C15, Maruyama T16, O'Brien J17, Price N18, Parent E19, Rigo M20, Romano M3, Stikeleather L21, Wynne J22, Zaina F3. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis Spinal Disord.* 2018 Jan 10;13:3. doi: 10.1186/s13013-017-0145-8. eCollection 2018

Romano M1, Minozzi S, Bettany-Saltikov J, Zaina F, Chockalingam N, Kotwicki T, Maier-Hennes A, Negrini S. Exercises for adolescent idiopathic scoliosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15;(8):CD007837. doi: 10.1002/14651858.CD007837.pub2.

Anwer S1, Alghadir A2, Abu Shaphe M3, Anwar D4. Effects of Exercise on Spinal Deformities and Quality of Life in Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Biomed Res Int.* 2015;2015:123848. doi: 10.1155/2015/123848. Epub 2015 Oct 25., Bettany-Saltikov J1, Turnbull D2, Ng SY3, Webb R4. Management of Spinal Deformities and Evidence of Treatment Effectiveness. *Open Orthop J.* 2017 Dec 29;11:1521-1547. doi: 10.2174/1874325001711011521. eCollection 2017

Berdishevsky H#1, Lebel VA#2, Bettany-Saltikov J3, Rigo M4, Lebel A5, Hennes A6, Romano M7,8, Bialek M9, M'hango A9, Betts T10, de Mauroy JC11, Durmala J12. Physiotherapy scoliosis-specific exercises - a comprehensive review of seven major schools. *Scoliosis Spinal Disord.* 2016 Aug 4;11:20. doi: 10.1186/s13013-016-0076-9. eCollection 2016., Lee BK1. Influence of the proprioceptive neuromuscular facilitation exercise programs on idiopathic scoliosis patient in the early 20s in terms of curves and balancing abilities: single case study. *J Exerc Rehabil.* 2016 Dec 31;12(6):567-574. doi: 10.12965/jer.1632796.398. eCollection 2016 Dec

Gauchard, G.C., et al., Influence of different types of progressive idiopathic scoliosis on static and dynamic postural control. *Spine*, 2001. 26(9): p. 1052-8.

Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *The Lancet* [Internet]. mars 2018 [cité 8 mai 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618304884>

Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet* [Internet]. mars 2018 [cité 8 mai 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361830480X>

Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *The Lancet* [Internet]. mars 2018 [cité 8 mai 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618307256>

Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet* [Internet]. mars 2018 [cité 8 mai 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618304896>

Tousignant-Laflamme Y, Martel MO, Joshi A, Cook C. Rehabilitation management of low back pain - it's time to pull it all together! *J Pain Res.* oct 2017;Volume 10:2373-85.

Blanpied, P. R., Gross, A. R., Elliott, J. M., Devaney, L. L., Clewley, D., Walton, D. M., ... & Boeglin, E. (2017). Neck pain: revision 2017: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(7), A1-A83.

Childs, M. J. D., Fritz, J. M., Piva, S. R., & Whitman, J. M. (2004). Proposal of a classification system for patients with neck pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 34(11), 686-700.

Fritz, J. M., & Brennan, G. P. (2007). Preliminary examination of a proposed treatment-based classification system for patients receiving physical therapy interventions for neck pain. *Physical therapy*, 87(5), 513-524.

Heintz, M. and Hegedus, E. (2008). Multimodal Management of Mechanical Neck Pain Using a Treatment Based Classification System. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 16(4), pp.217-224.

Sterling, M. (2004). A proposed new classification system for whiplash associated disorders—implications for assessment and management. *Manual Therapy*, 9(2), pp.60-70.

Décret n°2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé

Empirisme, scientisme, Evidence-Based Practice et pratique factuelle : où en êtes-vous ? Aude Quesnot *Kinésithér Scient* 2019,0605:01 - 05/01/2019

Médecine factuelle, pratique factuelle et indice de factualité 1.0 (i-FACT). Michel Gedda *Kinésithér Scient* 2018,0600:03-11 - 05/07/2018

The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. Mackey A1, Bassendowski S2. *J Prof Nurs*. 2017 Jan - Feb;33(1):51-55. doi: 10.1016/j.profnurs.2016.05.009. Epub 2016 May 18.

Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. Jean-Philippe Regnaud, Valérie Guay, Claire Marsal, *Kinésithérapie la Revue* Vol.9, n°94 p.55-61 (octobre 2009)

Boorman RS, More KD, Hollinshead RM, Wiley JP, What happens to patients when do not repair their cuff tears ? Five-year rotator cuff quality of life index outcomes following nonoperative treatment of patients with full-thickness rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Surg* 2018 ; 27 : 444-448

Hallgren HB, Holmgren T, Öberg B, Johansson K, Adolfsson L. A specific exercise strategy reduced the need for surgery in subacromial pain patients, 2014, *Br J Sports Med*, (48), 1431-1436

Marc T. Le C test, un nouvel indicateur pathomécanique et fonctionnel de prescription et de suivi de kinésithérapie. *Kinésithérapie Scientifique*, 2006;462:59-60.

Marc T, Gaudin T, Teissier P, Teissier J, Bonnel F. Examen clinique de l'épaule douloureuse. Dans *Sauramps Medical* (Eds) : Les muscles de l'épaule. Nouvelle anatomie - Biomécanique - Rééducation (2016), F. Bonnel & T. Marc, 155-64.

Marc T, Gaudin T, Teissier J, Bonnel F. Rééducation d'une épaule douloureuse : faire simple ou compliqué. *La revue du rhumatisme monographies* 2010;77:246-52.

[www.sfrm-gemmsor.fr](http://www.sfrm-gemmsor.fr)

D. Gerlac. Histoire de la Rééducation de la main en France. *Sauramps Médical*. 1999

D. Gerlac. Histoire de la Kinésithérapie de la main en France. Mémoire DIU de rééducation et appareillage de la main. 2001-2003

NRS : l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. [www.inrs.fr/demarche/atmp.html](http://www.inrs.fr/demarche/atmp.html)

G. Raimbeau. Livre Blanc. Les unités de chirurgie de la main en France, sous l'égide de la Société Française de Chirurgie de la Main. *La main* 1987 ; 15-22.

Joy C. MacDermid, BScPT, PhD. An Introduction to Evidence-based Practice for Hand Therapists. *Journal of Hand Therapy*; April June 2004; 105-117

<https://www.eurohandtherapy.org/hand-therapy/guidelines>

Grindem H, Snyder-Mackler L, Moksnes H, Engebretsen L, Risberg MA. Simple decision rules can reduce reinjury risk by 84% after ACL reconstruction: the Delaware-Oslo ACL cohort study. *Br J Sports Med*. 2016;50(13):804

van Melick N, van Cingel REH, Brooijmans F, Neeter C, van Tienen T, Hullegie W, et al. Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. Br J Sports Med. 2016;50(24):1506-15.

Rambaud AJM, Ardern CL, Thoreux P, Regnaud J-P, Edouard P. Criteria for return to running after anterior cruciate ligament reconstruction: a scoping review. Br J Sports Med. 2018; bjsports-2017-098602.

Rambaud AJM, Semay B, Samozino P, Morin J-B, Testa R, Philippot R, et al. Criteria for Return to Sport after Anterior Cruciate Ligament reconstruction with lower reinjury risk (CR'STAL study): protocol for a prospective observational study in France. BMJ Open. 2017;7(6):e015087.

Kyritsis P, Bahr R, Landreau P, Miladi R, Witvrouw E. Likelihood of ACL graft rupture: not meeting six clinical discharge criteria before return to sport is associated with a four times greater risk of rupture. Br J Sports Med. 2016;50(15):946-U84.

Culvenor A, Barton C. It is time to stop wasting time and money debating graft types and surgical approaches for ACL injuries: The secret probably lies in optimising rehabilitation - BJSM blog - <http://blogs.bmj.com/bjasm/2017/09/20/time-stop-wasting-time-money-debating-graft-types-surgical-approaches-acl-injuries-secret-probably-lies-optimising-rehabilitation/>

Solan.MC, Carne.A, Davies.M ; G Gastrocnemius shortening and heel pain. Foot Ankle Clin 2014 Dec;19(4):719-38.

Nawoczenski DA, Barske H, Tome J, Dawson LK, Zlotnicki JP, DiGiovanni BF; Isolated gastrocnemius recession for achilles tendinopathy: strength and functional outcomes. J Bone Joint Surg Am. 2015 Jan 21;97(2):99-105.

Jastifer JR, Marston J. Gastrocnemius Contracture in Patients With and Without Foot Pathology. Foot Ankle Int. 2016 Nov;37(11):1165-1170.

Barouk LS. The effect of gastrocnemius tightness on the pathogenesis of juvenile hallux valgus: a preliminary study. Foot Ankle Clin. 2014 Dec;19(4):807-22.

DiGiovanni CW1, Kuo R, Tejawani N, Price R, Hansen ST Jr, Cziernecki J, Sangeorzan BJ. Isolated gastrocnemius tightness. J Bone Joint Surg Am. 2002 Jun;84-A(6):962-70.

## **E – Grille d'évaluation des « pré-tests » et « post-tests »**

Cf. page suivante

**Expérience clinique avec la science grace à l'EBP**

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

*Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :*

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

*Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.*

<b>Mettez en synergie votre expérience clinique avec la science grace à l'EBP</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NC</b>
01 - Une valeur élevée de l'incidence pelvienne augmente le risque de prolapsus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - La pression d'un drainage manuel peut-elle atteindre 100 mmHg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Pour un patient porteur d'une BPCO, l'espérance de vie est-elle corrélée à la surface quadricipitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - La méthode CGE est basée sur le corpus de connaissances scientifiques actuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - L'une des principales mission du CMK est de contribuer à l'amélioration des processus de prise en charge, de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de la compétence ses professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NC</b>
06 - L'Evidence Based Medicine (médecine factuelle) et l'Evidence Based Practice (pratique factuelle) consistent uniquement en une approche uniquement scientifique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Après une reconstruction du ligament croisé antérieur, la décision de reprise des différentes étapes du retour au sport doit être essentiellement basée sur le critère de temps postopératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - L'expertise en rééducation est reconnue par les autorités de santé en France ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - L'intensité de la douleur ressentie par le patient est une information importante. Dans le cadre d'une douleur chronique, la diminution de l'intensité de cette douleur est le critère le plus important à évaluer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Le diagnostic biomedical du médecin ou du kiné est le point de depart de la classification par buts de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NC</b>
11 - L'EBP finit par éloigner le clinicien de la réalité du terrain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Est-ce une utopie d'intégrer les résultats de la recherche dans ma prise de décision clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Est-ce que la qualité des soins prodigués par le kinésithérapeute est corrélée à l'évaluation régulière de ses compétences au fil de sa vie professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - l'élément fondamental pour optimiser la rééducation après un AVC est l'intensité de l'entrainement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - La validation scientifique de ma technique de rééducation me suffit pour l'utiliser systématiquement dans la pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NC</b>
16 - le kinésithérapeute de terrain prenant en charge des patients atteints de troubles musculosquelettiques doit être capable de travailler seul ou collaborer avec les autres professions de santé, des ingénieurs ou des chercheurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Lors de votre activité libérale en EHPAD, chez un patient de 75 ans autonome ,faisant des chutes à répétition, est-il indispensable de faire un test de Fukuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>