fmt mag.com

Magazine trimestriel gratuit d'information
Diffusé à 38 000 exemplaires depuis 1979
36 558 exemplaires en diffusion numérique

Mars 2020 n°134

Contenus Professionnels et Scientifiques
Kinésithérapie • Paramédical • Forme • Bien-être

« *La Tecarthérapie Gymna, efficace dans le traitement des troubles* ***ostéo-articulaires*** *et du* **système nerveux périphérique** »

802.247 FR © GymnaUniphy 2020

powered by Fisiowarm

Gymna Care 300

Efficace

Athermie

5 Fréquences

Complet

Gymna Care 300 App

Accessoires

Sûr

Circuits basse tension

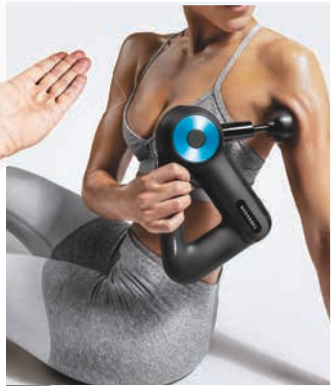
Revêtement d'électrode capacitif

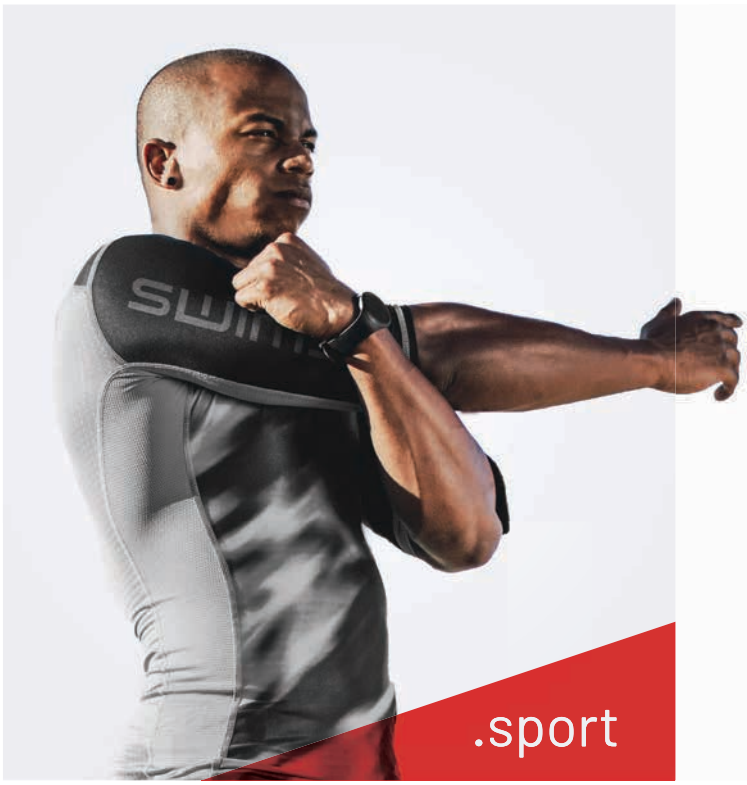
(publicité)

03 59 61 09 52 www.gymna.fr info@gymna.fr

gymna

SPÉCIALISTE DU
MATÉRIEL DE KINÉSITHÉRAPIE





SWIMS .store

885 av. du Docteur Lefebvre
06270 Villeneuve Loubet

+33 (0)4 83 66 16 66
contact@swims.team

www.swims.team
WWW.SWIMS.STORE

Rééduca

15.16.17 OCTOBRE 2020

PARIS EXPO PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 3

LA RÉÉDUCATION *en mouvement*

L'ÉVÉNEMENT DE LA RÉÉDUCATION
ET DE LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

Reed Expositions · Le blog Rééduca · salonreeduca.com

DUOLITH® SD1 T-TOP « ultra »

La nouvelle génération d'ondes de choc focales !

Les atouts :

- Travail efficace et silencieux
- Ciblage parfait de la zone à traiter
- Les éléments de commande intégrés à l'applicateur
- Profondeur de la zone focale : 0 – 65 mm
- Efficacité thérapeutique : profondeur de pénétration jusqu'à 125 mm
- Workshop proposé dans votre cabinet

Nouveau :

- Initiation à l'onde de choc focale
- Workshop personnalisé
- Accompagnement sur des traitements patients
- Durée : 1H à 1H30 suivant les pathologies choisies

STORZ MEDICAL

STORZ MEDICAL France SAS · 21 Rue Eugène Süe · 94700 Maisons-Alfort
Tél. 01 43 75 75 20 · info@storzmedical.fr · www.storzmedical.fr

DUOLITH® SD1 T-TOP « ultra »

La nouvelle génération d'ondes de choc focales !

Les atouts :

- Travail efficace et silencieux
- Ciblage parfait de la zone à traiter
- Les éléments de commande intégrés à l'applicateur
- Profondeur de la zone focale : 0 – 65 mm
- Efficacité thérapeutique : profondeur de pénétration jusqu'à 125 mm
- Workshop proposé dans votre cabinet

STORZ MEDICAL

STORZ MEDICAL France SAS · 21 Rue Eugène Süe · 94700 Maisons-Alfort
Tél. 01 43 75 75 20 · info@storzmedical.fr · www.storzmedical.fr

En campagne

Les sujets ne manquent pas (retraites, etc.) et les organisations syndicales se déplacent sur tous les fronts. Un engagement qui pousserait même à utiliser des termes guerriers : fronts, lutte, campagne… La dernière étude CMV Médiforce (lire en page 48) traduit parfaitement ce malaise que connaissent les kinésithérapeutes. Alors que la plupart des professions libérales de santé affichent un sourire au-dessus de la moyenne, les MK, toujours fiers de leur profession, se disent particulièrement méfiants : « J'ai un garçon et je ne lui conseillerai, ni ne l'encouragerai à devenir Kiné ! Il y a une grosse pression de la CPAM, les gens nous prennent pour des nantis alors que notre pouvoir d'achat ne fait que baisser. »
Un manque de considération clairement affiché par ces témoignages et que la FFMKR a également bien entendu. Là encore, pour la Fédération, il est question d'entrer en campagne pour donner à cette profession, la visibilité qu'elle mérite. La Fédération mène ainsi depuis la fin du mois de janvier une campagne de sensibilisation auprès du législatif afin de valoriser les multiples compétences des kinésithérapeutes en vue d'obtenir la reconnaissance et la place essentielle qu'ils revendiquent dans le parcours de soin.
Cette même fédération que nous avons rencontré, par le biais (et la voix) de son président, Sébastien Guérard. Un homme engagé depuis son entrée à l'école de kiné et qui a tooujours vécu en responsabilité. Il revient sur les chantiers, à court, moyen et long termes : décloisonnement ville/hôpital ; l'avenir du métier et la e-santé… Mais il se livre également sur un plan personnel (à lire en page 12).

L'avenir c'est deux mains !

Pascal Turbil

**MAGAZINE POUR LA RÉÉDUCATION, RÉADAPTATION ET LE FITNESS.
RÉSERVÉ AU CORPS MÉDICAL, PARAMÉDICAL ET AUX PROFESSIONNELS DU SPORT.**

Directeur de la Publication
Michel FILZI

Responsable de Rédaction
S.A.S. So Com - Pascal TURBIL
info@socom.agency

Comité de Rédaction
M. Chapotte - B. Faupin - F. Thiebault - P. Turbil - J-P. Zana

Publicité
Pierre BONNEFOI
pierre.bonnefoi@reedexpo.fr
01 47 56 67 06

Maquette
Marie Poulizac pour So Com

Éditeur
REED EXPOSITIONS FRANCE
52-54 Quai de Dion-Bouton
CS 80001 - 92806 Puteaux cedex

Diffusion
38 000 exemplaires
Imprimé par ROTO CHAMPAGNE

Revue éditée par Reed Expositions France.
Tous droits de reproduction, textes et illustrations même partiels restent soumis à l'accord préalable de son directeur de publication…
Les opinions ou les prises de position exprimées dans les rédactionnels n'engagent que la seule responsabilité des auteurs.
Les manuscrits insérés ne sont pas rendus.

IMPRIM'VERT®

Prix : 2,29 euros ISSN 1778-915X

Les informations personnelles recueillies sur ce formulaire sont recueillies sur la base de l'intérêt légitime et sont enregistrées, dans un fichier informatisé, par Reed Expositions France (52 Quai de Dion Bouton, 92800 Puteaux). Elles sont nécessaires à l'envoi de la newsletter du salon et seront traitées conformément à la Politique de Confidentialité de Reed Expositions France.
Les données à caractère personnel à fournir de manière obligatoire sont indiquées comme telle sur le formulaire. Sans ces données, notre société ne sera pas en mesure de satisfaire votre demande.
Ces informations personnelles sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour vous fournir le Service commandé et répondre à vos demandes.

Conformément au Règlement Européen pour la protection des données personnelles (UE) 2016/679 – RGPD et autres loi de protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, d'effacement et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en cliquant sur le lien https://app.onetrust.com/app/#/webform/0c3a1ef7-191f-4781-af27-a22efb1eb768

FERROX®
NOUVEAU

PICASSO SUITE

Picasso "Suite" s'adapte au patient.

Assis, tête en déclive, buste en proclive, décubitus ventral ou dorsal: la tête du patient reste toujours du même coté de la table.

FERROX®
DEPUIS 50 ANS, DES OUTILS POUR LE KINÉ.

www.ferrox.it
info@ferrox.it
+39 0438 777099

CONTACTEZ VOTRE REVENDEUR DE CONFIANCE!

> N° 134 Mars – Avril – Mai 2020

ACTUALITÉS

C'est vous qui le dites
Votre espace de libre expression 8

Alcimed
La mutation du système de santé français 16

Libheros
Une start-up pour organiser ses soins à domicile 22

Nutrinews
Les informations de l'alimentation et de la nutrition 24

Nutrition
Véganisme et végétarisme 28

Kinés du Monde
Retour d'expérience au Cameroun 36

Musée
Physiomuséum, la mémoire de demain 44

Livres
L'île lettrée 66

RENCONTRES

Interview
Sébastien Guérard, président de la FFMKR 12

Saga
Ces hommes qui ont fait l'histoire de la kinésithérapie 30

EXPERTISE

Chronique
Le point de vue éclairé de Jean-Pierre Zana 10

Prescription
Le sport sur ordonnance 32

Formation
La thérapie manuelle 64

Savoirs
Effets d'un programme d'autogestion de la douleur chronique en contexte réel de pratique 56

ÉTUDES

Enquête
L'expérience patient 46

CMV Médiforce
8e édition de l'Observatoire des professionnels libéraux de santé

TECHNIQUES & MATÉRIELS

Allcare Innovations
Un plancher pelvien fort et en bonne santé 20

Swims
4 sociétés françaises du secteur de la santé unies 27

Atelle IGLOO@
Apport de la cryothérapie compressive 28

Alt'Urgences
Une appli pour toutes les spécialités médicales 45

RENCONTRE p.12

Le nouveau président de la FFMKR n'a pas attendu d'être élu pour défendre les intérêts des masseurs kinésithérapeutes. Aussi loin qu'il se souvienne, il a toujours été engagé. Portrait d'un homme et d'un kinésithérapeute qui travaille sur tous les fronts. <<<

p. 40

PSYKINESIS

Jean-Pierre Zana lance un grand dossier sur la kinésithérapie de demain, qui permettra à nos lecteurs d'enrichir leurs pratiques professionnelles d'une approche plus globale de leur patientèle en forte demande en ces temps où la morosité sociale rend le quotidien difficile tant d'un point de vue physique que psychique. >>>

ETUDE p. 48

Dans 8e édition l'Observatoire des professionnels libéraux de santé prend le pouls des « libéraux » et notamment des kinésithérapeutes, qui dans une ambiance générale plutôt bonne, demeurent particulièrement prudents. Manque de reconnaissance, charge de travail, revenus en baisse. Tout ne semble pas si rose… <<<

p. 64

FORMATION

La Thérapie manuelle ? C'est autre chose que la manipulation ! La Thérapie Manuelle Orthopédique a été définie, en 2004, par l'IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists) comme étant « une spécialisation de la kinésithérapie pour la prise en charge des troubles neuro-musculo-squelettiques (NMS) basée sur un raisonnement clinique et utilisant des approches thérapeutiques hautement spécifiques incluant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques. » >>>

fmt mag.com

Abonnement

Pour recevoir gratuitement FMT Mag, merci de nous faire parvenir votre demande par e-mail à : pierre.bonnefoi@reedexpo.fr, ou inscrivez vous en ligne **www.salonreeduca.com** - Rubrique FMT Mag

Indiquer vos coordonnées complètes : Nom, Prénom, société, adresse postale et e-mail si vous souhaitez également recevoir les e-letters.

L'AVENIR DE VOS
SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES

Tecar • Cryo • Teslathérapie • Compression • Laser • Réathlétisation

SWIMS®

885 av. du Docteur Lefebvre, 06270 Villeneuve Loubet | +33 (0)4 83 66 16 66 | contact@swims.team | www.swims.team | www.swims.store

C'est vous qui le dites

Vous êtes masseur-kinésithérapeute, ou plus largement professionnel de santé, FMT pour ouvre ses colonnes pour vous exprimer, dès lors que vos propos alimentent, ouvrent ou font progresser les sujets d'actualité, débats…

Transparence et opacité

Le verre est transparent. Mais il peut être opaque. Ces qualités existent, mais sur des pièces différentes.

Qu'en est-il de l'être humain ? Est-il prêt à devenir transparent ou préfère-t-il se rendre opaque ?

Si l'on veut être transparent, passer inaperçu, à la limite ne pas exister, il faut rester chez soi et ne pas communiquer. Cet isolement volontaire a des limites car nous sommes faits pour vivre en société.

Pour autant, cette dernière, ne nous incite-t-elle pas à la transparence ?

Le Dossier Médical Partagé (DMP) permet de rendre plus fluide le parcours de soins de sorte que le patient qui consulte un généraliste, un spécialiste, un hospitalier, d'autres professionnels de santé, en proximité ou en éloignement, bénéficie du déroulé de la pathologie avec les examens complémentaires, n'obligeant pas les praticiens à en réaliser de nouveaux.

Dès lors, le cheminement est clair et l'historique à la portée de tous les opérateurs rendant le patient accessible, mais aussi transparent. Encore faut-il que ce dernier accepte de renseigner le dossier. S'il en décide autrement, en mettant de l'opacité dans son parcours, n'en révélant qu'une partie, le DMP perd de son utilité et lui une chance de prise en charge optimale.

Les réseaux sociaux, Google, Apple, Faceboock, Amazon nous épient en permanence à notre insu. Ils collectent nos données dès que nous commandons un objet ou un service, nous nous déplaçons, ou postons une information. Toutes ces datas prélevées, plus ou moins volontairement, nous rendent transparents.

On préfère voir ce qu'on boit dans la transparence du verre. Cependant, on apprécie qu'une certaine opacité protège notre intimité, tout en avouant le besoin d'existence dans l'œil de l'autre, les likes, et surtout à travers les compétences du praticien avec lequel il convient de jouer franc-jeu pour sortir de la pathologie et retrouver la santé.

Pour éviter que la transparence nous « tyrannise », irons-nous jusqu'à faire l'éloge de l'opacité ? Qu'en pensez-vous ?

Bonnes pratiques professionnelles et recommandations

La Haute Autorité de Santé (HAS) établit des recommandations de bonnes pratiques à partir des données de la science pour aider les professionnels à dispenser les meilleurs soins aux patients.

Le constat n'est pas satisfaisant. Les recommandations sont appliquées à leur parution, mais insuffisamment suivies dans le temps : les habitudes reviennent, l'expérience régule la pratique et le patient fait ses choix.

Afin d'améliorer l'impact des recommandations et par conséquent de le mesurer, l'HAS se dote d'une commission spéciale nommée tout naturellement « Commission impact des recommandations ».

Il s'agit de lister les indicateurs d'évaluation des résultats afin de comprendre les éléments de non-appropriation. Pour ce faire, la commission se compose de membres issus de quatre univers différents : modificateurs de comportement, réseaux sociaux, bases de données, sanitaire et social.

Les travaux de l'HAS demandent une importante dépense d'énergie tant la matière médicale est conséquente. Les recommandations nécessitent une mise à jour constante en fonction des résultats de la recherche ou de la prégnance des sujets sociaux comme celui des violences faites aux femmes.

Ce qui limite l'application des recommandations, c'est entre autres l'utilisation qui en est faite par l'Assurance Maladie. On se souvient des référentiels et des conséquences inattendues sur le traitement du canal carpien. Au prétexte d'une absence de littérature, il n'y eu pas de prise en charge.

Ce réflexe économique est aux antipodes de la pratique et pénalise les patients ne pouvant ainsi bénéficier d'une prise en charge satisfaisante. Mais ces faits renvoient à la profession sa carence de production écrite. Il est donc essentiel que nos champs de compétences obéissent au protocole scientifique.

Beaucoup est déjà fait. Mais il reste encore davantage à faire. La recherche, dans le parcours universitaire qui est désormais le nôtre s'emparera-t-elle du sujet ?

Bernard Gauthier
(Espace Ethique IDF. Hôpital Saint-Louis)

Connaissez-vous l'ANGAK ?

1ère Association de Gestion Agréée des Kinésithérapeutes

33 000 Adhérents

. Sa Cotisation à 195 € ttc

. Cotisation minorée : 89 €

la 1ère année de votre activité libérale

. Et si vous êtes éligible au Micro BNC * : 40 €

Avantages de l'adhésion à l'Angak pour le Micro BNC :

A votre service une aide comptable, juridique et fiscale
Des formations gratuites d'initiation à la comptabilité
Une information juridique et fiscale par l'Infomail et l'Eco gestion
Un logiciel de comptabilité gratuit Compta Expert
Un guide de Comptabilité et fiscalité
La disponibilité de toute une équipe à votre service

Aide Technique à la Gestion

Etude personnalisée de vos demandes : juridique@angak.com

Renseignez-vous au : 05 61 99 52 10
ou sur www.angak.com

* Conditions d'éligibilité au régime Micro BNC sur notre site

+ Par Jean-Pierre ZANA, Moniteur Cadre en Masso-Kinésithérapie (MCMK)

La kinésithérapie de demain, la kinésithérapie à deux mains

Dans l'enseignement actuel des sciences médicales et paramédicales, on constate que le malade n'est pas considéré dans sa globalité mais essentiellement dans sa dimension biologique. Le milieu dans lequel le patient vit, travaille, se socialise, influe sur sa santé et peut compliquer ses pathologies. Ce lien possible entre symptômes et environnement est insuffisamment pris en compte dans les formations initiales. Lorsque cet environnement comporte des risques mesurables et observables, la connaissance de niveaux d'exposition standardisés aide le praticien à mettre en œuvre des démarches préventives. Quand il s'agit d'expositions aux "risques" plus difficilement quantifiables tels que les risques psychosociaux ou les troubles psychopathologiques, ces praticiens se trouvent démunis par leur instruction insuffisante. Quant au malade, sa formation générale et sa formation professionnelle ne le conduisent pas non plus, à découvrir "l'Auto-conscience" de Soi (dualité esprit-corps) qui lui permettrait de reconnaître son environnement (naturel, construit, social) et l'impact de ce dernier sur sa santé. **Depuis Descartes, l'être humain est scindé en deux grands territoires : esprit et corps.** Cette division a déterminé, en bonne partie, la conception moderne du travail. En effet, le travail intellectuel est surévalué et perçu séparément du corps de la personne pensante. Aujourd'hui le travail intellectuel est prioritaire pour augmenter la productivité et faire progresser l'innovation technologique. Le travail physique est dévalorisé. Cette conviction a fait perdre tout le sens du travail et de la dimension sociale dans lequel il est inséré. Certaines des conséquences multiples de cette aliénation de l'homme par le travail qui implique l'absence de perception de l'ensemble de soi-même (esprit-corps) et de ses liens avec le milieu environnant, sont mises en évidence dans l'accroissement des désordres psycho-socio-corporels humains de la fin du XX^{ème} siècle et du début de ce siècle. Au point que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a dédié toute l'année 2002 à la promotion du mouvement et le 7 avril 2002 Journée Mondiale de la Santé, a commencé la campagne en faveur du Mouvement ayant pour devise "Pour ta santé, bouges-toi !". Bouger, réduit le risque de développement de maladies (cardiaques, diabète, cancer du côlon, douleurs lombaires…), diminue le stress, l'anxiété, la dépression et favorise l'interaction et l'intégration sociale. **Les outils les plus communément fournis tels que le sport,** l'échauffement ou l'étirement suffisent-ils à la redécouverte de son corps ?

Historiquement, les techniques thérapeutiques sur le corps, dans les maladies mentales, sont nées de manière empirique. La théorisation est survenue postérieurement. Mais l'évolution ne s'est pas faite de façon linéaire. Dans les années 50, P. Sivadon et ses collaborateurs utilisent les thérapies à médiation corporelles, à partir des expériences de Ville-Evrard et de la Verrière. De façon contemporaine, un effort de conceptualisation actualise en différents courants les rapports du corps et du psychisme ; des techniques spécifiques sont individualisées, à partir d'une théorisation sur la place du corps dans les maladies mentales. Alors que les pionniers de la psychiatrie moderne du XIX^{ème} siècle attachent une grande importance aux méthodes physio et hydrothérapiques, une désaffection progressive a touché ces techniques dans la première moitié du XX^{ème} siècle. Dans les années 80, avec l'apparition d'une nouvelle discipline, la médecine comportementale qui apporte des supports théoriques substantiels pour mieux comprendre la maladie psychosomatique, la mode des médecines douces et de leurs gymnastiques a pris de l'importance dans les traitements. Ces pratiques globales doivent favoriser une appropriation par le sujet de son état de santé, d'une prise de conscience des limites et des possibilités du corps sans ignorer l'environnement personnel et professionnel. Les décrets qui régissent la pratique de la kinésithérapie ont toujours mentionné la relaxation comme une technique du champ de compétence des kinésithérapeutes mais l'acte n'a jamais eu de codification propre, ce qui explique l'intérêt limité des professionnels libéraux et salariés pour ces techniques. Il en est de même dans les formations initiales où très peu d'heures optionnelles sont consacrées à la pratique de ces techniques. Alors qu'aujourd'hui, le "psychosocial" occupe l'espace médiatique et perturbe la médecine traditionnelle, ces techniques qui articulent le biologique et le psychologique en un tout cohérent devraient retrouver leur place dans l'arsenal thérapeutique des kinésithérapeutes. C'est la raison pour laquelle dans mon nouveau job « d'influenceur de santé » il m'a semblé utile aux jeunes générations et aux futures générations de renforcer la sensibilisation que vous avez reçu en termes de connaissances en psychologie pour que vous puissiez être demain des psykinesis capable d'écouter leur patient dans leur globalité et de construire avec eux un projet thérapeutique en cohérence avec cet axiome qu'un de mes maîtres, Patrick Michaud, nous rappelait face à nos doutes. Si nous reconnaissons que tout individu est une entité psychosomatique alors, toute pathologie est probablement psychosomatique… En effet, peut-on dissocier le soma du psychisme et inversement chez nos patients ? Il n'existe pas une dualité corps-esprit comme la pensée ou la culture judéo-chrétienne, dont nous sommes issus, tend à nous le faire croire, mais une duité c'est-à-dire une impossibilité à séparer le corps et l'esprit. Il n'y a pas de corps sans esprit, ni d'esprit sans corps. Dans le TAO et l'Acupuncture, l'unité corps–esprit est bien définie : la médecine chinoise parle d'énergie YIN et YANG, l'une influant sur l'autre sans jamais être séparée.

La vie affective s'exprime de manière importante dans le corps. Des facteurs émotionnels aigus ou qui se prolongent, provoquent ou entretiennent des troubles somatiques divers parmi lesquels on peut citer : les comportements à expression somatique ; les troubles fonctionnels viscéraux ; les maladies organiques. Je suis heureux de rouvrir une page de histoire professionnelle et de profiter de FMTmag pour sensibiliser mes collègues et futurs collègues kinésithérapeutes.

LASER À HAUTE INTENSITÉ & ROBOTIC SCANNING SYSTEM

TECHNOLOGIE DE NOUVELLE GÉNÉRATION

ONDES DE CHOC FOCAL

UNE NOUVELLE FORMULE POUR LA DOULEUR CHRONIQUE

THÉRAPIE PERSONNALISÉE **AUTO SCAN**

PUISSANCE JUSQU'A **30W**

PROCÉDURE **SANS OPÉRATEUR**

TECHNOLOGIE ÉLECTROACOUSTIQUE **BREVETÉE**

3 MILLIONS DE CHOCS GARANTIE

LA FRÉQUENCE LA **PLUS ÉLEVÉE** DU MARCHÉ

WWW.BTLMED.FR | INFO@BTLMED.FR | 09.63.26.31.82

+ Par Pascal Turbil

Sébastien Guérard
Un engagé de la première heure

Sébastien Guérard

Le nouveau président de la FFMKR n'a pas attendu d'être élu pour défendre les intérêts des masseurs kinésithérapeutes. Aussi loin qu'il se souvienne, il a toujours été engagé.

À l'issue du 56e congrès de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) à Cayenne (Guyane), le conseil fédéral a élu son nouveau président : Sébastien Guérard. Un jeune président (40 ans), déjà parfaitement familier des arcanes des organisations professionnelles, puisqu'il est engagé depuis ses années d'école : « *J'ai la fibre de l'organisation depuis ma première année à l'école de kinés à Rouen, sans forcément identifier qu'il s'agissait de syndicalisme. En première année, je participais à toutes les organisations possibles, si bien que l'année suivante j'étais élu président du BDE. Mais je dois l'évolution vers les organisations professionnelles à mon professeur de déontologie, Conseiller Fédéral à l'époque. J'ai fait partie de la génération qui a créé la FNEK (Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie)… Puis très vite je suis parti m'installer dans les Pyrénées orientales où j'ai constaté l'absence de la FFMKR. Avec mes deux acolytes, Jean-Paul Carcy et Olivier Plisson, nous nous y sommes attelés. Et en 2003/2004, nous avons créé, à 4 kinés, un bureau. Il compte aujourd'hui 90 adhérents. En 2006, nous avons accompagné la création de l'Ordre dans notre département. En 2009, je suis contacté pour m'engager au plan régional (URPS), je suis tête de liste et je gagne. L'année suivante je suis élu trésorier de l'URPS et conseiller fédéral.* » C'est ainsi qu'à seulement 30 ans, Sébastien Guérard pousse la porte des instances nationales. En 2013, il est élu secrétaire général à l'exercice. Il devient Premier Secrétaire Général en 2015 et il se présente à la présidence de la FFMKR en 2017, pour échouer à 3 voix près : *« Tout s'est toujours fait naturellement. Je n'ai jamais rien demandé, ni forcé. En 2017 j'ai eu le sentiment que c'était le bon moment pour y aller. L'engagement*

Sébastien Gérard à Cayenne (Guyane), lors du 56e Congrès de la FFMKR

syndical est chronophage et épuisant, je me suis dit, si je n'y vais maintenant que je suis en pleine forme, il sera trop tard. » Il n'empêche, la fougue, l'envie et la jeunesse ne suffisent pas à l'époque pour le faire élire : *« Je perds à 3 voix. Fidèle à ce que je m'étais dit, j'ai voulu partir. Et puis, mes proches m'ont retenu et je suis resté. »* Bonne idée, puisqu'il est élu trois ans plus tard. A 40 ans, ce jeune président peut donc mettre son énergie au service de sa profession. Une énergie qui peut parfois bousculer les habitudes : *« Nous avions un syndicat qui n'était plus en adéquation avec la base. Notre vivier, c'est les jeunes. Il faut comprendre leurs aspirations et la manière dont ils travaillent. Nous ne deviendrons attractifs qu'à ce prix. »* Et Sébastien Guérard enfonce le clou en prenant volontairement un exemple qui fâche, le tiers payant : *« La fédération s'est battue à juste titre contre le principe tiers payant généralisé dès le début. Nous sommes vent debout contre l'idée. Mais la réalité, c'est que les jeunes kinés fonctionnent avec à plus de 70%. Comment pouvons-nous gérer ce grand écart ? Ce qui est certain, c'est qu'il faut impérativement comprendre pourquoi 90% des kinés sont sourds à nos messages. »* Pour Sébastien Guérard, la réponse tient principalement en deux points : *« D'abord, ils pensent disposer de la bonne information. Pourquoi s'en remettre à un syndicat pour s'informer si tout est déjà disponible sur les réseaux sociaux ? La deuxième raison est qu'ils sont fatigués de voir les organisations professionnelles se tirer dans les pattes. C'est pourquoi, il n'est plus question de dénigrer le voisin. La FFMKR propose ce qu'elle a à proposer, sans se préoccuper de ce qu'il se passe à côté tout en respectant les autres propositions et les autres cultures, y compris si ce n'est pas notre vision. Car tous les autres représentants syndicaux sont comme nous. Ils travaillent et s'engagent pour leur profession. Et il faut les respecter. La guerre civile, c'est ce qu'il y a de pire pour avancer. »*

Une vision globale, presque fédératrice : *« A la FFMKR nous ne parlons d'ailleurs plus de syndicat, mais d'organisation professionnelle et de fédération. Nous sommes une fédération et sa fonction est de « fédérer ». Chacun à sa place, chacun dans son rôle, en respectant le travail de tous. L'Ordre pour faire respecter la réglementation. Les syndicats, avec leurs idées respectives, pour faire progresser et avancer la kinésithérapie. »*

et puisque chacun doit rester à sa place pour être efficace, Sébastien Gérard, commence par s'appliquer la règle : *« On ne peut pas tout faire. Depuis que je suis élu à la présidence de la FFMKR je démissionne, au fur et à me mesure, de mes autres mandats exclusifs. J'ai ainsi abandonné la présidence du CMK et je quitte les autres AG par AG. »* C'est le prix à payer pour demeurer efficace dans sa fonction, sans abandonner le terrain (son cabinet), ni sa famille : une épouse et 5 enfants : *« C'est vrai que les semaines sont intenses. Je suis généralement à Paris du mardi au jeudi, parfois davantage en fonction du calendrier fédéral. Et j'exerce le reste du temps à Saint-Nazaire en Roussillon (Pyrénées-Orientales). Pas question de me couper de mon métier. Se déconnecter de la*

+ Par Pascal Turbil

réalité serait prendre le risque de ne plus être pertinent dans nos propositions… » Mais le président nuance : *« Même s'il y a un vrai intérêt à avoir un président à plein temps, eu égard à la charge de travail que la fonction suppose. Mais attention, il faudrait limiter cela dans le temps (3 ans) et ne pas être dépendant du poste. »* Aujourd'hui ce n'est pas le cas et Sébastien Guérard jongle avec les trains et les avions pour mener ses activités de front : *« Ce que je fais ne m'est permis que parce que mon épouse, également kinésithérapeute, est associée à notre cabinet de 6 collaborateurs et surtout qu'elle comprend et supporte mon engagement.»*

C'est aussi par étapes que Sébastien Guérard envisage les actions à mener par la FFMKR : *« Il y a trois grands segments : le court, le moyen et le long terme. A court terme, nous travaillons sur les retraites. C'est le dossier chaud. D'un côté, les syndicats minoritaires envoient un message radical. Tandis que notre côté, nous sommes davantage pour le dialogue à la table des négociations. Le sujet des recommandations autour de la bronchiolite nous a occupé cet hiver et ce n'est pas terminé. Et puis il y a la réforme de la nomenclature de l'assurance maladie et la dématérialisation des dossiers…*

A moyen terme, il s'agit d'accompagner le positionnement des kinésithérapeutes dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La fédération s'engage également dans une démarche de qualité des soins.

Nous devons revoir la question des pratiques avancées et des spécificités d'exercices qui, selon moi, ne sont pas satisfaisantes aujourd'hui. Il faut avancer sur le décloisonnement ville/hôpital. Et être force de propositions face aux institutions, comme apporter une dose de libéral à l'hôpital. Et puis, il faut rapidement intégrer la profession dans la e-santé.

A long terme, il va s'agir de définir une politique fédérale, avec comme grande question : que veut-on faire de notre métier dans les deux décennies qui arrivent ? C'est le congrès qui en décidera. Il s'agit de grandes orientations qui serviront aux bureaux suivants.

Nous travaillons sur la place du kiné, en termes de compétences, alors que le monde et la Santé ne cessent d'évoluer.»

LE BUREAU
Sébastien Guérard : Président
Yann Chapotton : Vice-président
Laurent Rousseau : Premier secrétaire général,
Christian Chatry : Trésorier (poste déjà occupé de 2015 à 2017)

LES GRANDES DATES DE SÉBASTIEN GUÉRARD
Adhérent FFMKR depuis 2003, date de sa sortie de l'institut de formation de Rouen (Seine-Maritime).
Membre du conseil fédéral de la FFMKR depuis 2010.
Premier secrétaire général de 2015 à 2017.
Président du Collège de la masso-kinésithérapie de 2017 à 2019.
Formateur à l'institut national de la kinésithérapie depuis 2013.

Franco&Fils

CONCEPTION & FABRICATION D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

ZONE INDUSTRIELLE | RN7 | 58320 POUGUES-LES-EAUX
TÉL. : 03 86 68 83 22 | FAX : 03 86 68 55 95
E-MAIL : INFO@FRANCOFILS.COM | SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

Développement de filières de soins territoriales : la mutation attendue du système de santé français

Alcimed, société de conseil en innovation et développement de nouveaux marchés présente sa vision des enjeux en cours et les outils déployés pour favoriser la structuration de l'offre de proximité, premier recours à un parcours de santé fluide.

Soigner en Ile-de-France

Un système de santé sous tension

Vieillissement de la population, augmentation des affections de longue durée, évolution des attentes professionnelles, tensions hospitalières, déserts médicaux, contraintes budgétaires… Les défis d'aujourd'hui en matière de santé sont bien connus et inquiètent légitimement soignants, citoyens et décideurs.

Or, ces mêmes enjeux ont parfois tendance à masquer les réussites du système de santé français : on vit aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé qu'il y a trente ans, et avec une prise en charge financière des soins qui reste l'une des plus performantes au monde ; la dépense de santé par habitant en France est supérieure à la moyenne de l'OCDE (4600 dollars contre 4003 dollars), mais inférieure à la Grande Bretagne, l'Allemagne ou les Etats-Unis, avec un reste à charge moyen parmi les plus faibles au monde (380 euros PPA, contre 880 euros aux Etats-Unis, 1870 euros en Suisse ou 720 euros en Norvège).

Dans ce contexte, deux leviers impactent aujourd'hui le système : les révolutions en cours en matière de numérique, d'imagerie, de télémédecine et d'Intelligence Artificielle et la réorganisation des filières de soins territoriales. Quels enjeux et perspectives pour ce monde de la santé résilient ?

L'enjeu de coordination intersectorielle et pluridisciplinaire au sein du premier recours

Médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens…, Ces professionnels de santé sont les premiers partenaires des Français pour les accompagner dans le maintien de leur bonne santé, et contribuer ainsi à la réalisation de leurs projets de vie. Pour bien soutenir et prendre en charge, par exemple, une personne âgée isolée souffrant de troubles neurologiques ou une famille accompagnant un enfant souffrant

Renforcement musculaire **SPORT-SANTÉ** Stimulations cognitives
Arthrose Équilibre Coordination motrice Drainage
RÉÉDUCATION Gériatrie **CICATRICES** Mobilité
Parkinson Traumatologie Orthopédie
Récupération articulaire **MAL DE DOS**
BRÛLURES Lombalgie Hémiplégie Ostéodynamie Fibromyalgie
Œdème Souplesse
Posture **OBÉSITÉ** SEP **POST-OPÉRATOIRE** AVC
Transfert des appuis Reprogrammation neuro-motrice Scolioses

allcare INNOVATIONS

Solutions de soins par le massage et le mouvement

KYSIO
Contrôle & biofeedback

imoove
Mouvement élisphérique 3D

icoone
Micro stimulation cellulaire

Une gamme de solutions sur-mesure et évolutives adaptées à votre pratique quotidienne

04 75 25 00 55
contact@allcare-in.com
allcare-in.com

Le numérique au service de la santé. Photo MACSF

d'une maladie rare, ces soignants ont besoin de temps pour coordonner leurs interventions. Ils ont aussi besoin d'une très bonne visibilité sur l'offre de prise en charge sociale, médico-sociale et sanitaire autour d'eux et de pouvoir échanger rapidement et efficacement avec les professionnels exerçant dans ces secteurs. Des besoins pas si évidents à satisfaire, dans un moment où chaque strate du système de santé apparaît sous tension.

Comment dès lors est-il possible de favoriser des coopérations souples et fluides ? Grâce aux nouvelles technologies qui apportent des gains de temps et de qualité de soins supplémentaires, des réponses concrètes existent aujourd'hui : ainsi, une prise de cliché d'une plaie d'un patient réalisée par une infirmière à domicile offre la possibilité, dans un système de télémédecine performant, de bénéficier rapidement de l'avis d'un spécialiste.

Des partenariats travaillés et renforcés entre les professionnels de ville et les établissements de santé permettent d'obtenir plus rapidement des rendez-vous pour des diagnostics complémentaires ou des soins techniques lourds, réduisant ainsi le besoin d'hospitalisation en urgence ou au long cours. Enfin, le développement de nouveaux métiers, dans l'ingénierie et le soutien administratif, aide les professionnels de santé à retrouver du « temps de travail » disponible pour leur cœur de métier : soigner leurs patients.

De nouveaux outils institutionnels pour structurer une filière

Le plan « Ma Santé 2022 », décliné dans la loi de Santé de juillet 2019, renforce plusieurs leviers de transformation des soins primaires. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) font partie de ces outils clés pour favoriser une évolution de l'offre de soins primaires et une interconnexion avec les acteurs des soins du secondaire, du tertiaire, du social et médicosocial.

Les CPTS regroupent des professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Des missions socles (accès aux soins, parcours de soins, prévention) et optionnelles (qualité des soins, accueil et formation des professionnels), ainsi qu'un modèle financier ont été définis dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel conclu le 20 juin 2019 entre les représentants des professionnels de santé libéraux et l'Assurance Maladie (ACI entré en vigueur le 21 août 2019).

Marie Sophie Ferreira, Responsable de mission en Politiques Publiques de Santé au sein d'Alcimed commente : *« Les moyens délégués aux professionnels de santé leur permettront de s'équiper en outils de coordination (agenda partagé, répertoire des ressources), en outils numériques, d'indemniser leurs temps de travail sur des projets de soins coordonnés mais aussi de développer des démarches de type groupe qualité ou de recruter des assistants administratifs ou des chargés d'ingénierie. »*

Ces CPTS pourront donc s'organiser « à façon » pour garantir un accès aux soins primaires des citoyens et aider les professionnels des soins primaires à s'interconnecter plus efficacement. L'accompagnement des professionnels de santé devra donc répondre à une double exigence : d'une part, le maintien d'une grande souplesse dans la définition et l'animation d'organisation des soins territoriaux ; d'autre part, l'identification d'outils structurants communs à différents acteurs du système de santé, dont les standards actuellement diffusés ou en prospective à l'échelle nationale (DMP, messagerie sécurisée, PPCS).

Les DAC, créés par la loi relative à l'Organisation et la Transformation du Système de Santé (OTSS), ont pour objectif d'apporter un soutien pour la prise en charge de patients en situations complexes. Les professionnels de santé sont, de fait, souvent confrontés à des patients présentant plusieurs pathologies et présentant également des fragilités psychosociales. La stratégie de soins à engager pour le rétablissement du patient ou son accompagnement dans le cadre d'une pathologie chronique ou d'un handicap nécessite alors une coordination avec des professionnels du médico-social et du social. Cette coordination exigeante d'un large cercle de soins ne peut être menée par les seuls professionnels de santé, faute de temps de travail disponible mais également de connaissances fines des dispositifs sociaux et médico-sociaux, connaissances qui ne relèvent pas de leurs champs d'expertise. Les DAC ont pour mission de seconder et d'épauler les acteurs du soin de proximité dans ces prises en charge complexes, via le recours à des

www.ecopostural.fr

conception et fabrication depuis 1996

salariés formés au case management, aux outils de coordination, et bénéficiant d'une bonne visibilité sur l'offre environnante. Les DAC pourront aussi accompagner les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux dans la préparation des retours à domicile.

« Les DAC sont appelés à se constituer sur un noyau initial composé des actuels réseaux et dispositifs de type MAIA, pour une clarification et une meilleure visibilité de l'offre en coordination d'appui. L'accompagnement à la création des DAC nécessite la mobilisation de plusieurs compétences, relevant du champ de la santé publique, du management des organisations et des ressources humaines » précise Marie Sophie Ferreira.

Des territoires mis au défis pour la bonne implémentation de ces outils

Au sein d'une même région, d'un département à l'autre, d'un bassin de vie à l'autre, les schémas de coopération seront sûrement différents, selon l'offre locale et la demande de soins : zone rurale ou urbaine, présence ou non d'un centre hospitalier sur le territoire, nombre d'EHPAD, poids de la démographie médicale, participation à un programme expérimentale type Paerpa ou non, etc. Il existera cependant quelques invariants, comme les protocoles de transmission de l'information entre professionnels.

Pour Alcimed, la réussite de ces nouvelles organisations territoriales reposera dans la capacité des acteurs du système de santé à :

- S'appuyer sur le professionnalisme et l'agilité de la médecine de ville et de ses compétences dans le développement des parcours de soins « à façon » au bénéfice des patients.
- Créer des dispositifs qui permettent de travailler plus efficacement avec des organisations plus normées entre le soin, le médico-social et le social, proposant des équipements et rayonnant sur de plus larges superficies territoriales.

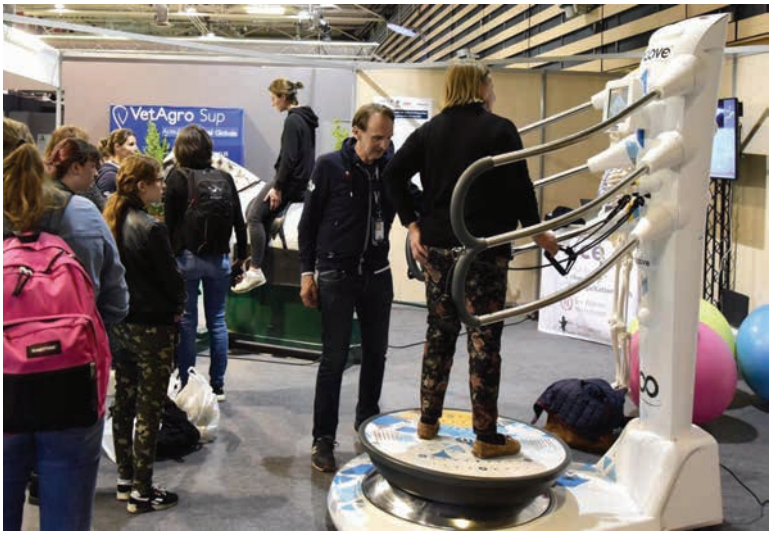
Les Agences Régionales de Santé sont mandatées pour piloter les stratégies régionales de transformation des soins primaires. La mise en œuvre reviendra aux soignants eux-mêmes, avec le soutien des ARS, de l'Assurance Maladie, des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et des fédérations hospitalières et médicosociales. Alcimed travaille depuis plusieurs années à mettre à leurs dispositions ses compétences pour aider à définir des schémas de coopération fluides, souples et structurés. *« Nous veillons dans notre accompagnement à nous positionner en médiateur entre acteurs de différentes cultures professionnelles et entre tutelles et opérationnels, pour faire avancer de véritables projets communs, porteurs de sens pour les professionnels et la société dans son ensemble. »* conclut Marie Sophie Ferreira.

Les nouvelles technologies qui apportent des gains de temps et de qualité de soins supplémentaires.

www.alcimed.com

Jean-Marc Gentil
Kiné ostéo - Ostéo équin

Préparation physique du cavalier
Suivi du cavalier en coupe du monde en kinésithérapie et ostéopathie
Recherche en ostéopathie comparée cheval cavalier



Pôle santé | Equita Lyon - LE BIEN-ÊTRE DU CHEVAL ET DU CAVALIER

Masseur-kinésithérapeute et Ostéopathe en cabinet libéral à Sainte-Foy-lès-Lyon (Rhône), je suis possesseur de Huber depuis de nombreuses années et je ne m'étais jamais intéressé à imoove que j'avais pourtant aperçu sur de nombreux congrès et salons.

C'est en découvrant un jour le bilan postural sur imoove qui se réalise en 1 minute que j'ai tout de suite compris son intérêt pour la préparation du cavalier.

Je suis donc allé chez Allcare innovations à Valence, rencontrer Floriana et Gianfranco Tudico pour me rendre compte des possibilités d'imoove.

Intéressé au départ par la possibilité de quantifier les asymétries et déséquilibres, c'est en montant sur imoove que j'ai immédiatement ressenti les particularités et la richesse du mouvement élisphérique en 3D avec ses phénomènes de rotation, d'inclinaison et d'excentration qui m'ont rappelé « la torsion physiologique » décrite par Yves Guillard.

Cette composante du mécanisme respiratoire primaire peut de façon simplifiée s'apparenter à une hélice de tension de fascias, qui anime les bipèdes et quadrupèdes, de façon physiologique mais pouvant être soumis à des blocages (déséquilibre de bassin avec des causes possibles viscérales, posturales, thoraciques).

Après correction ostéopathique, imoove me paraissait en mesure de relancer cette torsion physiologique essentielle…

Floriana m'a accueilli très gentiment à de nombreuses reprises et m'a permis de rencontrer les concepteurs de cet outil, Chantal et Alain Bardon (kinés-ostéos) avec Gianfranco (inventeur) qui m'ont fait découvrir tout le champ des possibles.

Allcare innovations a accepté de mettre imoove à ma disposition sur le Concours Hippique International « Equita'Lyon », le succès auprès des cavaliers fut immédiat, mon addiction avait commencé.

Après de nombreuses réflexions, je décidais enfin d'investir dans ce dispositif.

Ma pratique quotidienne de thérapeute me permet d'utiliser imoove sur de nombreuses pathologies : rhumatologie, traumatologie, neurologie, préparation physique… Cet outil devient rapidement main-libre et la satisfaction de mes patients dépasse mes espérances.

Les améliorations posturales, proprioceptives sont intéressantes autant dans la préparation sportive que dans le « vieillir bien ».

Désormais, je pouvais également reprogrammer un mouvement juste, effacer la mémoire de la douleur chez des patients qui n'osaient plus bouger.

imoove me bluffe par ses résultats, il est rapidement devenu incontournable dans mes différentes pratiques. Mes patients ressentent les bienfaits thérapeutiques et ils observent de nouveaux résultats, ils sont heureux !

Merci encore à tous les passionnés de cette jolie entreprise familiale.

Jean-Marc Gentil

+ par Pascal Turbil

Santé à domicile
libheros, la start-up qui fait bouger la santé en aidant les patients à organiser leurs soins à domicile !

Si les Français vivent plus longtemps, ils sont également consommateurs de santé et notamment de soins à domicile. Or, beaucoup de patients, une fois l'hôpital quitté, se retrouvent démunis. Partant de ce constat, Florence Herry, infirmière de formation, a décidé de lancer libheros, la 1ère solution phygitale dédiée à l'organisation des soins à domicile.

Les chiffres sont éloquents : en France, 25% de la population a recours chaque année à au moins un soin infirmier à domicile, entre 8 et 11 millions de personnes s'occupent au quotidien d'un proche dépendant, 12% des urgences hospitalières sont le fait de soins à domicile non réalisés, plus de 20% de la population est atteint d'une maladie chronique... Tous ces chiffres donnent le tournis et montrent les difficultés auxquelles des millions de Français sont confrontés dans l'organisation de soins à domicile, pour eux-mêmes ou un proche.

Face à cette situation, Florence Herry a décidé de se lancer et d'apporter une réponse globale à un besoin réel, croissant et pressant des patients et des aidants. En 2017, cette infirmière diplômée d'Etat (IDE), a créé libheros. Cette solution en ligne permet de faciliter l'organisation des soins à domicile (soins infirmiers, kinésithérapie, service à la personne, matériel médical...). Tout est fait dans le plus strict respect du code de déontologie des professionnels de santé, du code de santé publique et du libre choix du patient.

Florence Herry revient sur les éléments déclencheurs : *« Il y a beaucoup de points clés dans le parcours patient et la sortie est toujours un moment complexe, quelle que soit la situation : informations incomplètes ou données au dernier moment, patient non préparé à rentrer chez lui, domicile mal aménagé... et surtout cette sensation pour le patient ou le proche aidant d'être un peu lâché dans la nature. »*

A terme, libheros ambitionne de devenir l'acteur incontournable de l'organisation et de la coordination des soins à domicile.

Des typologies variées de soins

libheros propose des interventions à domicile de professionnels de la santé pour :

Les soins infirmiers
Pansement, vaccin, ablation des agrafes ou fils, prises de sang, aide à la toilette, surveillance de la glycémie, lavement rectal, aérosol...

La kinésithérapie
Renforcement musculaire des membres inférieurs ou supérieurs, rééducation du genou, à la marche, kinésithérapie respiratoire, massage antidouleur, traitement par ondes de choc radiales des tendinites...

Le suivi par une sage-femme
Séances de préparation à la naissance et à la parentalité, suivi postnatal, examen de fin de grossesse, surveillance à domicile via monitoring...

D'autres soins paramédicaux
Commande de transport conventionné, livraison de médicaments, location de matériel médical, aide à domicile (ménage, repas, accompagnement...).

Comment ça marche ?

Pour délivrer ses services, libheros s'appuie sur une solution phygitale (alliant physique et digital) grâce à :

- son site Internet accessible sur PC et mobile ;
- un réseau d'infirmiers libéraux diplômés d'Etat et de partenaires de santé à domicile (Orkyn, OuiHelp, Senior Compagnie, Destia...) ;
- des coordinateurs de soins en interne pour accompagner les patients et les proches aidants ;
- une technologie développée en interne pour être toujours réactif et sécurisé.

Des formules pour tous

Pour une offre de service optimale, adaptée à toutes les situations et à tous les budgets, libheros propose plusieurs forfaits :

- ***FREE libheros.fr***
  Service gratuit, disponible dans la France entière et 24/7 pour organiser seul et en toute autonomie les soins à domicile.

- ***PREMIUM Patient +***
  Offre premium personnalisable, incluant un accompagnement sur mesure et une coordination des soins à domicile par libheros (organisation, mise en place et suivi). Elle peut être réglée directement par le patient/son proche, par les entreprises pour leurs salariés ou les assurances mutuelles.

Plus d'informations sur
https://libheros.fr/

+ Avec Anses & Cerin

Insécurité alimentaire et consommations

France Caillavet (INRA) présente des résultats issus de l'enquête Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3 (enquête INCA 3 représentative de la population française), concernant les liens entre la situation d'insécurité alimentaire en France et les consommations alimentaires ainsi que les apports nutritionnels. D'un point de vue méthodologique, la chercheuse précise que l'insécurité alimentaire est un concept subjectif qui se mesure à partir du ressenti des personnes interrogées. Dans le cas d'INCA 3, c'est le questionnaire HFFSM (Household Food Security Scale Module) qui a été utilisé auprès des 2121 adultes inclus. Les résultats montrent que 9,7 % de la population d'étude se considèrent en situation d'insécurité alimentaire, parmi lesquels 3,5 % en insécurité alimentaire sévère. L'insécurité alimentaire est associée à plusieurs facteurs socio-démographiques : elle est plus élevée parmi les femmes, les jeunes adultes, les personnes divorcées ou séparées, ou encore celles ayant un niveau d'étude bas et de faibles revenus. Les personnes en situation d'insécurité alimentaire consomment en moyenne significativement plus de pâtes, riz et céréales raffinées (84,1 g/j IC95% = [65,2 ; 103,4]) que celles en sécurité alimentaire (60,2 g/j IC95% = [54,5 ; 65,9]). A l'inverse, la ration des groupes d'aliments suivants est diminuée parmi les personnes en situation d'insécurité alimentaire : yaourts et fromages blancs (58 vs 79 g/j) ; viandes (hors volailles) (37 vs 48 g/j) ; fruits frais et secs (85 vs 135 g/j) ; légumes (89 vs 135 g/j) ; soupes et bouillons (54 vs 105 g/j).

Caféine et santé

La caféine est une molécule naturellement présente dans plus de 60 plantes, comme le café, le thé, le kola, le guarana et le maté. Elle est couramment consommée par la population par le biais du café ou du thé. On en trouve également dans les boissons énergisantes. L'Anses recommande de modérer la consommation de caféine, particulièrement pour les enfants, les femmes enceintes, et les personnes sensibles à ses effets ou présentant certaines pathologies.

Prévalences du surpoids et de l'obésité infantiles en Europe

Près de 18 % des enfants européens âgés de 2 à 7 ans sont en situation de surpoids ou d'obésité. Si la France se situe parmi les pays les moins touchés, les pays du sud de l'Europe comme l'Italie ou la Grèce présentent les prévalences les plus élevées. Une revue de littérature met à jour les prévalences de surpoids et d'obésité chez les jeunes enfants européens. Au total, 32 études réalisées entre 2006 et 2016 dans 27 pays différents et regroupant les données de plus de 193 000 enfants âgés de 2 à 7 ans ont été incluses dans cette revue. Les références internationales de l'IOTF (International Obesity Task Force) ont été utilisées pour évaluer les prévalences ; les données de l'EFSA (European Food Safety Authority) ont permis quant à elles de déterminer les associations avec les consommations des différents groupes d'aliments. A partir de ces données, l'estimation de la prévalence globale de surpoids + obésité est de 17,9 %, IC95% = [15,8 ; 20,0]. Celle de l'obésité au sens strict est égale à 5,3 %, IC95% = [4,5 ; 6,1]. Les enfants français présentent des prévalences parmi les plus basses des pays considérés : 11,0 %, IC95% = [7,7 ; 15,4] pour le surpoids + obésité et 2,3 %, IC95% = [1,8 ; 2,7] pour l'obésité au sens strict. Les consommations élevées d'aliments appartenant aux groupes « sucres ajoutés » et « viande » sont les plus fortement associées à l'excès de poids. La consommation de lait et produits laitiers est la seule à être inversement associée aux prévalences de surpoids et d'obésité. En conclusion, les auteurs alertent sur les prévalences toujours élevées de surpoids et d'obésité chez les jeunes enfants européens. Etant données les conséquences importantes à l'âge adulte, ils préconisent le renforcement des mesures de prévention, en particulier dans le pays du sud de l'Europe, comme l'Italie, la Grèce ou le Portugal. (GARRIDO-MIGUEL, M. OLIVEIRA, A. CAVERO-REDONDO, I. « et col. »

Age d'introduction d'une alimentation complémentaire chez les nourrissons

Pour des raisons nutritionnelles, la majorité des nourrissons requièrent une alimentation complémentaire en plus du lait maternel et/ou des formules infantiles à partir de l'âge de 6 mois environ. Cependant, il n'y a pas d'âge précis auquel tous les nourrissons vivant en Europe devraient commencer à recevoir une alimentation complémentaire car cela dépend des caractéristiques et du développement de chaque nourrisson. Chez les nourrissons qui démontrent les compétences développementales nécessaires pour consommer des aliments complémentaires, on peut introduire des aliments adaptés à leur âge, adéquats sur le plan nutritionnel et préparés conformément aux bonnes pratiques d'hygiène, même avant l'âge de 6 mois. Cependant, être prêt sur un plan développemental avant l'âge de 6 mois n'implique pas automatiquement qu'il soit nécessaire de commencer une alimentation complémentaire. L'EFSA (European Food safety Authority) n'a identifié aucune preuve qui démontre que l'introduction d'aliments complémentaires avant l'âge de 6 mois soit nocive ou bénéfique pour la santé. Ceci vaut également en ce qui concerne l'introduction d'aliments potentiellement allergènes tels que les œufs, les céréales, le poisson, les arachides ou le gluten.

Bon comme le poisson

L'ANSES rappelle les qualités nutritionnelles de cet aliment qui doivent inciter à le consommer 2 fois par semaine. Elle donne aussi des conseils pratiques pour l'acheter, le conserver et le cuisiner. Enfin, les recommandations spécifiques aux jeunes enfants, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées et immunodéprimées sont également précisées.

Satisform®
Générateur de mouvements
Orthopédique
Neurologique
Made in FRANCE
Dos pathologiques

Troubles de la marche

Technique automatisée de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne en traction.

www.satisform.com

+ Par Frédéric PFEFERBERG, préparateur physique diplômé en nutrition université Paris V. Préparateur physique pôle France féminin squash

Véganisme, régime végétarien, régime cétogène et autres, avec lait ou sans lait… Qui croire ?

Véganisme, végétalisme et végétarisme, on en vient à se perdre entre tous ces termes ! Le véganisme est un mode de vie qui repose sur le végétalisme.
Les véganes, comme les végétaliens, ne mangent pas de viande, de poisson, d'œufs, de produits laitiers, de miel donc tout ce qui peut être issu de l'animal, soit dans sa chair, soit dans sa production et l'alimentation va plutôt s'orienter autour de produits végétaux, comme les fruits et les légumes, les céréales.

Être végétarien consiste à exclure uniquement la chair des animaux, c'est-à-dire la viande et le poisson, et non le lait et les œufs. La première des précautions avant de se lancer dans un régime, c'est de consulter un médecin, et de faire les analyses adéquates, car toute pathologie n'est pas anodine, de plus qu'une femme enceinte, une personne diabétique, une personne déficiente en certaines vitamines ou en fer par exemple peut risquer des problèmes sur sa santé.

Le premier souci est d'avoir en stock les neuf acides aminés nécessaires à la fabrication de la protéine, donc de la masse musculaire, et le fait de priver son organisme de produits animaux est le premier risque. La parade viendra à manger des légumineuses, associées à la bonne quantité de céréales pour les synthétiser. La vitamine B12 sera déficiente, et il conviendra de la compenser par un apport vitaminé, de même que l'iode présent dans les poissons, mollusques, oeufs… sera à supplémenter dans l'alimentation. Au-delà de ce changement radical de mode de vie, le véganisme est très contraignant, et risqué s'il n'est pas encadré par des spécialistes. De plus chez l'athlète de haut niveau, et il y en a de plus en plus à adopter ce modèle, nous n'avons pas suffisamment de recul pour permettre de dire si la performance peut être entachée, de même que la récupération, et la post carrière en matière de séquelles. Autant le végétarisme peut être plus fréquent et pourquoi pas par période, tout changement de régime alimentaire n'est jamais anodin, surtout pour un athlète. Combien de fois a-t-on entendu, « Depuis que je suis vegan, je me sens beaucoup mieux ! » Oui, pourquoi pas, mais n'oublions pas l'élément principal de l'alimentation qui reste un plaisir, un moyen social, surtout que la troisième mi-temps est importante dans le domaine sportif, et le fait d'adopter une alimentation en dehors de ses collègues, peut-être contraignant, et cela ne répond-il pas à un phénomène de mode, ou d'identité ? Le film « the game changers » bouscule, nous pose des questions sur notre évolution

Le lait ou pas ?

Mais il y a bien d'autres régimes qui existent aujourd'hui, la diète cétogène, le régime scandinave, le régime dissocié… Et c'est au staff et à l'athlète de définir si ce régime est adapté, de même qu'à Monsieur et Madame tout le monde de pouvoir identifier le besoin, et aussi les conséquences sur la santé, qui peuvent être irrémédiables et irréversibles.

Le lait ou pas ? On a pu entendre, ou voir des vidéos, de professionnels de la santé, de la grande distribution, estimer que le lait était à bannir et à remplacer par des produits végétaux. Repose-t-il sur un fondement scientifique ou sur le simple fait de se dire que l'homme est le seul à boire du lait après avoir été sevré dans la nature ? Bien sûr, mais l'homme est le seul animal aussi à marcher debout, avec le Bonobo certes. Donc il est toujours facile d'effectuer des syllogismes, encore faut-il en avoir la démonstration scientifique. Le lait est sûrement indispensable à la densité osseuse, notamment chez les enfants et les personnes AG. La fameuse allergie au lactose, ou l'intolérance. A-t-elle été démontré par des analyses ? Vous voyez bien que cela reste complexe et sûrement réservé au médical, avant de se lancer dans des croyances dues sûrement à des visionnages pléthoriques sur Internet. Il faut manger pour vivre et non vivre pour manger trois !

SWIMS : 4 sociétés françaises du secteur de la santé unies pour mieux vous servir !

Sur le marché français, les sociétés WINBACK, SMS, AXONE et MEDIPRO se sont alliées et ont élargi leur offre pour devenir votre partenaire incontournable. C'est ainsi qu'est né le Groupe Swims. Que vous soyez kinésithérapeute, ostéopathe, sage-femme, esthéticienne ou sportif, SWIMS dispose des solutions adaptées à votre spécialisation, à la fois en termes de produit, de formation et de conseil.

De votre idée de création de cabinet jusqu'au suivi de votre activité, SWIMS sera à vos côtés tout au long de votre projet. Ce processus correspond à la volonté de l'entreprise de mettre en place une relation pérenne avec ses clients, à travers son service technique. De nombreuses technologies telles que la tecarthérapie, la cryothérapie, la laserthérapie, la teslathérapie mais aussi la réathlétisation, le diagnostic ou l'iso-inertiel font partie des domaines d'expertise du Groupe.

La constante recherche des nouveautés et l'innovation pour faciliter votre travail est le grand défi de la société, qui possède son propre centre de R&D. Son but : rester à la pointe de la technologie et pouvoir apporter aux praticiens et patients un haut niveau de soin. La formation, à travers son Academy, reste le point fort de SWIMS. Elle s'appuie sur plusieurs centres, notamment pour les produits de sa marque WINBACK.

WINBACK MY BODY IS BACK · REAXING TRAIN TO REACT · DOKI Tape · NORMATEC · GAME READY · THERAGUN · KYNETT · ASA LASER

Pour en savoir plus, visitez leurs sites web
www.swims.team - www.swims.store

A propos de 20 cas de laxités avérées du ligament collatéral latéral (LCL) de la cheville chez le sportif de haut niveau opérées par la technique de ligamentoplastie non enraidissant pour sportif

(Retention capsulo-ligamentaire et plasties au réticulum des extenseurs et périoste fibulaire) :

Apport de la cryothérapie compressive (attelle IGLOO@) pendant la phase post opératoire et stabilisation secondaire par attelle semi-rigide (attelle DUOCAST@) dans le cadre d'une récupération optimale.

*Dr CERMOLACCE Christophe**

Cette chirurgie ligamentaire s'est toujours effectuée à distance des épisodes aigues, le bilan comprenait toujours au minimum des clichés des 2 chevilles de face, profil, clichés en stress, arrière pieds cerclés de type Méary, une IRM et un arthroscanner.

La réalisation du geste opératoire s'est toujours déroulé sous bloc loco-régional et en chirurgie ambulatoire avec un retour à domicile le soir même avec une paire de cannes anglaises et une botte rigide d'immobilisation sans appui durant les 15 premiers jours sous couvert d'une anticoagulation de 15 jours.

La cryo-compression a été réalisé dans ce groupe par l'attelle IGLOO@ une première fois en salle de réveil soit immédiatement après l'intervention et à domicile durant 5 jours à raison de 3 cryo-compressions par jour réparties dans la journée en retirant la botte rigide

Le contrôle pansement est effectué dans notre expérience au 15ème jour.

Quand la cicatrisation est obtenue la botte est retirée et remplacé par une attelle semi rigide de type Duocast@ pendant 1 mois avec chaussure type basket de sport sans protection de l'appui.

La rééducation est entreprise à compter du 21ème jour post opératoire.

On conseille au patient d'effectuer une séance de cryo-compression après chaque séance de rééducation jusqu'au 45ème jours.

Une séance d'ostéopathie a été réalisée systématiquement à la 5ème semaine post-opératoire.

La dernière consultation obligatoire se fait au 45ème jour post opératoire afin de retirer toute protection extérieure et débuter la proprioception et le réathlétisation.

La reprise sportive à haut niveau dépend de beaucoup de facteurs (âge, type de sport, terrain psychologique …) mais a pu être observée au mieux aux alentours du 60ème jours post-opératoire.

En conclusion l'apport de la cryothérapie compressive à début immédiat a considérablement réduit l'importance de l'œdème et favorisé une cicatrisation cutanée optimale et rapide en 15 jours.

Aucun retard de cicatrisation n'a été constaté dans cette étude cependant restreinte.

L'apport de l'attelle amovible sécurise le résultat jusqu'au 45ème jours post-opératoire.

Enfin les kinésithérapeutes semblent être unanimes quant à l'efficacité de la cryo-compression dans leur rééducation du membre opéré.

La reprise sportive à haut niveau a ainsi pu être optimisée en deçà du délai prévu.

***Dr CERMOLACCE Christophe**
Chirurgien orthopédiste spécialisé pied cheville
ICOS13-463 rue paradis 13008 Marseille
ICP-8 rue Lacepède 75005 Paris
Espace Vauban 2A, avenue Ségur 75007 Paris

igloo®

Attelle de Cryothérapie Compressive

Une gamme complète **pour toutes les morphologies**

ORIGINAL BREVETÉ

LPPR

GAMME CLASSIQUE

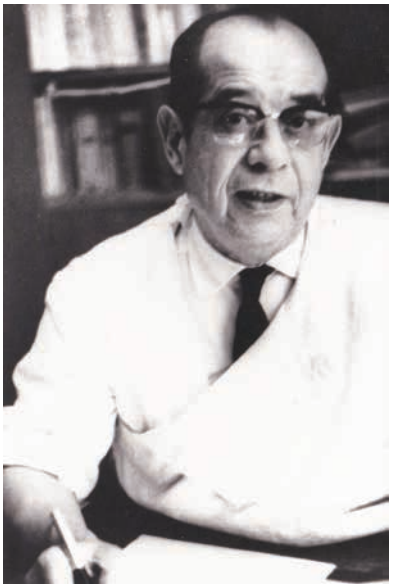
GAMME FORMAT XL

IMPLANTS SERVICE ORTHOPÉDIE

+ Par Alain Garnier, Président du Physiomuseum et ancien élève de l'EFOM (Promotion 1966)

Les hommes qui ont fait la kinésithérapie

Boris Dolto : du corps entre les mains* à la cybernétique



De son vrai nom Boris Ivanovitch Doltovitch, Boris Dolto est né en 1899 en Crimée. Sa vocation de médecin vient du temps où il accompagnait son oncle médecin dans les campagnes.

Il étudie au lycée de garçons d'Ekaterinodar, jusqu'en 1918. Suite aux évènements des révolutions russes, il s'engage volontairement en mars 1919, et sert en qualité de marin de premère classe dans la flotte de l'armée du Général Dénikine et du Général Wrangel. Jusqu'au 10 avril 1921, il est à bord du croiseur Général Kornilov, croiseur qui fera partie de l'escadre russe évacuée vers Bizerte. A Constantinople, il apprit un métier manuel, celui de tourneur/ajusteur sur métaux ce qui lui permit de travailler dans les mines de Gafsa en Tunisie puis dans les usines Renault à Boulogne-Billancourt en France. Il admirait l'exigence de la précision du geste de tout travailleur manuel et la maîtrise de son art. Arrivé clandestinement en France, il commença des études de médecine. Parallèlement, il suivit des cours de massage et de physiologie dans l'école du Dr Kopp (EFOM), ces disciplines n'étant pas enseignées à la faculté.

Le goût des autres

Naturalisé français en 1929, Associé au Dr Kopp, il consultait, enseignait à la clinique de l'école et fit progresser les techniques de massage et de kinésithérapie En 1931, Il succéda au Dr Kopp à la direction de l'École Française d'Orthopédie et de Masso-kinésithérapie (EFOM), devenue EFOM Boris Dolto en 1989, à l'occasion du centenaire.

Son sens de l'observation, ses qualités relationnelles avec l'autre, son goût et sa volonté pour transmettre ses connaissances, son ardeur à redonner au malade son autonomie, ont fait de cet infatigable travailleur un pionnier dans le monde de la rééducation. Refusant d'enfermer sa pratique dans une méthode qu'il rangeait dans les systèmes fermés, il obligea en cela chaque praticien à trouver le nécessaire ajustement de la technique à chaque malade.

+ Par Alain Garnier, Président du Physiomuseum

Pionnier de la « thérapie manuelle »

Il sera le premier à parler de cybernétique dans le cadre des soins de rééducation.

Il intervient dans le cadre des Entretiens de Bichat où ses conférences sont prises d'assaut. Il pratique avant tout le monde la « thérapie manuelle »

Il organise tous les mois gratuitement « les soirées de Notre-Dame de la Victoire » dans un cinéma en faisant rencontrer des artistes (ex : Xavier Darasse organiste très connu, venu nous parler de son vécu de rééducation après une greffe du bras droit) avec des kinésithérapeutes Françoise Dolto sa femme y participe et elle explique pour la première fois « le cas Dominique ».

Lors d'un congrès de kinésithérapie organisé à Toulouse par le CEFIPS en 1974, à une question posée par un confrère se présentant comme médecin rééducateur une toute nouvelle spécialité, il répond il n'y a que des médecins masseurs!

Il nous quitte en août 1981 et repose à Antibes.

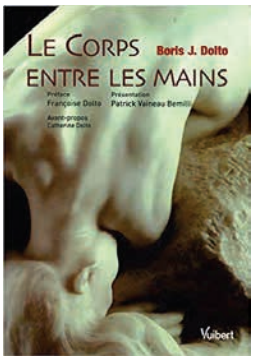
Un ouvrage de référence

« C'était l'œuvre d'un précurseur original : cela demeure, après tant d'années, un ouvrage novateur par sa manière globale et complexe d'aborder la médecine manuelle et le soin dans son ensemble. Son texte est à la fois d'une précision techniqueextrême pour les professionnels et d'une richesse par sa largeur de vue qui intéressera tous les soignants.» (Catherine Dolto)

« Le dessein de Boris était de transmettre ses connaissances, de former ses disciples, de susciter des vocations : à cet égard, Le Corps entre les mains peut être considéré comme son testament professionnel. A l'intention des kinésithérapeutes, des chercheurs, des médecins, même étrangers à cette spécialité, il présente les plus récents acquis de la science en physico-chimie et en neurophysiologie musculaire, osseuse et ligamentaire ; mais c'est aussi un prodigieux exposé de pratique manuelle, un trésor inépuisable pour répondre à toutes lesquestions techniques que peuvent se poser les kinésithérapeutes dans l'exercice quotidien de leur métier.» (Françoise Dolto)

« Boris Dolto était un homme de théâtre, un magicien. C'est ainsi qu'il ouvrait en nous les portes de la perception. Dans son ouvrage, il livre pêle-mêle les connaissances d'une vie et ouvre des voies tant au niveau anatomophysiologique que neurologique, psychologique ou spirituel. Merci Boris Dolto.» (Patrick Vaineau Bemilli)

Le Corps entre les mains, par Boris Dolto ; Préface de : Françoise Dolto, Catherine Dolto-Tolitch et Patrick Vaineau-Remilli, Editions Vuibert.



En savoir plus :
Le corps entre les mains Ed Hermann 1976 – Hommage à Boris Dolto Edité par la Fondation Boris Dolto 2013
*Wikipédia

+ Par Preston Lee Ravail, membre de la SF2S ; consultant salle de remise en forme www.linkedin.com/in/prestonleeravail

Prescription
Le sport sur ordonnance

La prescription d'APS, en particulier pour les patients atteints d'ALD est un enjeu majeur de santé publique. Pour construire dans la durée avec l'ensemble des partenaires de la santé du médico-social et du sport un écosystème plus favorable au sport-santé, il est nécessaire de mieux appréhender le rôle de chacun dans le parcours de soin et de santé de la personne.

Rappel ! La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 stipule dans son article 144 : « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». C'est le médecin qui prescrit l'activité physique et qui détermine les phénotypes du patient

Qu'est-ce que le parcours de soin ?

C'est la prise en charge globale et continue des usagers du système de santé pour :

1 - Prévenir : adopter des comportements favorables à la santé (hygiène, mode de vie, éducation à la santé)

2 - Soigner : prendre en charge au plus près du lieu de vie du patient

3 - Accompagner

A qui s'adresse les prescriptions ?

Aux patients en affection de longue durée (ALD), adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru.

Comptabilité

Service juridique

Gestion de la paie

NOTRE EXPERTISE
au service de la vôtre

CABINET D'EXPERTISE COMPTABLE
SPÉCIALISTE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

OCÉVIA ■ 3 Rue Lespagnol ■ 75020 PARIS
Tél. : 01 55 25 55 00 ■ Fax : 01 55 25 55 01
contact@ocevia.com ■ www.ocevia.com

OCÉVIA
Comptabilité-Conseil-Expertise

+ Par Preston Lee Ravail, membre de la SF2S ; consultant salle de remise en forme www.linkedin.com/in/prestonleeravail

Qu'est-ce que l'Activité physique adaptée (APA) ?

On entend par activité physique adaptée la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

Que dit le décret d'application (n° 2016-1990 du 30 décembre 2016) ?

Il précise que la dispensation d'une AP adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

A savoir : Le décret est une décision qui ordonne ou règle quelque chose. Les effets sont analogues à ceux d'une loi. Dans ce décret est défini le cadre d'intervention général de l'ensemble des professionnels impliqués dans la mise en œuvre du sport sur ordonnance et des personnes atteintes de pathologie.

Quels diplômes pour encadrer les patients ?

Le médecin traitant peut prescrire une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants et dont les formations sont rattachées à des ministères différents :

- Santé : Les professionnels de santé : Kinésithérapeute- Ergothérapeute- Psychomotricien(ne).
- Education nationale : Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée licence STAPS APA.S par exemple :
- Sport : Les professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée. Les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ; les titulaire d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications (CQP) figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport.
- Fédérations sportives. Les personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé, sur proposition du Comité national olympique et sportif français.

Orientation du patient en fonction des phénotypes fonctionnels

Le médecin oriente les patients vers des professionnels en fonctions des différents phénotypes fonctionnels. Les phénotypes fonctionnels sont dans le rapport du Pr Xavier Bigard envisagés sous l'angle des conséquences sur les grandes fonctions qui déterminent l'autonomie des patients et leur intégration sociale dans l'environnement naturel. Il distingue dans ce rapport 4 phénotypes, envisagés selon le niveau d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles : 1 sévères, 2 modérées, 3 minimes, ou 4 sans limitation.

Limitations fonctionnelles sévères

Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères, seuls les professionnels de santé sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

Atténuation des altérations

Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe du décret les professionnels APA interviennent en complémentarité des professionnels de santé. Remarquons que dans le décret n'est pas défini le cadre d'intervention des professionnels du sport en fonction des phénotypes. Il est seulement précisé qu'ils doivent avoir des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée. Ce cadre d'intervention est défini dans l'instruction vu ci-après.

SUPER INDUCTIVE SYSTEM

LA POLYVALENCE AU PROCHAIN NIVEAU

TAUX DE SATISFACTION
DES PATIENTS TRES ÉLÈVES

SANS CONSOMMABLE
MAXIMISE LA RENTABILITÉ

GESTION DE LA DOULEUR
SANS OPÉRATEUR

APPLICABLE **SUR LES VÊTEMENTS**

WWW.BTLMED.FR | INFO@BTLMED.FR | 09.63.26.31.82

Voici un peu plus de deux mois que j'ai atterri au Cameroun dans le cadre d'un programme né de la collaboration entre Kinés du Monde et différents partenaires locaux ayant pour volonté de développer et valoriser la rééducation.
L'objectif principal est de développer et d'améliorer les prises en charge spécifiques des personnes en situation de handicap au Cameroun.
Pour cela je me suis rendue dans l'Ouest, pour travailler auprès des kinésithérapeutes de deux hôpitaux de la fondation Ad Lucem (2ème prestataire de santé au Cameroun), dans les villages de Bandjoun et Mbouda avant de retourner à Yaoundé, la capitale.

Les conditions de soins et de travail sont éminemment différentes de mes habitudes françaises, en particulier dans les villages, mais je ne peux qu'être impressionnée par l'implication et la résilience de mes confrères camerounais et des autres acteurs de soins. J'apprends donc à composer avec les réalités locales tout en apportant autant que possible mes connaissances et compétences en kinésithérapie.
A Bandjoun et à Mbouda, nous avons pu aborder de nombreux thèmes dans le but de renforcer les compétences des kinésithérapeutes en poste.
La prise en charge des lombalgies y est récurrente : dans les villages, de nombreuses personnes cultivent les terres. Pour certains il s'agit de

leur profession, mais il s'agit aussi d'une activité secondaire nécessaire pour beaucoup d'entre eux (pour se nourrir ou augmenter leurs revenus). De même l'électroménager dont nous disposons en France pour les tâches ménagères est rarement disponible ici et les activités de la vie quotidienne prennent d'emblée une dimension physique et sportive ! Tout cela favorise l'installation de douleurs chroniques.
Ainsi nous avons abordé la prévention et l'éducation thérapeutique mais nous avons également travaillé sur la méthodologie de bilans et de prise en charge pour ces patients.
D'autres sujets ont été abordés à la demande des kinésithérapeutes : la rééducation de l'hémiplégique, de l'enfant paralysé cérébral,

la kinésithérapie respiratoire de l'adulte et de l'enfant …
Un protocole de réentraînement à l'effort a également été élaboré et sera d'une grande aide pour les patients insuffisants cardiaques : la prévalence de l'insuffisance cardiaque est importante au Cameroun.
Toutefois, pour développer la kinésithérapie et améliorer les prises en charge des patients, il est indispensable de sensibiliser les autres soignants ainsi que la population. Conjointement avec les kinés des différents hôpitaux, nous avons pu organiser des sessions d'informations sur la place du kinésithérapeute et sur la prévention de la lombalgie à l'attention du personnel.
En parallèle, nous avons aussi pour objectif d'équiper et d'aménager les salles de rééducation, ceci ayant été en grande partie réalisé précédemment par une première volontaire.
J'ai donc découvert avec beaucoup de curiosité et de dépaysement le monde coloré et animé des artisans et des marchés camerounais. Ainsi nous avons fait fabriquer différents objets utiles

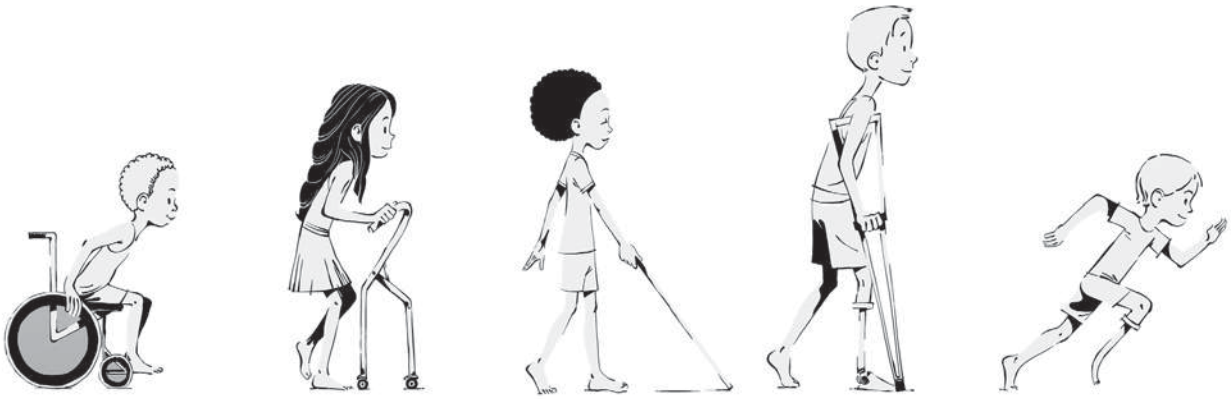
pour optimiser la prise en charge des patients : confections de coussins, fabrication d'un miroir quadrillé, de cerceaux, de balles… Chaque artisan rencontré a su faire preuve de savoir-faire pour répondre à nos demandes. En effet il n'est pas aisé de fabriquer des cerceaux dans du bois, mais ils ont parfaitement relevé ce défi.
Ces deux mois à l'Ouest ont été riches de rencontre, d'échanges et de découverte. C'est une magnifique région bordée de montagnes qui possède ses spécificités sur le plan culturel, et il est même fréquent que la langue locale soit différente d'un village à l'autre (ce qui est parfois un peu cocasse lorsqu'on essaie de se lancer dans cet apprentissage !).

Mais s'il y a bien un point qui semble commun à tous, c'est la générosité de l'accueil. Me voici maintenant à Yaoundé, pour quelques semaines dans une nouvelle structure, où l'accent sera porté sur la rééducation du membre supérieur de l'hémiplégique dans un premier temps.
La suite du programme me portera ensuite à nouveau vers l'Ouest.
Et s'il y a une chose dont je ne doute pas, c'est que ce sera encore riche de partage, de connaissances et d'expériences.

Elène MARCHAND, expatriée-volontaire Kinés du Monde au Cameroun

CONTACT
KINÉSITHÉRAPEUTES DU MONDE
Pôle de Solidarité Internationale, 5 rue Federico García Lorca, 38100 Grenoble - France - Tél : +33 (0)4 76 87 45 33
E-mail : kdm.communication@kines-du-monde.org - Facebook #jagispourKDM - **www.kines-du-monde.org**

KINÉSITHÉRAPEUTES DU MONDE

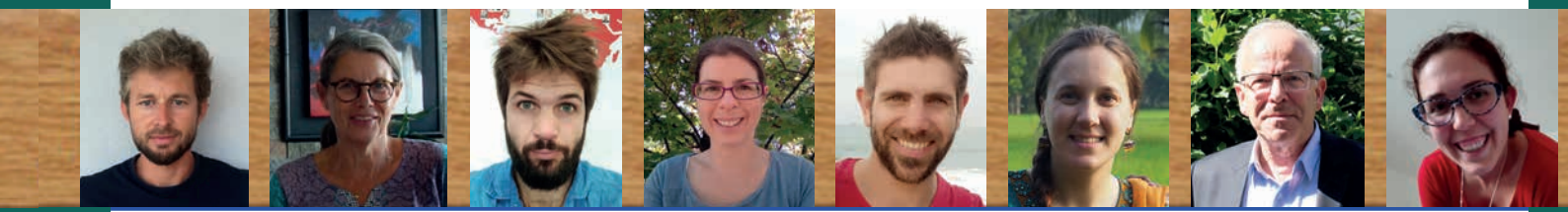


Rééducateurs en Mouvement

Ergothérapeutes, Kinésithérapeutes, Psychomotriciens, Orthophonistes, Orthoprothésistes...

et Vous ? Rejoignez-nous.

Devenez volontaire en France, expatrié-volontaire à l'international ;
bénévole ponctuel ou régulier, c'est vous qui choisissez.
Mais faites un choix : **aidez-nous**.



5 rue Federico García Lorca - 38100 Grenoble | tél : 04 76 87 45 33 | e-mail : kdm.communication@kines-du-monde.org
www.kines-du-Monde.org

Suivez-nous sur #jagispourKDM

Achetez solidaire sur //boutique.kines-du-monde.org

+ Par Preston Lee Ravail, membre de la SF2S ; consultant salle de remise en forme www.linkedin.com/in/prestonleeravail

Que dit l'Arrêté du 8 novembre 2018 ?

Il fixe la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée présentant pas de limitations fonctionnelles ou présentant des limitations fonctionnelles minimes. Pour avoir la définition des ces limitations fonctionnelles il faut faire lecture de l'instruction du 3 mars 2017. Les fédérations sportives ont la responsabilité de veiller à ce que seuls les encadrants certifiés soient habilités à intervenir auprès des patients atteints d'une affection de longue durée dans le cadre d'une prescription médicale, et seulement pour les pathologies ciblées dans le cadre de leurs certifications. Il est à noter que c'est un encadrement « non rémunéré auprès de patients au sein de membre affilié à la Fédération »

A savoir : Un arrêté est un acte administratif unilatéral. Dans la hiérarchie des normes, l'arrêté est inférieur au décret.

Que dit Instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 ?

L'instruction a pour objectif de donner des orientations et recommandations pour le déploiement sur le territoire national du dispositif de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Elle propose des outils pour :

1 Faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant.

2 Recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, et construire le cas échéant des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre.

3 Contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre.

4 Faire connaitre cette offre des médecins traitants et des patients.

A savoir : circulaires et instructions : dispositions prises par les autorités administratives interprétant l'application des lois et règlements à l'usage de leurs services. Les circulaires et instructions sont en principe dépourvues de valeur réglementaire. Elles peuvent donc n'avoir aucune valeur juridique dans le cadre d'une procédure en contentieux.

Cette instruction reprend et complète le tableau (cité dans l'arrêté) des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée en définissant les 4 différentes limitations fonctionnelles.

Dans l'Annexe 3 de cette instruction sont définies les compétences nécessaires aux professionnels et personnes habilites à dispenser l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant aux patients atteints d'affections de longue durée. On observe à l'étude de ces textes le flou que l'on peut observer sur les compétences complémentaires des éducateurs sportifs. Comment les obtenir et auprès de quels organismes de formation ? Quelles formations ? (Diplôme universitaire ? CQP ? Certificat de spécialisation ?

D'autre part dans le cadre de la prescription le médecin oriente le patient vers des professionnels de la santé ou des professionnels du sport identifié dans les réseaux Sport santé Bien être.

Alors que 12 millions de français sont atteints de pathologie chronique l'ensemble des acteurs de la santé et du sport ont toute leur place dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes. Dans ce dispositif la place de l'éducateur sportif doit être clairement défini. Il est un acteur central dans le parcours de « sport-santé » de la personne. Son rôle est à mon sens important et prépondérant dans le cadre de la lutte contre la sédentarité et le maintien dans l'activité des patients sans limitation fonctionnelle ou limitation fonctionnelle minime avec comme indiqué dans l'instruction un complément de formation dans le domaine du secourisme, d'une connaissance minimale de la pathologie etc.

Le recensement de l'offre disponible au niveau de chaque région en matière d'APA devrait permettre aux médecins traitants d'orienter les patients vers des organismes agrées par les comités de pilotage (ARS – DRJSCS) ce dispositif permettant ainsi de sécuriser la mise en œuvre de la prescription médicale par le médecin.

Textes de références :

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée 2016

Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales

Instruction interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017

Rapport du groupe de travail du Pr Xavier Bigard http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf

Définition des textes de loi www.legifrance.gouv.fr › tutoriels › tutoriel_codes_textes_8_06_2015

Rééduca

15.16.17 OCTOBRE 2020

PARIS EXPO PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 3

LA RÉÉDUCATION *en mouvement*

L'ÉVÉNEMENT DE LA RÉÉDUCATION ET DE LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

Reed Expositions

Le blog Rééduca

salonreeduca.com

+ Par Jean-Pierre Zana, Cadre de santé Masseur Kinésithérapeute, Ergonome - expert jeanpierrezana@gmail.com

PsyKinesis
La kinésithérapie du futur

Introduction et repères historiques

FMTmag a le plaisir de vous proposer un nouveau dossier lancé par Jean-Pierre Zana qui permettra à nos lecteurs d'enrichir leurs pratiques professionnelles d'une approche plus globale de leur patientèle en forte demande en ces temps où la morosité sociale rend le quotidien difficile tant d'un point de vue physique que psychique.

Les évolutions en santé de notre société, le mal-être ressenti par de plus en plus de personnes, devrait inciter à une écoute plus grande du vécu psychocorporel des personnes et des patients en particulier. Il m'est apparu nécessaire de rouvrir une page de mon engagement professionnel que je continue à enseigner et qui oriente toujours mes interventions en entreprise. Une approche globale des questions que les opérateurs, les manageurs, me posent afin de construire avec eux les réponses les plus cohérentes pour réduire ou résoudre les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs activités.

La place du corps

Je développerai avec plaisir la Psykinesis qui peut être une approche différente et très souvent attendue de nos patients. Cette introduction est le premier pas pour comprendre les bases empiriques et théoriques de cette pratique professionnelle.

Pour se constituer en discipline autonome la psychiatrie, pendant près d'un siècle s'est dégagée de la médecine somatique, dit Sivadon, et souvent s'y est opposée : dans l'excès de son effort, elle a voulu garantir son originalité en minimisant, parfois même en rejetant l'aspect corporel psychisme. Et pourtant le sens commun, implique aussi bien le corps que l'esprit dans les désordres pathologiques à partir des simples références au « moral » des maladies somatiques, facteur de pronostic ou au comportement des malades mentaux, facteur de reconnaissance. Plus encore, la place du corps est au centre des études psychopathologiques, qu'il s'agisse du « corps inhibé » de la mélancolie, du « corps passif » des états déficitaires (démence), du « corps en crise » des psychoses aigues, du corps transformé » des délires chroniques, du « corps dilaté » des maniaques, du « corps théâtre » des hystériques. Dès les années 1950, Paul Sivadon et François Gantheret utilisent les thérapies à médiation corporelles, à partir des expériences de Ville-Evrard et de la Verrière. Un effort de conceptualisation actualise en différents courants les rapports du corps et du psychisme ; des techniques spécifiques sont individualisées, à partir d'une théorisation sur la place du corps dans les maladies mentales. Les rapports entre thérapies corporelles et psychiatrie peuvent être abordés en trois étapes, un historique, une réflexion théorique et différentes pratiques masso–kinésithérapiques.

Chapitre 1. Une naissance empirique

Les entreprises thérapeutiques sur le corps, dans les maladies mentales, sont nées de manière empirique. La théorisation est survenue postérieurement. Mais l'évolution ne s'est pas faite de façon linéaire. Le corps a successivement occupé diverses places dans la conception des maladies mentales et la pratique des thérapies. La phénoménologie a synthétisé en une formule schématique l'évolution de la part du corps dans les conceptions psychopathologiques : *« Ai-je un corps ou suis-je un corps. »* Il s'agit en fait de la confluence de l'être et de l'avoir qui remonte aux prémices des conceptions philosophiques des rapports du corps et de l'esprit (Maine de Biran, Taine, Ribot)

- Le terme de névrose a été introduit (Cullen W.) pour désigner des affections dont on reconnaissait un siège organique précis (névrose cardiaque, névrose digestive) ou de nature fonctionnelle (sans inflammation de l'organe), ou encore impliquant le système nerveux.

- Les psychoses s'inscrivent en contre-point, à la même époque, désignant les affections qui sont du ressort de l'aliéniste et se traduisent par une symptomatologie essentiellement psychique (ce qui n'implique nullement l'absence de cause organique).

Mais bien avant cette approche théorique de la réalité du corps dans les maladies mentales, l'intuition des précurseurs avait fait envisager un abord corporel de leurs traitements. L. Fleury dans son « Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie » vante les succès de sa méthode.

Il s'appuie sur d'autres auteurs tels que : Celse (de Medicina, Livre I, Chapitre 6) : *« Rien ne fait tant de bien à la tête que l'eau froide ; il faut lorsqu'on a cette partie faible y recevoir en été une forte douche ». Pomme, dans son « Traité des affections vaporeuses » décrit : « Combien de fois n'ai-je pas été obligé d'avoir recours à la diète blanche, avec tout le succès que je pouvais désirer. Je tiens mes malades à ce régime et dans l'eau plusieurs heures entières : l'orage une fois calmé ; je les fais sortir du bain, pour y rentrer le lendemain et les y assujettir pendant tout l'intervalle du période, trois ou quatre heures par jour, quelque fois six, et même plus s'il le faut, suivant le degré de racornissement que j'attaque ». Il considère en effet le spasme, le racornissement des nerfs, la sécheresse des parties membraneuses comme « la cause prochaine et immédiate de toutes les affectations vaporeuses »* (Hystérie et Hypochondrie).

Le « racornissement des nerfs » a des preuves bien convaincantes : *« les physiciens verront avec satisfaction les malades surnager dans l'eau du bain jusqu'à ce que le soulagement soit survenu ; auquel temps, le corps devenu plus pesant parce que la chaleur interne étant diminuée, l'air sera moins raréfié, il se précipite dans le fonds du bain.. »*

E. Esquirol intègre dans sa conception globale du traitement moral de l'aliénation mentale, outre l'isolement, le régime de vie, le respect de l'aliéné, les médications stimulantes ou sédatives, les bains, les douches, les stimulations cutanées (vésicatoires).

M. Morel développant l'humanisation de l'asile recommande la gymnastique, en des termes de l'époque : *« beaucoup de malades lypémaniaques retireraient un bon effet des différents exercices gymnastiques qui ont pour but non seulement de donner au corps plus de force et de souplesse, mais d'imprimer aux mouvements plus de régularité, de briser chez les aliénés leur tendance à prendre des tics particuliers, des habitudes excentriques et à se laisser aller à l'automatisme et à la monotonie des actes… ».* G. Ballet défend la technique du massage, préconisée par Massy, dans la neurasthénie, l'hystérie, et la paralysie « agitante ».

Dès la fin du XIX^{ème} siècle et les premières années du XX^{ème} les thérapies corporelles ne garderont dans les traités qu'un aspect anecdotique, accessoire, et progressivement décrié. C'est en fait P. Sivadon qui a remis à l'honneur, dès 1948 au C.T.R.S. de Ville Evrard, la rééducation motrice comme méthode thérapeutique des maladies mentales. Puis, il a développé, dans de meilleures conditions, à l'Institut Marcel Rivière, une approche spécifique corporelle du traitement des maladies mentales. Ces deux expériences ont été présentées avec F. Gantheret, dans l'ouvrage « La Rééducation Corporelle des Fonctions Mentales ». Dans son introduction, P. Sivadon rappelle les progrès récents des thérapeutiques psychiatriques, permettant la rééducation des fonctions mentales. *« Parmi ces méthodes, certaines ont pris un important développement ; telles sont les psychothérapies et parmi elles la psychanalyse qui est arrivée à un degré de rigueur technique et d'élaboration conceptuelle particulièrement élevés. D'autres, au contraire, longtemps négligées, restent encore mal pourvues d'assises théoriques et, pour beaucoup de psychiatres sont encore reléguées au rang de « distraction » ; telles sont les thérapies dites institutionnelles, essentiellement socio et ergothérapiques.*

Au plus bas de l'échelle, se trouvent, sans doute, les physiothérapies qui s'adressent au corps ».

+ Par Jean-Pierre Zana, Cadre de santé Masseur Kinésithérapeute, Ergonome - expert jeanpierrezana@gmail.com

Et pourtant, les fonctions mentales qui assurent les relations du sujet avec l'environnement utilisent des procédures faisant appel à la sensorialité, la sensibilité, la motricité. A partir de ces expériences se constituent l'image de soi, l'image des objets et la représentation de l'organisme par rapport à ces objets et aux mouvements réels ou possibles dans cette situation. Sivadon imagina qu'on pouvait par des méthodes fort simples (massages, éducation physique, expression corporelle) créer des situations thérapeutiques permettant de ré-aménager les rapports significatifs du malade mental avec autrui, les objets et les lieux. Il a publié, en leur temps, ses expériences en insistant sur sa fonction de thérapeute « ayant le souci de développer et de perfectionner les aspects les plus divers de la thérapeutique psychiatrique en les intégrant dans un ensemble équilibré et cohérent ». Mais en même temps, il a recherché la signification de méthodes dont l'efficience généralement admise reste étrangement négligée ou incomprise. Car les méthodes de rééducation fonctionnelle et tout particulièrement la kinési – physiothérapie ne sont points des adjuvants d'actions thérapeutiques essentielles ; ce sont des moyens fondamentaux de mobilisation, dans un sens jugé curatif de l'existence d'un malade mental. Ceci pose la question des fondements théoriques qui font de la corporéité une notion essentielle dans la compréhension de l'existence humaine. Les racines de ces interrogations sont lointaines mais une explosion d'intérêts plus contemporains alimente les expériences et les réflexions. L'analyse des mouvements a été faite par Buytendijk qui distingue Sivadon ayant une finalité, les mouvements expressifs qui ont une signification immanente sans être finalisés et les mouvements représentatifs qui sans être finalisés sont intentionnels. Le mouvement, c'est-à-dire l'expression de l'émotion est issue d'un fond commun universel, à la racine la plus primitive de nos réactions organismiques. C'est la base de la communication ; le geste traduit un vécu affectif, il le trahit parfois, qu'il s'agisse des « actes manqués », pointés par les psychanalystes, de la communication non verbale, étudiés par les éthologistes ou de la référence symbolique des gestes et attitudes. D'autres auteurs ont valorisé le tonus musculaire, base de l'unité psycho – corporelle. Un mouvement naquit des travaux de Gerda Alexander, rythmicienne associée à Carl Alexander Niel, Moshe Feldenkrais et Rosalia Chladek. Il donnera naissance beaucoup plus tard à ce que l'on nomme les techniques psychocorporelles. Les méthodes de relaxation se sont largement développées avec diverses options théoriques, décrites dans un autre article de l'EMC (Zana JP. Techniques psychocorporelles et techniques de relaxation en pratique kinésithérapique. EMC - Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2014 10(3):1-11 [Article 26-089-T-10]). Les nouvelles thérapies ne s'adressent pas au corps, outil, instrument dont on se sert, formé par la famille, l'école, le travail, mais a un autre corps, un corps perdu précisément par la tradition et la nécessité d'être efficace, rentable et productif, un corps enfoui qu'il faut retrouver à travers des thérapies particulières… C'est au corps des sensations, des émotions, de leur perception, de leur mémoire, de leur expression qu'elles s'adressent.

Éliane Perrin soutient que ces nouvelles thérapies s'inscrivent en contrepoint d'une crise de la médecine occidentale *« ouverte par la psychanalyse et la psychosomatique qui ont replacé le psychisme dans le corps, la conscience et l'inconscient du patient dans le causes, l'évolution et le sens de la maladie, et qui ont postulé son unité comme moyen et critère de santé ».* Mais on néglige peut-être une réforme conceptuelle fondamentale qui replace le concept de maladie mentale par celui de Santé Mentale. Ces nouvelles thérapies ne sont en fait pas destinées à guérir des maladies identifiées ; elles sont plutôt destinées à renforcer le potentiel de santé que chacun possède en lui.

« Même si l'idéologie, les valeurs auxquelles ces pratiques se réfèrent sont celles du retour à la nature, de la libération des pulsions, des instincts retrouvés, ce dont il s'agit finalement, c'est bien sûr de n'en plus avoir peur, de les maitriser. Un retour à la nature civilisée… » (E. Perrin).

SALON BODY FITNESS

Musclez votre business - **Boostez** votre quotidien

13.14.15 MARS 2020

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

COMMANDEZ VOTRE **BADGE GRATUIT** avec le code **APG1** sur

salonbodyfitness.com

Reed Expositions

VIVE LA FORME

FIBO GLOBAL FITNESS

+ Par Alain Garnier, kinésithérapeute. Ancien président du Cefips président de l'AMK/Physiomuséum

Le musée de la kinésithérapie/Physiomuséum

Louis Lareng, l'un des premiers parrains du musée de la kinésithérapie/Physiomuséum s'en est allé

Le Professeur Louis Lareng le créateur des Samu, de la protection civile et de la télémédecine ancien président de la fédération de la protection civile pendant 18 ans, est décédé à Toulouse le 3 Novembre 2019. C'était un fervent défenseur des kinésithérapeutes avec lesquels il entretenait des rapports simples. C'est donc simplement lors d'un entretien avec lui que je lui ai demandé s'il acceptait de nous donner son parrainage ce qu'il fit avec enthousiasme : il m'ouvrit son carnet d'adresses très fourni, ce qui bien sûr a facilité nos premiers contacts. Les rencontres se succèdent avec le directeur du CHU ; la présidente du Musée de la médecine à Toulouse… etc. Dès ses fonctions de chef de service en réanimation à l'hôpital Purpan il introduit la kinésithérapie auprès des patients souffrant de troubles respiratoires (1965).

Il participe à de nombreux congrès de kinésithérapie organisés par le Cefips. Lors d'un congrès il participe à la soirée de Gala organisée à Auch à l'hôtel de France célèbre par le chef étoilé André Daguin et à cette occasion est intronisé chevalier d'Armagnac. Dans les années 1980 je l'accompagne à l'Elysée pour rencontrer Jacques Attali et tenter de mettre en place une mission en Chine pour que les kinésithérapeutes aient accès à la médecine chinoise. Il rencontre Ming Wong* avec moi et pendant les débuts il adhère à une association de médecine chinoise avec le Dr Claude Roustand ** à laquelle adhèrent des confrères. Je le remercie pour tout ce qu'il a fait pour la kinésithérapie en général et à Toulouse en particulier.

*Ming Wong, voir sa biographie sur www.musekine.fr

** Dr Claude Roustand ancien président de la fédération française des médecins acupuncteurs

NOS PARTENAIRES

Andil Toulouse, SNMKR Paris, CDOMK 31, FFMKR31, Mairie de Toulouse, All Care Innovation Bourg Les Valence, URPS Occitanie, URPS Val de Loire, URPS Normandie, URPS Centre Val de Loire, URPS de l'océan indien.

Adhérez au Physiomuséum (AMK) en 2020 : 40€ à adresser au 38 chemin des vieilles écoles 31200 Toulouse

+ Par Pascal Turbil

alturgences

DES ALTERNATIVES EXISTENT

Une nouvelle application pour toutes les spécialités médicales

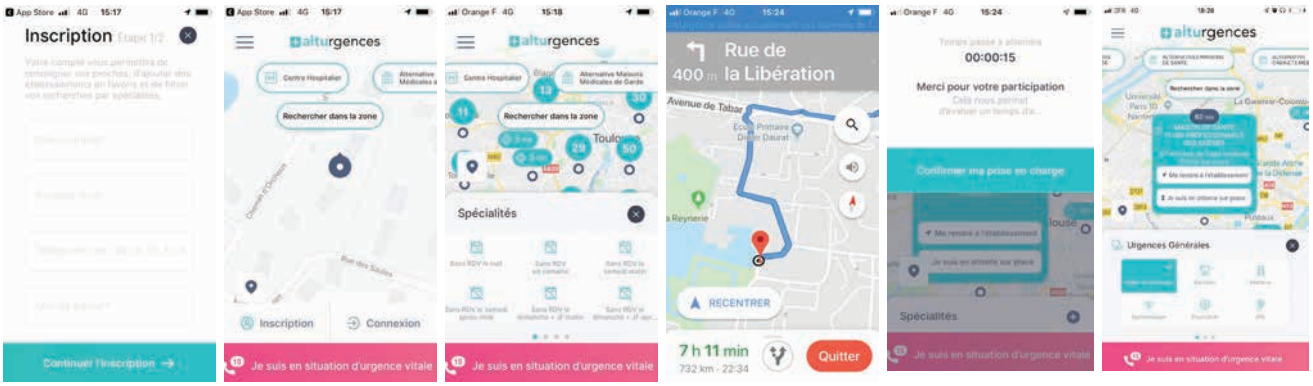
Jérôme et Thomas Verhnes proposent une nouvelle application pour répondre au besoin d'« urgences » des différentes spécialités médicales, dont la kinésithérapie.

Comment y accéder ?

Il y a 3 conditions pour pouvoir être intégré dans l'application :

- Pratiquer une discipline reconnue et être enregistré à un ordre médical (Médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes…)
- Proposer des jours ou horaires de consultations sans rendez-vous
- Faire sa demande de référencement gratuit via notre formulaire en ligne : **https://www.alturgences.com/medecins**

Le référencement de l'application est et restera gratuit.



www.alturgences.com

+ BVA/Adrea

Expérience Patient
La grande inconnue

l'Institut Français de l'Expérience Patient a révélé les premiers enseignements de la 2e édition du baromètre de l'expérience patient[1] réalisé par l'Institut BVA, avec le soutien de la Fondation d'entreprise ADRÉA. Après avoir interrogé les professionnels de santé en 2018, l'objectif cette année était de compléter l'étude avec le point de vue des usagers du système de santé.

Leur santé, ou celle de leur proche, constitue de manière très nette la principale préoccupation des Français, comme le révèle l'étude. Quelles sont leurs attentes vis-à-vis du système de santé, comment analysent-ils leurs interactions avec les professionnels de santé, comment et avec qui partagent-ils leur expérience en tant que patients ? Autant de questions posées aux Français, qui méconnaissent largement la notion d'expérience patient.

Ainsi, à l'heure où la situation du système de santé, et notamment celle des services d'urgence, est plus que préoccupante, il est apparu essentiel à la Fondation d'entreprise ADRÉA de se pencher sur les composantes de l'expérience patient et d'identifier les éléments qui, à travers le prisme du vécu et du ressenti des patients, constituent des leviers d'amélioration du système de santé.

Les enseignements à retenir

- La santé est la première préoccupation de 38% des Français, nettement devant la situation financière du foyer (préoccupation première pour 21% des Français), la retraite ou l'emploi (qui constituent l'un et l'autre la préoccupation première de 10% des Français).
- 9 Français sur 10 n'ont jamais entendu parler d'expérience patient.
- Les personnes interrogées ont eu plus souvent de bonnes expériences que de mauvaises, même si cela peut varier lorsque l'expérience patient est en ville (où l'expérience est positive à 91%) ou à l'hôpital (où l'expérience est positive pour 87% des personnes interrogées).
- 72% des personnes interrogées ne partagent jamais leur expérience en tant qu'usager du système de santé sur internet. 83% estiment que le fait de partager son expérience est utile pour les autres patients afin qu'ils comprennent mieux leur maladie, le suivi des traitements, se sentent moins seuls...
- Si la proximité géographique est le facteur le plus important dans le choix de son établissement ou de son praticien, on note que la recommandation de proches intervient plus souvent (31%) que celle du médecin traitant (19%). Par ailleurs, très peu de Français (4%) prennent en compte les informations trouvées sur internet ou les réseaux sociaux dans leur choix.

L'expérience patient, une notion très peu connue des Français

L'étude met en lumière le fait que 9 Français sur 10 n'ont jamais entendu parler d'expérience patient. Concrètement, l'expérience patient désigne les interactions ainsi que le vécu et les ressentis des personnes lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé. L'analyse des composantes de l'expérience patient permet de mieux prendre en considération les attentes et les préoccupations des patients, mais aussi d'identifier les leviers d'amélioration du système de santé. Cette notion est en revanche mieux connue des professionnels de santé : en 2018, ils étaient 45% à avoir déjà entendu parler d'expérience patient.

Une expérience plus souvent positive pour les patients que pour les aidants

Globalement, comme le révèlent les chiffres de l'étude, la dernière expérience à l'hôpital ou en consultation des Français interrogés s'est avérée positive. Il faut noter que cette expérience a été légèrement plus positive pour les patients ayant consulté un professionnel de santé en dehors de l'hôpital (expérience positive pour 91% des Français) que pour les patients s'étant rendus à l'hôpital (expérience positive pour 87% des Français). À noter que l'expérience du proche accompagnant a été positive dans 79% des cas.

Lorsqu'on les interroge sur les éléments les plus importants pour eux, en s'appuyant sur leur dernière expérience, les patients ont indiqué que la relation avec les professionnels arrive en tête, devant le soutien des proches et l'organisation du parcours de santé/de la prise en charge.

Le bouche à oreille fonctionne toujours en matière de santé

Dans le domaine de la santé, le choix du praticien n'est pas pris à la légère et repose beaucoup sur les recommandations de tierces personnes. Alors que l'on pourrait penser que la recommandation de son médecin traitant est un critère de choix important, il apparaît qu'elle ne joue un rôle déterminant que pour 19% des personnes interrogées. En revanche, pour 31% des Français, la recommandation d'un proche (ami, famille, connaissance), est décisive. À noter également que les sites internet, les forums et les réseaux sociaux n'ont un impact dans le choix du praticien ou de l'établissement de santé que pour 4% des personnes interrogées.

Internet, un média pertinent pour partager son expérience patient ?

Si les informations trouvées sur internet, notamment les réseaux sociaux ou les forums, n'influencent que très faiblement les usagers du système de santé dans le choix de leur praticien ou de leur établissement de santé, ils sont aussi très peu nombreux à s'appuyer sur ces outils pour partager leur expérience. En effet, 72% des personnes interrogées ne partagent jamais leur expérience en tant qu'usager du système de santé sur internet. Un chiffre qui ne pourrait être interprété comme un désintérêt des usagers du système de santé pour ce média puisque, dans une étude de la Fondation d'entreprise ADRÉA réalisée en 2018 par Opinion Way2, 17% des Français estimaient qu'une application mobile ou un site internet sont des outils pertinents pour permettre aux patients d'être davantage acteurs de leur parcours de soins (notamment pour trouver des informations fiables et utiles sur leur santé, ou être mis en relation avec d'autres personnes dont le parcours de soins est similaire au leur).

Plus d'information sur : fondation.adrea.fr

1 • Enquête réalisée auprès d'un échantillon de 2000 Français âgés de 18 ans et plus, interrogés par internet du 3 octobre au 7 novembre 2019

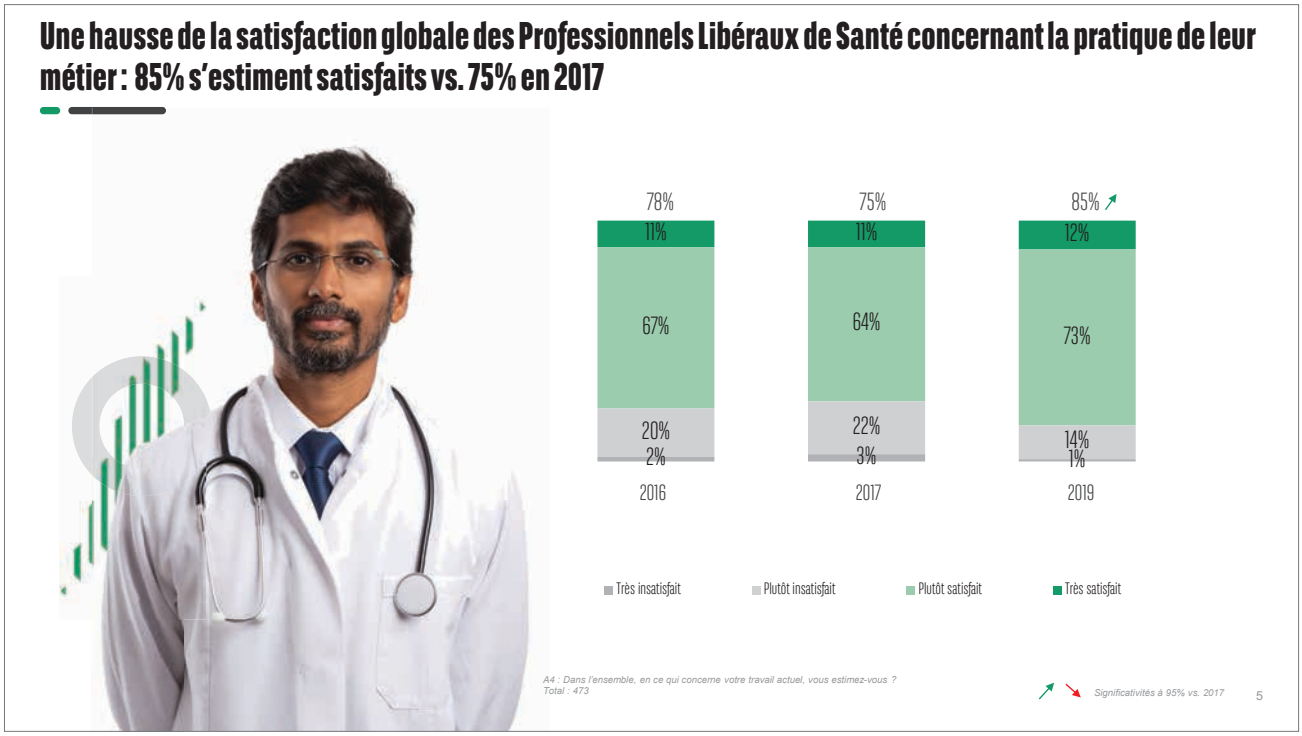
2 • Étude quantitative réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1144 Français âgés de 18 ans et plus, du 16 août au 28 septembre 2018. Résultats consultables ici : https://fondation.adrea.fr/actualites/resultats-enquete-opinion-way-2018-francais-role-patient-systeme-sante

+ Par CMV / Médiforce

8e édition de l'Observatoire des professionnels libéraux de santé

Des Kinés fiers, ouverts, mais méfiants

Nouvelles technologies, débats de société, mesures gouvernementales, avenir de leurs professions… Les professionnels de santé (pharmaciens, radiologues, médecins généralistes, infirmiers libéraux, ophtalmologues, chirurgiens-dentistes et kinés/ostéopathes) se sont soumis au questionnaire du désormais classique observatoire des PLS (professions libérales de santé). Si l'ensemble est globalement positif, y compris pour les kinésithérapeutes. Il reste encore des points d'achoppement…



+ Par CMV / Médiforce

Les mots des PLS concernant leurs raisons de recommandation de leur profession en libéral

PHARMACIENS

"L'avenir est au salariat, avec congés payés et couverture sociale et 35 heures par semaine."

KINÉSITHERAPEUTES

"Je suis plutôt satisfait de mon activité en libéral mais je pense que les conditions de travail en milieu hospitalier se dégradent."

RADIOLOGUES

"Spécialité évolutive de haute technologie à niveau de revenu élevé."

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

"Parce que mon métier est toujours passionnant mais nous sommes de plus en plus soumis à des tâches annexes administratives rébarbatives."

"J'aime être libre de mes horaires, pour mes vacances, exercer comme je l'entends, ne devoir rendre de compte à personne, être mon propre patron."

INFIRMIERS

"Malgré les problématiques. C'est un métier où il y a du travail qui est très intéressant et enrichissant. Avec de la technicité, du savoir-faire. Évolution possible."

OPHTALMOLOGUES

"L'exercice libéral permet de se libérer du temps sans avoir à rendre de compte. On peut travailler juste ce qu'il faut pour un niveau de vie très correct."

Globalement satisfaits

Un climat apaisé pour l'ensemble des Professionnels Libéraux de Santé (PLS). La satisfaction liée à la pratique de leur métier est à la hausse depuis 2014 pour retrouver le niveau de 2011 (5,7/10). Ils sont également plus optimistes pour l'avenir de la profession depuis 2014 et recommandent plus largement leur profession aux jeunes (64% vs. 53% en 2017). Les contraintes administratives et budgétaires se sont améliorées depuis 2017 permettant ainsi aux PLS de se concentrer davantage sur leur métier.

Les mots des PLS concernant leurs raisons de non recommandation de leur profession en libéral

PHARMACIENS

"La profession prend un grand virage quant à son mode d'exercice. C'en est fini de la petite officine de quartier. L'avenir est aux grandes structures financières, aux sociétés."

KINÉSITHERAPEUTES

"J'ai un garçon et je ne lui conseillerai, ni ne l'encouragerai à devenir Kiné!! Il y a une grosse pression de la CPAM, les gens nous prennent pour des nantis alors que notre pouvoir d'achat ne fait que baisser."

RADIOLOGUES

"Soumission aux diktats du ministère de la santé. Accès aux techniques modernes d'imagerie contingentées. Évolution sans arrêt baissière des honoraires. Toujours plus de travail et de responsabilités."

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

"Le libéral a de moins en moins d'intérêt, beaucoup de travail non médical, pas de reconnaissance, de plus en plus de contraintes extérieures (CPAM...) qui font perdre l'intérêt de l'indépendance. Et manque de protection sociale."

INFIRMIERS

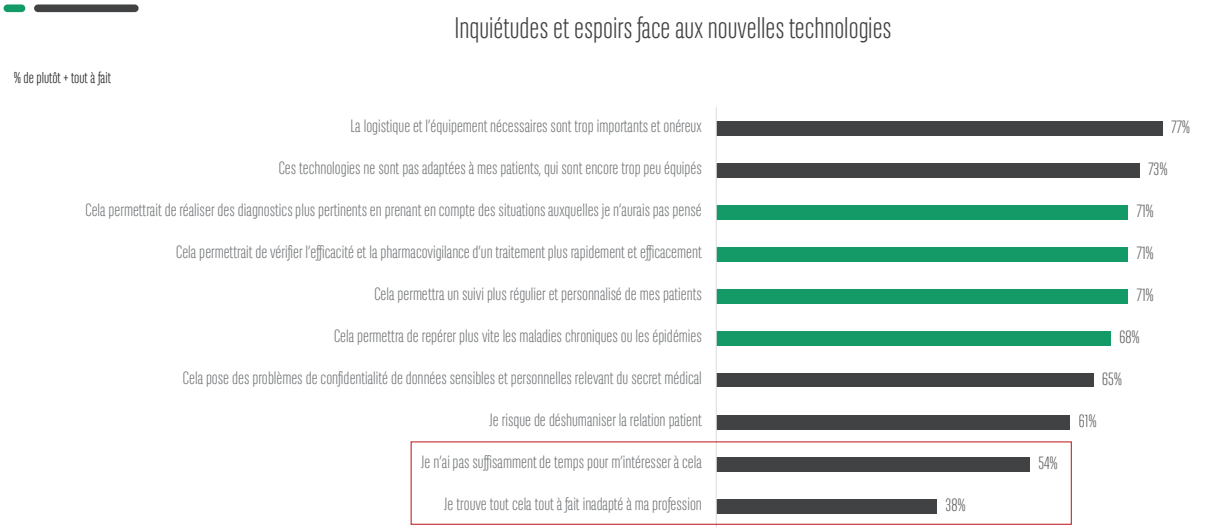
"Notre profession est peut être en manque de devenir. Il y a un glissement de nos compétences vers d'autres professionnels tels que les pharmaciens et les aides soignantes !"

CHIRURGIENS-DENTISTES

"Les tarifs vont être plafonnés pour les soins et prothèses."

+ Par CMV / Médiforce

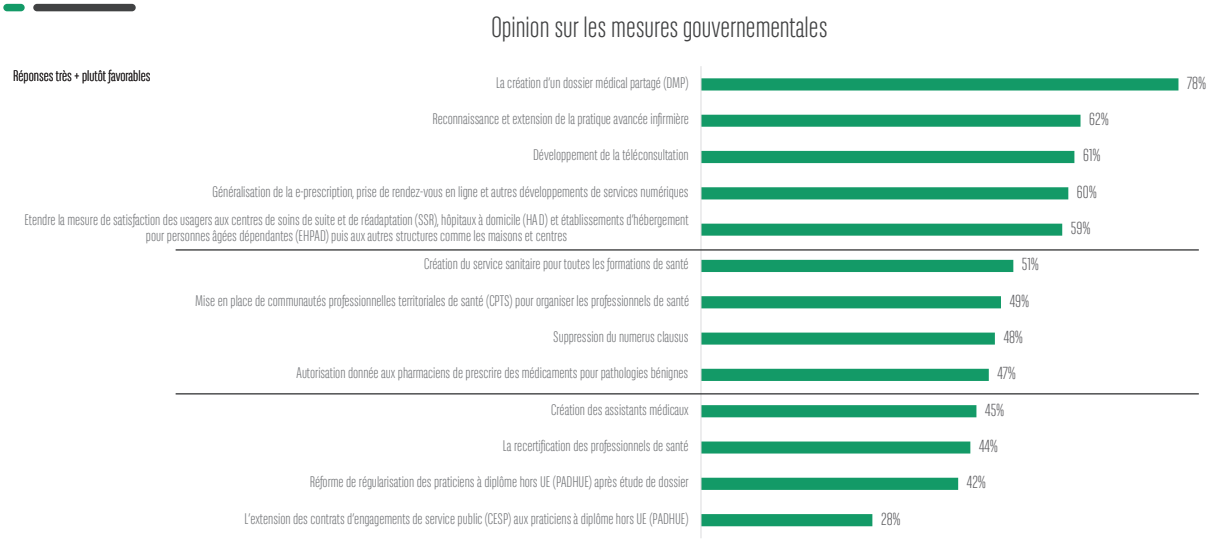
La mise en œuvre dans la profession et auprès de la patientèle est un frein à l'adoption de nouvelles technologies. L'amélioration de l'efficacité et des conditions de travail sont les leviers de l'adoption de nouvelles technologies



Evolution des métiers et nouvelles technologies

Les mesures gouvernementales ont impulsé un changement de pratique et de travail. Les réformes liées à un meilleur partage d'information patient sont les mieux accueillies et les plus utilisées. Les innovations technologiques permettant de faciliter l'exercice des Professions Libérales de Santé (PLS) sont les plus largement utilisées : outil connecté, téléassistance, télé expertise, IA....
Le droit à mourir dans la dignité (ADMD), l' IVG et PMA sont des débats de santé acquis par les PLS.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est la réforme qui recueille le plus d'avis favorables pour l'ensemble des PLS. Les PLS sont aussi favorables à l'intégration de nouvelles technologies. L'extension des responsabilités des services et de certaines professions sont des mesures privilégiées



+ Par CMV / Médiforce

LE POINT DE VUE DES KINÉS

D

Kinésithérapeutes / Ostéopathes

Un haut niveau de satisfaction enregistré et identique à 2017

Ils sont plus nombreux que la moyenne à mentionner un niveau de rémunération inférieur par rapport à leur charge de travail

Ils sont plus réticents à la création des assistants médicaux que les autres Professionnels Libéraux de Santé (PLS)

46

RÉSULTATS CLÉS : KINÉSITHÉRAPEUTES / OSTEOPATHES

LES KINÉSITHÉRAPEUTES SONT FIERS MAIS SONT PLUS À MENTIONNER UN FAIBLE NIVEAU DE RÉMUNÉRATION PAR RAPPORT À LEUR CHARGE DE TRAVAIL

86% des kinésithérapeutes trouvent que leur travail rapporte peu par rapport à leur charge de travail (vs. 62% du total PLS)

DES KINÉSITHÉRAPEUTES RELATIVEMENT OUVERTS AUX INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES

Ils recommandent plus largement l'utilisation des outils de santé connectés à leurs patients (67% vs. 51%)

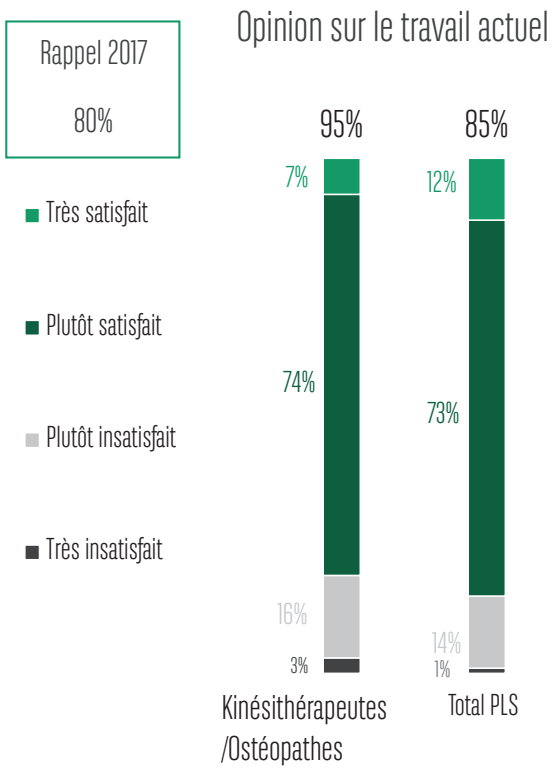
DES PROFESSIONNELS FAVORABLES AUX MESURES GOUVERNEMENTALES

Ils y sont largement favorables sauf pour la création d'assistants médicaux (33% vs. 45%)

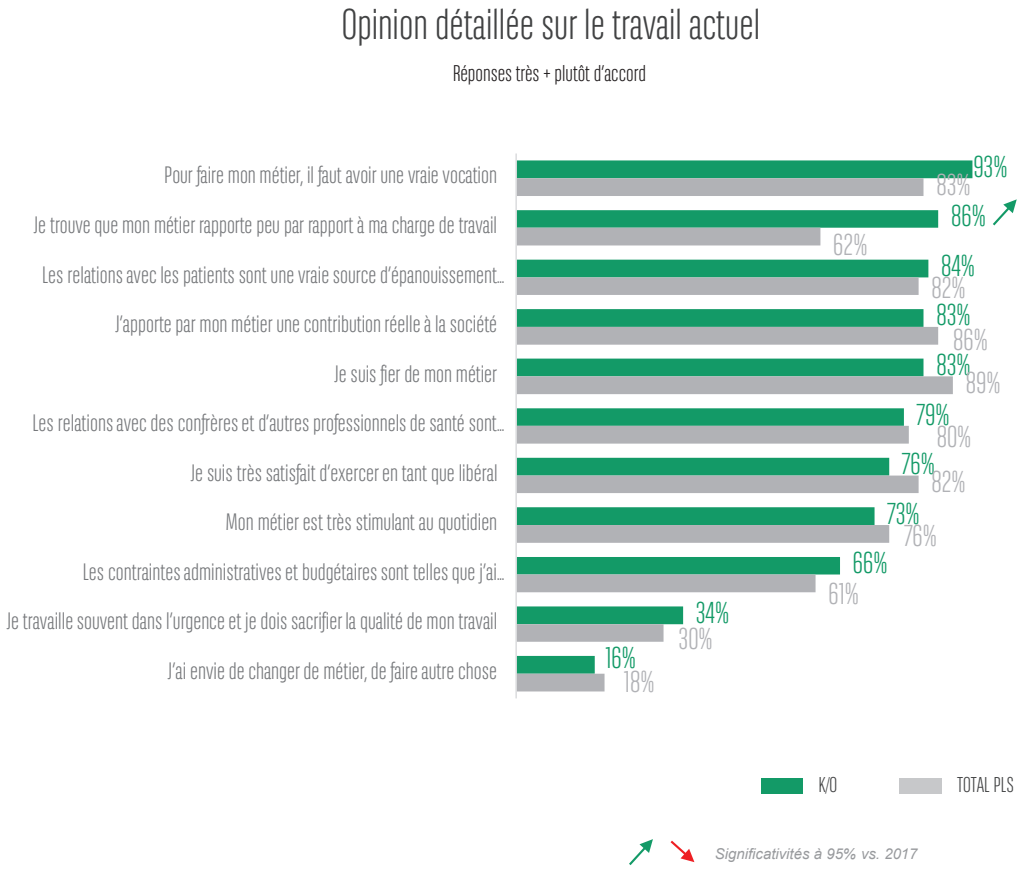
47

+ Par CMV / Médiforce

Une satisfaction en ligne avec leurs confrères mais les kinésithérapeutes / ostéopathes s'estiment bien plus lésés au niveau de leur rémunération que leurs confrères



A4 - Dans l'ensemble, en ce qui concerne votre travail actuel, vous estimez-vous ?
A5 - Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les phrases suivantes représentant l'idée que vous pouvez vous faire de votre métier ?
Total : 70



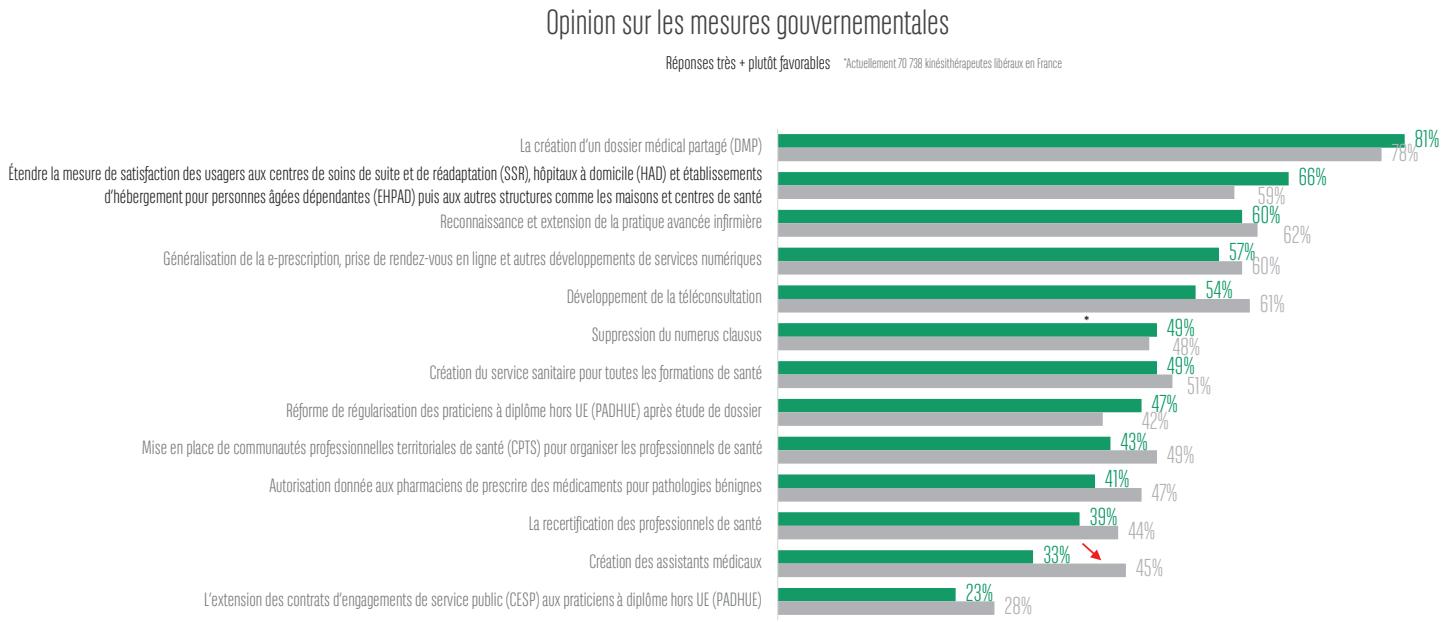
+ Par CMV / Médiforce

Un climat plus favorable

Un moral toujours assez moyen mais qui s'améliore depuis 2014, année noire de l'annonce du tiers payant généralisé et des tarifs sociaux, l'opinion des professionnels de santé sur leur profession est en tendance positive. La tendance se confirme encore en 2019 avec une satisfaction de 5,7/10 sur leur profession actuelle. L'opinion des professionnels de santé sur leur profession n'a jamais été aussi élevée depuis 2011 !

Une tendance qui se confirme sur toutes les professions. Une opinion négative des professionnels de santé à la baisse, toutes professions confondues exceptés les pharmaciens qui eux restent stables. Médecins généralistes et dentistes enregistrent la plus forte baisse avec -11% et -13% d'opinions négatives vs. 2017. Les ophtalmologues sont les moins pessimistes sur leur profession avec seulement 11% d'opinion négative. Une opinion expliquée par une amélioration des conditions de travail. La tendance est à nouveau positive cette année en ce qui concerne la satisfaction des professionnels de santé sur leur travail actuel. 85% d'entre eux se disent très satisfaits ou plutôt satisfaits de leurs conditions de travail vs. 75% en 2017 et 78% en 2016. Une tendance qui se confirme auprès de toutes les professions sauf les pharmaciens qui enregistrent un score stable de 72% de satisfaction (vs. 73% en 2017).

Les kinésithérapeutes / ostéopathes sont moins favorables à la création des assistants médicaux



Mais il reste des freins, notamment pour les kinésithérapeutes

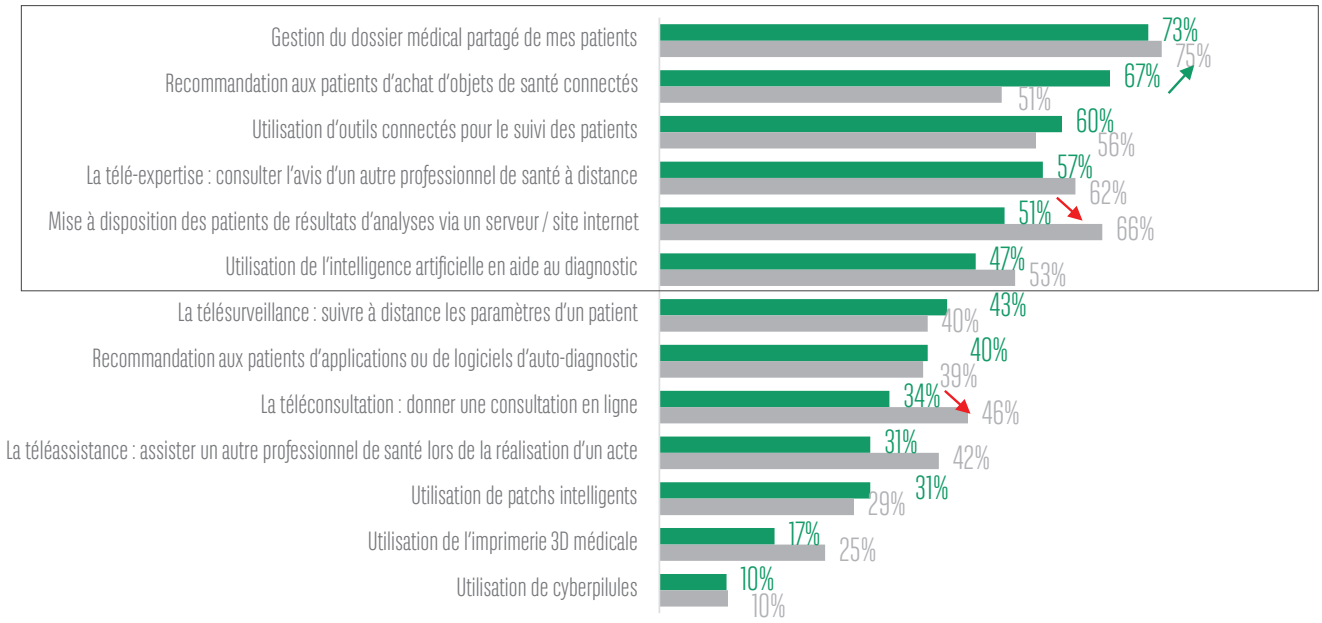
Un optimisme affiché pour l'avenir de la profession mais les professionnels de santé restent prudents. Forts de leur situation professionnelle actuelle, les professionnels de santé sont optimistes quant à la situation future de leur profession avec un chiffre en progression positive vs. 2017 (4,7 contre 4,4). Cette tendance touche également chaque profession bien que certaines restent plus réservées : c'est le cas des infirmiers, généralistes et kinésithérapeutes/ostéopathes. Un chiffre qui reste toutefois inférieure à l'optimisme affiché il y a 8 ans lorsque l'on atteignait une opinion de 5,1/10 en 2011.

+ Par CMV / Médiforce

Les kinésithérapeutes / ostéopathes recommandent plus largement des objets de santé connectés à leurs patients que les autres PLS

Adoption des nouvelles technologies

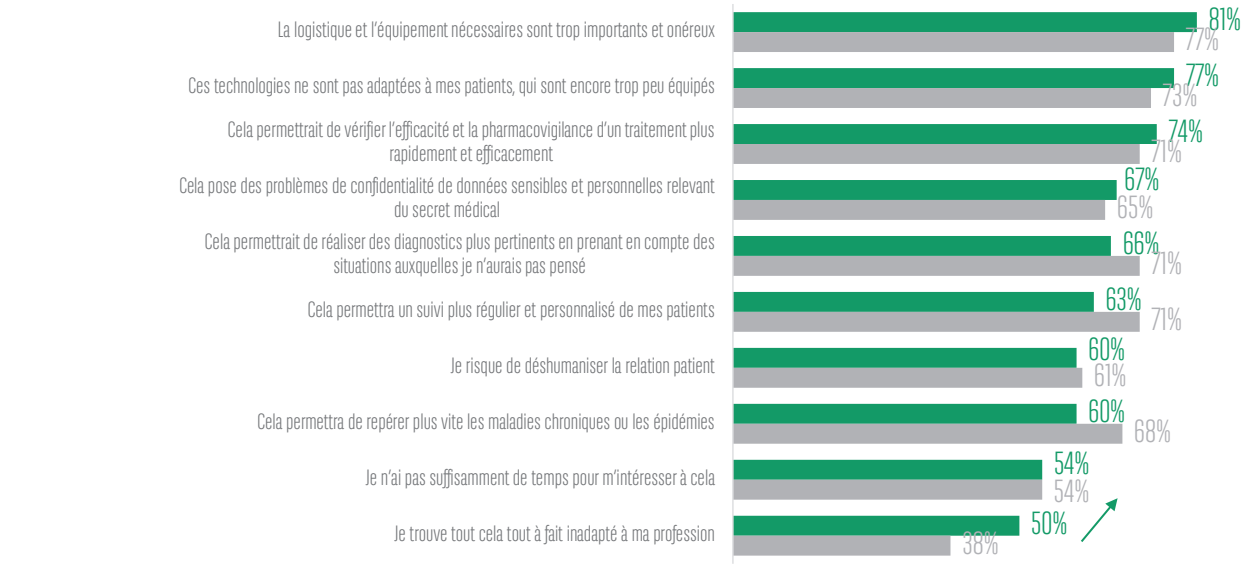
Réponses tous les jours + de temps en temps + prévoit de le faire



Selon les kinésithérapeutes et ostéopathes, les nouvelles technologies sont moins adaptées à leur profession

Inquiétudes et espoirs face à ces nouvelles technologies

Réponses tout à fait + plutôt d'accord



B3 - Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les phrases suivantes pouvant exprimer l'opinion que vous vous faites du développement de ces innovations et nouvelles technologies ?
Total : 70

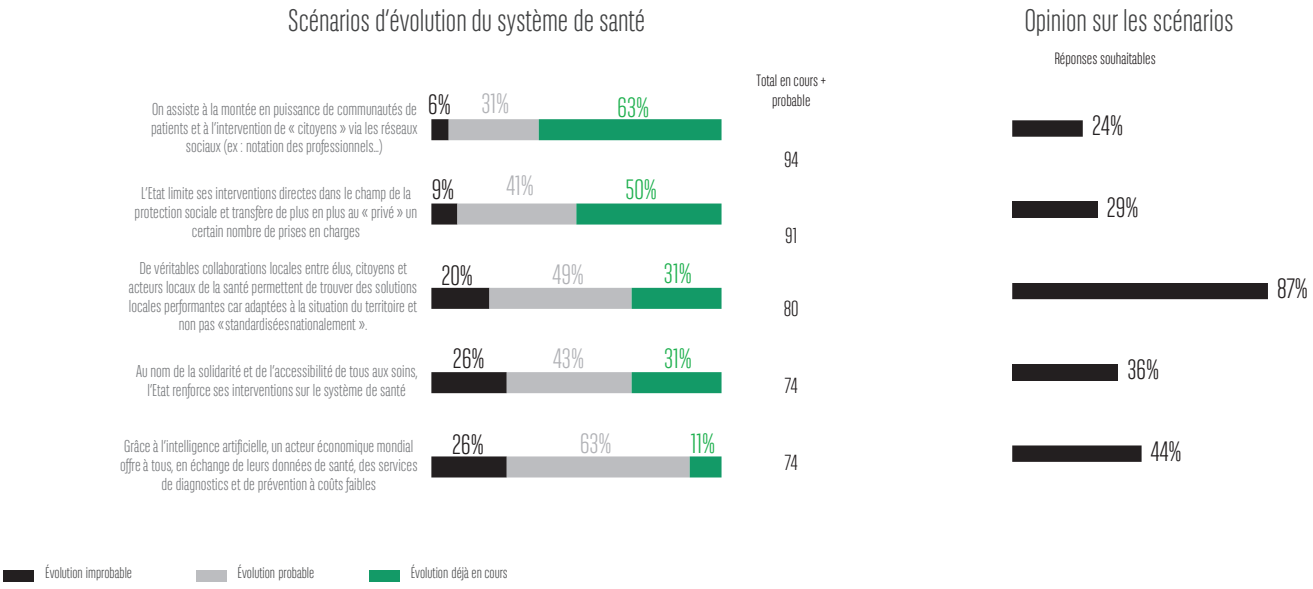
Significativités à 95% vs. 2017

+ Par CMV / Médiforce

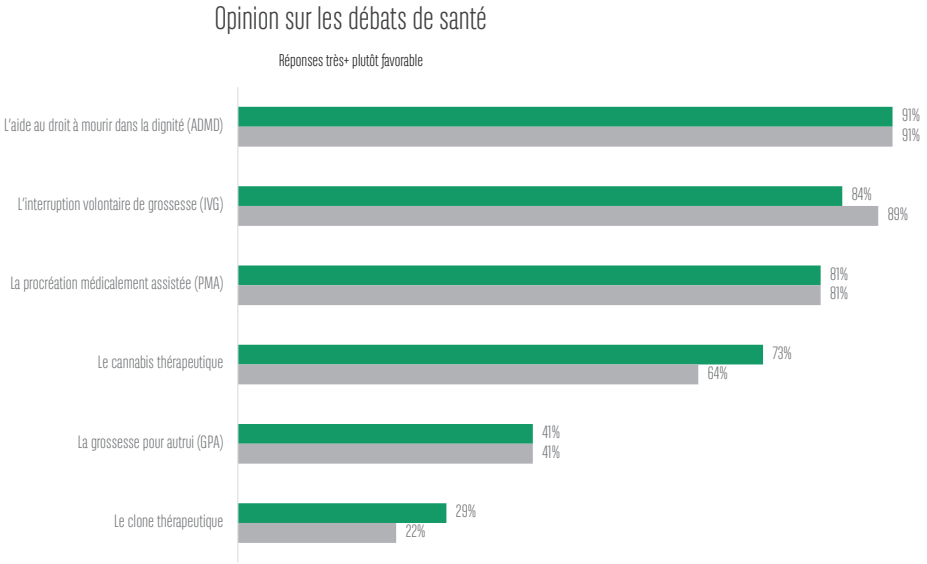
Les professionnels de santé recommandent davantage leur métier pour 64% d'entre eux. Une recommandation poussée par les ophtalmologues davantage satisfaits de leur situation, notamment financière, mais freinée par les généralistes, dentistes et pharmaciens qui sont plus mitigés face aux mesures gouvernementales ou la règlementation des prix de médicaments pour les pharmaciens.

Bien que les contraintes administratives et financières semblent s'être allégées, elles restent la principale raison de non-recommandation de leur métier pour 40% des professionnels, notamment les contraintes administratives et les charges qui pèsent sur leur métier. Kinésithérapeutes/ostéopathes et infirmiers se plaignent également particulièrement d'un manque de reconnaissance pécuniaire face à leur charge de travail, ils sont en effet les moins rémunérés avec les pharmaciens.

Les kinésithérapeutes/ostéopathes sont favorables à la création de collaborations locales (87%) mais ne souhaitent pas voir les patients intervenir au travers des réseaux sociaux (24%)



L'opinion sur les débats de santé est en harmonie avec celle de l'ensemble des PLS



Effets d'un programme d'autogestion de la douleur chronique en contexte réel de pratique

MOTS-CLÉS
Douleur chronique
Éducation thérapeutique
Fibromyalgie
Gestion de la douleur
Lombalgie
Réadaptation

AUTEURS CORRESPONDANTS
É. Lagueux, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de Réadaptation, Université de Sherbrooke, 3001 12e Avenue Nord, J1H 5N4 Sherbrooke, QC, Canada
Adresse e-mail : Emilie.Lagueux@USherbrooke.ca

RÉSUMÉ
Un Programme d'Éducation de Groupe pour l'Autogestion des Symptômes dOuloureux (PÉGASO) a été développé et évalué pour des patients atteints de fi bromyalgie et de lombalgie. Depuis 2015, ce programme a été adapté et intégré dans un centre d'expertise en gestion de douleur chronique au Québec (Canada) pour diverses patientèles atteintes de douleur chronique. L'objectif principal de l'étude est de documenter l'évolution temporelle au niveau d'issues cliniques à la suite du PÉGASO auprès d'une patientèle atteinte du syndrome douloureux régional complexe, de fi bromyalgie, de lombalgie ou de cervicalgie. Une étude quasi-expérimentale a été réalisée sur 71 dossiers de patients (données rétrospectives) qui ont été analysés selon ces variables : pensées catastrophiques, sévérité et impact de la douleur, effi cacité personnelle, humeur et anxiété. Les analyses ont été faites selon deux temps de mesure : avant et après l'intervention.
À la suite de l'intervention, nous avons observé une diminution statistiquement signifi cative sur la dramatisation face à la douleur ($p = 0,001$) ainsi que sur la sévérité ($p < 0,046$) et l'impact de la douleur ($p < 0,003$) pour tous les groupes. Pour les autres variables, aucun changement ne ressort globalement. Considérant les effets observés relativement modestes chez un groupe de patients ayant une douleur sévère et de longue durée, nos résultats nous portent à croire que PÉGASO devrait être offert plus tôt dans le processus de prise en charge de la douleur chronique.
Niveau de preuve : 4.
© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

En partenariat avec
Kinésithérapie la revue

Extrait du N°215 Novembre 2019

https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.12.024
© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

INTRODUCTION

La douleur chronique (DC), atteignant plus de 1,5 milliard de personnes dans le monde, est un problème de santé publique sérieux et hautement prévalent [1]. Au Canada, on estime qu'environ 21 % des adultes sont touchés par la DC [2].
Dans plusieurs pays, la principale problématique qui touche cette population est l'accessibilité aux soins de santé, et particulièrement le délai d'attente pour une prise en charge dans une clinique spécialisée [3]. Le temps d'attente moyen pour un rendez-vous dans les soins de santé publique au Canada est de six mois [4, 5] alors que l'association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain, IASP) recommande qu'une prise en charge soit effectuée dans les deux mois [6]. Il est documenté qu'une prise en charge tardive engendre de moins bonnes issues cliniques [7] telles que des effets néfastes au niveau de la douleur, de l'anxiété ainsi que des humeurs dépressives et des idées suicidaires [8].
Pour contrer cette problématique, l'IASP recommande une approche multidisciplinaire axée sur la promotion de l'éducation thérapeutique du patient [6]. En ce sens, les modalités d'intervention privilégiées par les approches multidisciplinaires sont :

- l'enseignement (ex. : éducation sur la maladie [6, 9, 10], techniques d'autogestion [6,11–14], techniques de relaxation [15]) ;
- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) [16, 17] ;
- les programmes d'exercices physiques [9, 10, 16, 17], et ;
- les traitements pharmacologiques [16].

Pour faciliter l'accessibilité à de tels services, la formule de thérapie de groupe incluant un volet éducatif [15], de la TCC [18] ou des exercices physiques [12] est privilégiée. Le volet éducatif permet d'améliorer la santé des patients en diminuant la douleur, les incapacités, l'utilisation du système de soins et les facteurs de risques psychosociaux [19]. La durée de ces interventions ne semble pas influencer les issues, puisqu'il
est démontré que les interventions brèves de groupe sont aussi efficaces que les interventions de longue durée [20].
Conformément à ces recommandations, le Programme d'Éducation de Groupe pour l'Autogestion des Symptômes dOloureux (PÉGASO) a été développé en 2014 et 2015 pour les patients atteints de fi bromyalgie (FM) [21] et de lombalgie (LBP) [22].
Face à la démonstration de l'effi cacité du PÉGASO-FM [21], ces programmes ont été adaptés puis intégrés pour d'autres pathologies douloureuses par un centre d'expertise en gestion de douleur chronique (CEGDC) (Sherbrooke, Québec, Canada).

Ainsi, l'objectif de l'étude est de documenter l'évolution temporelle au niveau d'issues cliniques à la suite du PÉGASO auprès d'une patientèle atteinte d'une des quatre pathologies suivantes : syndrome douloureux régional complexe (SDRC), FM, LBP et cervicalgie (CC), et ce, dans un contexte réel de pratique.

MÉTHODE

Schéma de l'étude

Une étude quasi-expérimentale (étude rétrospective avantaprès par revue de dossiers de patients ayant participé à l'intervention PÉGASO) a été choisie pour répondre à l'objectif principal. Le projet a été approuvé par le Comité d'Éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (projet # 2017-1626) et l'accès aux dossiers a été autorisé par le Directeur des Services Professionnels du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Participants

Afin d'être admissibles pour l'étude, nous avons sélectionné les dossiers des patients qui :

- étaient âgés de 18 – 65 ans ;
- avaient reçu des services du CEGDC du CIUSSS-CHUS ;
- avaient un diagnostic médical de SDRC, FM, LBP ou CC ;
- avaient reçu l'intervention PÉGASO entre novembre 2015 et mars 2017, et ;
- avaient complété un minimum de trois questionnaires auto-administrés (mesures de résultats) avant (T0) et après l'intervention (T1).

Intervention PÉGASO

Le PÉGASO est un programme d'éducation de groupe dont les objectifs sont de :

- développer sa capacité d'autogestion ;
- savoir reconnaître ses symptômes et les causes ;
- se fixer des objectifs motivants, réalistes et ajustés à ses capacités, et ;
- utiliser des stratégies effi caces dans sa vie de tous les jours pour mieux gérer ses symptômes. Ce programme a été initialement utilisé dans un contexte de recherche. Pour répondre aux besoins et aux contraintes du milieu clinique, certaines modifi cations ont été apportées à la version originale évaluée (Fig. 1). Dans le but de diminuer le temps d'attente, le contenu de la première rencontre de groupe a été modifié afi n de permettre la formation de groupes hétérogènes (pathologie non spécifi que). Ainsi, les informations propres à chaque pathologie ont été retirées afi n de présenter un contenu générique pour la gestion de la DC. Dans le cadre de cette étude, le nombre et la séquence des rencontres ont été modifiés. En contexte de recherche, les participants ont reçu deux séances de groupe spécifi ques à leur pathologie (trois heures). En contexte réel de pratique, ils ont reçu en plus de la première rencontre de groupe (générique) (trois heures) des rencontres individuelles (une heure). Ces rencontres permettaient de personnaliser l'information, d'effectuer des recommandations (ex. : exercices, gestion de la douleur, gestion des capacités) et d'accompagner les personnes dans leurs changements de comportement. Les rencontres étaient réalisées par l'ergothérapeute pour la patientèle SDRC et FM (une seule rencontre/une heure) et par un professionnel en physiothérapie (physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique) pour la patientèle LBP et CC (cinq à six séances de deux heures). La patientèle SDRC et FM quant à elle bénéfi ciait de deux autres rencontres de groupes (spécifi ques à leur pathologie) (trois heures chacune). Le contenu des séances est détaillé au Tableau I (Section B).

Dans le cadre de la présente étude, les trois professionnels ayant administré le PÉGASO avaient été formés a priori par l'un des chercheurs du projet. Tous les professionnels présentaient un minimum de cinq ans d'expérience avec une population atteinte de DC et étaient habilités à animer un groupe.

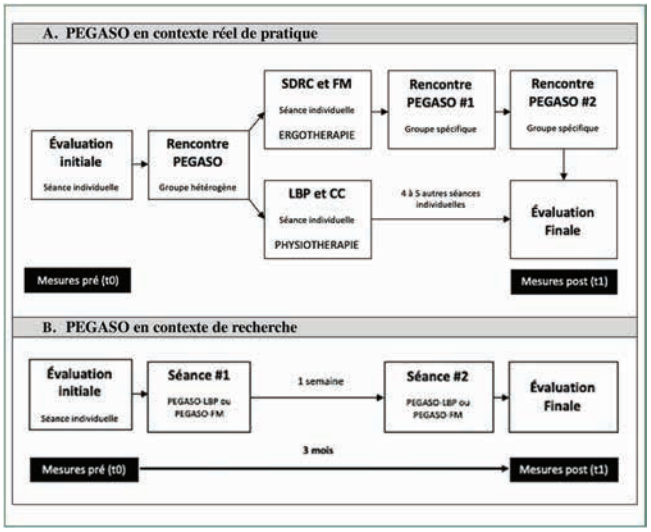


Figure 1. Comparaison entre (A) la structure PÉGASO implantée en contexte réel de pratique et (B) la structure initiale de PÉGASO dans un contexte de recherche.

Variables dépendantes et outils de mesure

Changement clinique :

Afi n de documenter les issues cliniques à la suite du PÉGASO en contexte réel de pratique, nous avons utilisé les questionnaires auto-administrés qu'avaient privilégiés les cliniciens du CEGDC, soit :

- la sévérité de la douleur et son impact sur la vie quotidienne : cette variable a été évaluée par la version courte du Bref inventaire de la douleur (Brief Pain Inventory, BPI) [23]. La différence minimale cliniquement importante (DMCI) est de -2,2 pour la sévérité et -2,1 pour l'impact de la douleur [24] ;
- l'anxiété : cette variable a été évaluée par l'Inventaire d'anxiété de Burns (Burns Anxiety Inventory, Burns AI) [25].

Il n'existe pas de DMCI pour cet outil ;

- les humeurs : elles ont été mesurées par l'Inventaire de dépression de Beck-II (Beck Depression Inventory, BDI-II) [26]. La DMCI est de -17,5 % [27] ;
- les pensées catastrophiques : elles ont été mesurées à l'aide de l'Échelle de pensées catastrophiques (Pain Catastrophising Scale, PCS) [28]. La DMCI est de -9,1 points [29] ;
- la perception de l'effi cacité personnelle : elle a été évaluée grâce à l'Échelle d'auto-effi cacité spécifi que à la DC (French-Canadian Chronic Pain Self-Effi cacy Scale, FC-CPSES) [30]. Il n'existe pas de DMCI pour cette échelle.

Afin de déterminer l'impact fonctionnel de la douleur sur la pathologie, les patients ont également rempli un questionnaire spécifi que à leur pathologie :

- SDRC au membre supérieur : version francophone du Quick Dash [31]. La DMCI est de -15,91 points [32] ;
- SDRC au membre inférieur : Questionnaire de Perception de la fonction spécifi que du membre inférieur [33]. La DMCI est de +9 points [34] ;
- FM : Questionnaire d'Impact de la Fibromyalgie (QIF) [35]. La DMCI est de -14 % [36] ;
- LBP : Échelle d'incapacité du dos de Québec [37]. La DMCI est de -15,8 points [38], et ;
- CC : Questionnaire Vernon-Mior pour le cou [39]. La DMCI est de -10 points [40].

Une première collecte de ces données a été réalisée lors de l'arrivée des participants dans le programme (T0). Les informations sociodémographiques (âge, sexe, scolarité) et les renseignements cliniques (durée, intensité de la douleur, etc.) ont été recueillis grâce à un auto-questionnaire utilisé au CEGDC. Une seconde collecte de données a eu lieu à la fin de la dernière rencontre du programme (T1).

Analyse statistique

Les analyses statistiques sont effectuées à l'aide des logiciels GraphPad, Excel et Social Science Statistics. L'analyse statistique n'est pas effectuée en intention de traiter. Le logiciel Excel a été utilisé pour l'analyse des données sociodémographiques ainsi que pour les données recueillies via les questionnaires auto-administrés. Afin de quantifi er de façon statistique les changements avant-après l'intervention (changement statistiquement signifi catif entre T0 vs T1), nous avons effectué des test-t (ou l'équivalent non-paramétrique). Pour les données présentant un changement statistiquement signifi catif ($p < 0,05$), un calcul de la taille de l'effet a été réalisé (coefficient d de Cohen) à l'aide du logiciel Social Science Statistics.

De plus, afi n d'estimer les changements cliniquement significatifs (DMCI), nous avons analysé la proportion de participants dont le changement (score delta entre T1 et T0) était plus grand que le DMCI. Cette DMCI est déterminée grâce aux données de la littérature [41]. Si le delta est plus grand que la DMCI, alors le changement est considéré comme cliniquement significatif. Les données ont été analysées pour l'ensemble des patients et pour chaque sous-groupe, soit un groupe correspondant à chaque pathologie (SDRC : n = 13, FM : n = 18, LBP : n = 28 et CC : n = 12).

RÉSULTATS

Données descriptives

Entre novembre 2015 et mars 2017, 288 personnes ont participé au PÉGASO proposé par le CEGDC. Nos analyses ont été faites sur les dossiers qui satisfaisaient tous les critères d'admissibilité. Or, seulement 71 dossiers de patients comprenaient le minimum de trois questionnaires complétés avant (T0) et après l'intervention (T1). Les caractéristiques démographiques et cliniques complètes des 71 participants sont résumées dans le Tableau II.

Changements cliniques à la suite de l'intervention PÉGASO

L'intégralité des résultats est disponible dans le Tableau III. Voici les grands constats pour les principales variables dépendantes.

Pensées catastrophiques

Une diminution statistiquement signifi cative ($p = 0,01$) est retrouvée dans l'analyse globale (-6,46 points ± 9,73). Dans cette même analyse, 24 participants (34,8 %) sur 69 ont atteint la DMCI, soit un changement cliniquement signifi catif. Les analyses en sous-groupe ont montré des résultats statistiquement signifi catifs pour le groupe SDRC ($p = 0,0007$) et LBP ($p = 0,0068$) avec une taille d'effet, respectivement, forte ($d = 1,525$) et moyenne ($d = 0,752$). Cependant, uniquement deux patients SDRC (15,4 %) sur 13 ont atteint la DMCI contre 13 patients LBP (46,4 %) sur 28.

Sévérité de la douleur : Une diminution statistiquement signifi-cative ($p = 0,046$) est retrouvée dans l'analyse globale (-0,63 points ± 1,94). On remarque un changement cliniquement signifi -catif (atteinte de la DMCI) chez 16 participants (24,6 %) sur 65. Le groupe LBP ne présente, quant à lui, aucun résultat statistiquement significatif, mais nous avons constaté un changement cliniquement signifi catif chez 8 patients (30,8 %) sur 26, qui ont atteint la DMCI.

De même, le groupe CC ne présente pas de résultat statistiquement signifi catif, mais cinq patients (45,5 %) sur 11 ont atteint la DMCI.

Tableau I. Comparaison entre (A) le contenu présent dans le PÉGASO contexte recherche et (B) le contenu présent dans le PÉGASO en contexte réel de pratique.

A. Contenu de PÉGASO recherche (FM et LPB)		
	Séance #1	Séance #2
PÉGASO-FM	Définition et diagnostic de la fibromyalgie Évolution de la FM dans le temps Pourquoi la douleur persiste Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques Stratégies d'autogestion des symptômes Mises en situation Devoirs, création d'objectifs	Compréhension des patients sur la FM et les fausses croyances Comment intégrer des exercices dans la routine quotidienne Techniques de conservation d'énergie Comment vivre avec les problèmes reliés à la FM Ressources locales
PÉGASO-LBP	Définition et diagnostic de la lombalgie Anatomie lombaire Douleur et chronicisation Modalités pharmacologiques Se fixer des objectifs	Posture et ergonomie Exercices généraux Stratégies pour l'autogestion des symptômes Traitements non pharmacologiques
B. Contenu de PÉGASO en contexte réel de pratique		
Groupe générique (3 h) SDRC, FM, LBP et CC	Concepts généraux de douleur persistante pour toutes douleurs chroniques : Physiologie de la douleur, douleur persistante, traitements pharmacologiques et non pharmacologiques Enseignements de stratégies d'autogestion de la douleur et de gestion du stress Mises en situation Création d'objectifs personnels Période de relaxation	
Rencontre individuelle (1 h) SDRC, FM, LBP et CC	Retour sur les devoirs donnés à la première rencontre Portrait fonctionnel et besoins spécifiques selon la pathologie Recommandations personnalisées et adaptées à chacun	
Suivi individuel (2 h) LBP et CC	Suivi composé de 5 à 6 rencontres, aux 2 à 3 semaines, en physiothérapie Exercices et stratégies de gestion de la douleur personnalisés	
Groupe spécifique #1 (3 h) SDRC et FM	Enseignements spécifiques à la pathologie : Définition de la pathologie, diagnostic et évolution de la maladie, traitements Période de relaxation	
Groupe spécifique #2 (3 h) SDRC et FM	Retour sur les enseignements et réponse aux questionnements des participants Discussion sur les obstacles et les facilitateurs quant à l'implantation de stratégies Période de relaxation Exercices en groupe (FM) Programme d'exercice à faire à domicile, pas en groupe (SDRC)	

Tableau II. Données sociodémographiques et cliniques des patients au moment de l'évaluation initiale (T0).

	SDRC	FM	LBP	CC
n total	13	18	28	12
Sexe				
Homme	4	2	14	2
Femme	9	16	14	10
Âge				
Moyenne ± écart-type	56,00 ± 7,45	49,65 ± 11,24	51,01 ± 13,69	55,13 ± 12,69
État Civil				
Célibataire	3	4	3	2
Marié/Conjoint de fait	7	10	24	9
Séparé/Divorcé	3	1	0	1
Veuf	0	2	0	2
Scolarité				
Primaire	2	0	0	1
Secondaire	3	5	9	4
DEP	4	4	9	1
Collégial	2	5	4	11
Universitaire	2	3	5	3
Statut d'emploi				
Travail	2	1	6	4
Arrêt de travail	6	8	7	2
Sans emploi	2	0	4	0
Retraité	1	2	6	9
Étudiant	1	2	1	0
Invalide	1	3	4	0
Aide sociale	0	2	0	0
Revenu				
CSST	6	1	1	1
SAAQ	1	0	0	1
Assurance salaire	3	7	3	1
Litige	0	0	0	0
Aide sociale	0	4	4	0
Pension	2	2	7	4
Salaire	1	1	6	4
Sans revenu	0	1	6	0
Autre	0	2	1	0
Début douleur				
0–1 mois	0	0	0	0
1–6 mois	1	0	0	1
> 6 mois	12	18	28	11

Tableau II. Suite.

	SDRC	FM	LBP	CC
Fréquence douleur				
Continuelle	9	17	23	0
Intermittente	2	1	4	1
Passagère	0	0	0	11
Douleur ressentie depuis (# mois)				
Moyenne ± écart-type	69,92 ± 124,92	192,33 ± 109,95	147,43 ± 124,37	50,50 ± 37,73
Intensité de la douleur au cours des 7 derniers jours (/10)				
Moyenne ± écart-type	7,62 ± 1,85	7,94 ± 1,56	7,43 ± 1,64	7,33 ± 1,72
Intensité de la douleur actuelle (/10)				
Moyenne ± écart-type	5,62 ± 2,43	5,82 ± 2,01	5,15 ± 2,28	5,50 ± 1,96

L'intensité de la douleur a été évaluée à l'aide du Bref inventaire de la douleur (7 derniers jours à l'aide de la question #5 et douleur actuelle à l'aide de la question #6).

Impact de la douleur : Une diminution statistiquement significative (p = 0,0026) est retrouvée dans l'analyse globale (-1,25 points ± 2,21). On remarque que 20 participants (33,3 %) sur 60 ont atteint la DMCI.
Dans l'analyse en sous-groupe, le groupe LBP présente une diminution statistiquement signifi cative (p = 0,0474) avec une taille de l'effet moyenne (d = 0,558). Dans cette même analyse, le constat montre que les groupes LBP et CC sont ceux qui présentent le plus grand pourcentage de patients ayant atteint la DMCI avec, respectivement, 36 % et 44,4 %.
Auto-efficacité : L'analyse globale ne montre pas de résultat statistiquement significatif.
L'analyse en sous-groupe permet de distinguer que le groupe SDRC présente un résultat statistiquement significatif (p = 0,001) avec une augmentation de 0,72 point ± 1,94. La taille de l'effet est élevée.

Anxiété

Aucun résultat n'est statistiquement signifi catif. Toutefois, considérant que seulement 11 des participants (16,2 %) ont répondu au T1 contre 68 au T0, nous avons trop de données manquantes pour ce questionnaire.

Humeur

Aucun résultat n'est statistiquement signifi catif. Seulement quatre participants (5,9 %) ont répondu au T1 comparativement à 68 au T0. Deux participants (50 %) sur 4 ont atteint la DMCI (1 pour le groupe SDRC et 1 pour le groupe CC).
Fonction - spécifique à chaque pathologie douloureuse :
Nous n'avons observé aucun changement statistiquement significatif.
Cependant, deux participants SDRC (33,3 %) sur six, six participants FM (40 %) sur 15 et quatre participants LBP (30,8 %) sur 13 ont atteint la DMCI pour ce questionnaire spécifique.

DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était de documenter les changements cliniques à la suite du PÉGASO auprès d'une patientèle atteinte d'une des quatre pathologies de DC dans un contexte réel de pratique.

Globalement, les résultats de la présente étude suggèrent que l'intervention PÉGASO a engendré des changements cliniques positifs à court terme sur les pensées catastrophiques, la sévérité et l'impact de la douleur.

De mêmes résultats sont rapportés dans plusieurs études portant sur les programmes d'autogestion de la douleur [42–44].
Toutefois, comme nous n'avions pas de groupe témoin, les changements cliniques que nous avons observés ne peuvent pas être entièrement attribué à l'effet du PÉGASO et doivent donc être interprété avec prudence. Également, on constate que plusieurs résultats cliniquement signifi catifs (DMCI) ont été obtenus. Toutefois, moins de 50 % des participants ont obtenu une amélioration cliniquement significative telle que mesurée par les différents questionnaires.

Syndrome douloureux régional complexe

Pour les participants du groupe SDRC, on note une diminution statistiquement significative sur le plan des pensées catastrophiques (score global, rumination, amplifi cation et impuissance) avec une taille de l'effet élevée. Ces données sont similaires aux résultats à l'étude menée par McCormick et al. sur cette même population [45], bien que leur programme était plus intensif (8 h par jour, 5 jours par semaine versus environ 10 h pour le PÉGASO).
L'auto-efficacité personnelle en lien avec la douleur est également améliorée par le PÉGASO pour cette patientèle.
L'auto-effi cacité et les pensées catastrophiques sont étroitement liées, car ces dernières mènent à plus de douleur et d'incapacité à travers moins d'auto-efficacité physique et/ou psychique [46]. De plus, ces deux variables sont d'importants prédicteurs d'ajustements à la maladie [46]. En fait, la douleur intense est associée à la dépression quand le niveau d'auto-efficacité est bas alors qu'elle n'est pas associée aux symptômes dépressifs si l'auto-effi cacité est élevée [47].
Cependant, le manque de données concernant les humeurs (seulement deux réponses pour le groupe SDRC) ne permet pas de valider si les améliorations dues au programme ont un effet sur la dépression.

Tableau III. Données cliniques avant (T0) et après (T1) l'intervention.

Variable		*n*	Moyenne au T0			Moyenne au T1			Valeur *p*	Delta Δ (T1-T0)			DMCI (*n* ayant atteint)	d
Pensées catastrophiques (score total du *PCS* 0–52)	TOUS	69	28,00	±	10,90	21,70	±	11,20	0,001	-6,46	±	9,73	24	
	SDRC	13	39,50	±	12,90	22,50	±	9,06	0,001	-4,92	±	6,84	2	1,525
	FM	16	29,40	±	8,99	25,10	±	11,20	0,224	-5,06	±	10,00	5	
	LBP	28	26,80	±	10,20	19,20	±	10,00	0,007	-7,57	±	10,39	13	0,752
	CC	12	29,30	±	13,30	21,80	±	15,60	0,218	-7,42	±	11,09	4	
Sévérité de la douleur (score moyen du *BPI* 0–10)	TOUS	63	5,33	±	1,61	4,70	±	2,00	0,046	-0,63	±	1,94	16	
	SDRC	11	5,40	±	1,49	5,00	±	1,10	0,462	-0,40	±	1,62	2	
	FM	16	5,60	±	1,36	5,80	±	4,70	0,654	0,38	±	1,66	1	
	LBP	25	5,00	±	1,81	4,20	±	2,40	0,176	-1,01	±	1,79	8	
	CC	11	5,59	±	1,67	4,20	±	2,30	0,110	-1,49	±	2,45	5	
Impact de la douleur (score moyen du *BPI* 0–10)	TOUS	60	5,10	±	2,00	4,00	±	2,10	0,003	-1,25	±	2,12	20	
	SDRC	11	5,80	±	1,10	4,90	±	2,00	0,186	-0,83	±	1,41	3	
	FM	15	5,40	±	2,10	4,70	±	1,80	0,317	-0,81	±	1,79	4	
	LBP	25	4,80	±	2,10	3,60	±	2,20	0,047	-1,40	±	2,05	9	0,558
	CC	9	5,00	±	2,60	3,00	±	1,90	0,067	-2,10	±	3,30	4	
Auto-efficacité (score moyen du *FC-CPSES* 0–10)	TOUS	64	6,28	±	1,82	6,85	±	1,65	0,059	0,51	±	1,78	–	
	SDRC	9	4,75	±	2,27	6,59	±	1,53	0,041	0,72	±	1,94	–	0,951
	FM	17	6,16	±	1,70	6,56	±	1,18	0,432	0,21	±	1,37	–	
	LBP	27	6,22	±	1,79	7,02	±	1,68	0,094	0,78	±	1,93	–	
	CC	11	7,02	±	1,56	7,08	±	2,26	0,939	0,13	±	1,95	–	
Anxiété (score total du *Burns AI* 0–99)	TOUS	11	35,94	±	19,13	39,36	±	12,98	0,570	0,18	±	15,64	–	
	SDRC	3	36,50	±	12,74	29,67	±	21,22	0,467	-3,33	±	22,14	–	
	FM	2	47,06	±	17,55	46,00	±	4,24	0,935	5,50	±	0,71	–	
	LBP	6	32,11	±	15,78	42,00	±	8,41	0,150	0,17	±	16,56	–	
	CC	0	34,90	±	29,18	ND							–	
Humeur (score total du *BDI-II* 0-63)	TOUS	4	16,88	±	9,02	16,40	±	13,72	0,912	-3,25	±	12,34	2	
	SDRC	2	19,50	±	7,95	16,00	±	11,31	0,586	0,00	±	7,07	1	
	FM	0	22,39	±	8,98	ND							–	
	LBP	1	13,27	±	6,60	21,00	±	22,63	0,191	7,00	±		1	
	CC	1	17,73	±	11,50	ND								

Note. SDRC : Syndrome Douloureux Régional Complexe, FM : Fibromyalgie, LBP : Lombalgie, CC : Cervicalgie. n : nombre de participants ayant répondu aux questionnaires au T0 et au T1, DMCI : Différence Minimale Cliniquement Importante, d : taille de l'effet (d de Cohen), PCS : *Pain Catastrophising Scale* (Échelle de pensée catastrophique) ; plus le score est élevé, plus il y a de pensées catastrophiques, *BPI : Brief Pain Inventory* (Bref inventaire de la douleur) ; plus le score est élevé, plus la sévérité de la douleur et/ou l'impact de la douleur sur la fonction physique sont sévères, *FC-CPSES : French-Canadian Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (Échelle d'auto-efficacité à la douleur chronique) ; plus le score est élevé, plus l'auto-efficacité plus élevée, *Burns AI : Burns Anxiety Inventory* (Inventaire d'anxiété de Burns) ; plus le score est élevé, plus les symptômes d'anxiété sont sévères, *BDI-II : Beck Depression Inventory* (Inventaire de dépression de Beck-II) ; plus le score est élevé, plus les symptômes de dépression sont sévères ; ND : Non-Disponible.

Fibromyalgie

Aucun résultat ne s'est avéré statistiquement significatif pour ce groupe. Cependant, nos résultats sont légèrement supérieurs à ceux de l'étude sur le PÉGASO-FM en contexte de recherche [21] puisque nos résultats montrent une diminution cliniquement signifi cative des pensées catastrophiques pour 31 % des patients FM (vs 23 % en recherche). Toutefois, la présente intervention n'a pas permis d'augmenter le sentiment d'autoefficacité personnelle perçu par les participants, tel qu'il l'avait été par l'étude de Tousignant-Laflamme et al. [21].

Lombalgie

Pour les participants du groupe LBP, l'amélioration cliniquement signifi cative de l'impact de la douleur sur la sphère fonctionnelle est légèrement inférieure (46 % ont atteint la DMCI) que celle obtenue dans l'étude en contexte de recherche (où 55,6 % ont atteint la DMCI en recherche) [22]. Cependant, concernant les pensées catastrophiques et le score d'incapacité, les résultats en contexte clinique sont comparables à ceux du PÉGASO-LBP en contexte de recherche [22]. En effet, 46,4 % ont atteint la DMCI en contexte réel versus 44 % en recherche pour les pensées catastrophiques.

Cervicalgie

Très peu d'impacts ont été observés pour le groupe CC. En effet, il n'y a eu qu'une diminution cliniquement signifi cative des pensées catastrophiques pour le tiers des participants, ainsi qu'une diminution de la sévérité et de l'impact de la douleur pour 45 % et 44 % des participants respectivement.

Cette absence de résultats statistiquement significatifs pourrait être expliquée par le faible nombre de participants dans ce groupe (n = 12). Par ailleurs, à ce jour, peu de chercheurs se sont intéressés au traitement de la CC par intervention de groupe, de

ce fait il est difficile de mettre en relation les résultats obtenus avec des données probantes.

Globalement

Les effets observés sur le plan de la dramatisation face à la douleur pourraient être expliqués par le fait que les participants ont reçu de l'éducation par rapport aux causes de leur douleur lors du PÉGASO et ainsi, ont pu mieux comprendre leur condition de santé [49]. De cette manière, ils comprennent davantage la cause de leur douleur et ont donc possiblement moins tendance à dramatiser par rapport à celle-ci. De plus, une formule d'éducation visant une acquisition de stratégies d'autogestion permet d'améliorer la santé des patients en diminuant la douleur [19], ce que nous avons observé dans notre étude. Toutefois, l'amélioration est modeste et touche moins de 50 % de l'échantillon.

Perspectives futures

Actuellement, la majorité des personnes qui se présentent au CEGDC sont des cas complexes qui nécessitent des interventions spécialisées et individualisées, basées sur le modèle biopsychosocial. De ce fait, le modèle de gestion des vecteurs de douleur et d'incapacité élaboré par Tousignant-Laflamme et al. pourrait permettre d'identifier les domaines qui sont responsables de la douleur et des incapacités tels que les éléments liés aux domaines suivants : nociception, dysfonctions du système nerveux, comorbidités, facteurs cognitivo-affectifs et facteurs contextuels [49]. Cependant, le PÉGASO vise principalement les facteurs nociceptifs et cognitivo-affectifs, expliquant peut-être son effet limité. De ce constat, le PÉGASO pourrait être utilisé pour répondre aux besoins liés à ces deux domaines dans le cadre d'un continuum de la prise en charge globale de la DC.

Également, sachant que les établissements offrant des soins multidisciplinaires en gestion de DC ne parviennent pas à répondre à la demande clinique, il est recommandé que des stratégies de prévention et de traitement effi caces soient offertes plus tôt dans les établissements de soins primaires (1re ligne) afin de minimiser la souffrance et la chronicité [3].

Forces

L'une des forces de cette étude est l'aspect pragmatique. Les critères peu restrictifs des études pragmatiques permettent d'inclure tous les patients qui pourraient recevoir l'intervention. Ce contexte réel de pratique a permis de récolter des données sur un échantillon présentant des profi ls cliniques variés. L'aspect rétrospectif de cette étude permet également d'augmenter la validité des résultats en raison de la diminution de l'effet de désirabilité sociale.

Limites

L'utilisation de données rétrospectives sur dossiers comporte des données manquantes ce qui affecte la puissance des résultats et engendre un biais d'information considérable. De plus, les participants ont été divisés en quatre sous-groupes selon leur pathologie, réduisant considérablement la taille des échantillons pour documenter les changements après l'intervention (pathologie spécifi que). Dans un contexte pragmatique, les effets isolés du PÉGASO peuvent diffi cilement être capturés puisque plusieurs variables ne sont pas contrôlées. Cependant, il est important de considérer que le but d'une étude pragmatique est de déterminer si les résultats positifs observés dans un contexte de recherche contrôlé seront également avantageux dans un milieu clinique particulier. Finalement, en l'absence d'un groupe témoin, nos résultats ne peuvent établir de liens causaux (relation cause à effet).

CONCLUSION

Bien que notre étude ne comporte pas de groupe contrôle, nous avons pu observer qu'une formule d'éducation brève a un effet positif statistiquement signifi catif sur les pensées catastrophiques ainsi que sur la sévérité et l'impact de la douleur.

Toutefois, nous avons observé que moins de 50 % des participants ont obtenu une amélioration cliniquement significative. Ces effets très modestes peuvent en partie s'expliquer par le profil de notre échantillon, qui souffrait de DC sévère (moyenne > 7/10) et ce, depuis plusieurs années. Dans ce contexte, considérant des effets limités observés, nous estimons ainsi qu'il serait probablement plus bénéfi que que l'intervention PÉGASO soit offerte dans un contexte de services de santé de première ligne (soins de santé primaires), et ce, dès l'émission de leur diagnostic. Une référence en soins spécialisés ou surspécialisés pourrait être réalisée si des besoins de réadaptation persistent.

Remerciements

Nous souhaitons remercier les intervenants du CEGDC du CIUSSS de l'Estrie-CHUS pour leur collaboration tout au long du projet. Également, les étudiantes à la maîtrise souhaitent remercier leurs deux mentors chercheurs pour leur aide et leur soutien tout au long de l'étude.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

[1] Borsook D. A future without chronic pain: neuroscience and clinical research. Cerebrum 2012;7:1-11.
[2] Shupler MS, Kramer JK, Cragg JJ, Jutzeler CR, Whitehurst DGT. Pan-Canadian Estimates of Chronic Pain Prevalence From 2000 to 2014: A Repeated Cross-Sectional Survey Analysis. J Pain 2019;20:557–65.
[3] Choinière M, Dion D, Peng P, Banner R, Barton PM, Boulanger A, et al. The Canadian STOP-PAIN project – Part 1: who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? Can J Anesth Can Anesth 2010;57:539–48.
[4] Peng P, Choiniere M, Dion D, Intrater H, LeFort S, Lynch M, et al. Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. Can J Anaesth 2007;54:977.
[5] Lynch ME. The need for a Canadian pain strategy. Pain Res Manag J Can Pain Soc 2011;16:77–80.
[6] International Association for the Study of Pain (IASP). Task Force on Wait-Times 2011.
[7] Barua B, Jacques D, Collyer A. Waiting Your Turn: wait times for health care in Canada 2018 Report. SSRN Electron J 2018. [Document téléaccessible à https://www.fraserinstitute.org/sites/default/ fi les/waiting-your-turn-2018.pdf]
[8] Tang Nky, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med Camb 2006;36:575–86.
[9] Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Ortega FB, Cuevas AM, Alvarez IC, Ruiz JR, et al. Does a 3-month multidisciplinary intervention improve pain, body composition and physical fi tness in women with fi bromyalgia? Br J Sports Med 2011;45:1189–95.
[10] Brage K, Ris I, Falla D, Søgaard K, Juul-Kristensen B. Pain education combined with neck- and aerobic training is more effective at relieving chronic neck pain than pain education alone – A preliminary randomized controlled trial. Man Ther 2015;20:686–93.
[11] Brufl at AK, Balter JE, McGuire D, Fethke NB, Maluf KS. Stress management as an adjunct to physical therapy for chronic neck pain. Phys Ther 2012;92:1348–59.
[12] Beltrán-Carrillo VJ, Tortosa-Martínez J, Jennings G, Sánchez ES. Contributions of a Group-Based Exercise Program for Coping with Fibromyalgia: A Qualitative Study Giving Voice to Female Patients. Women Health 2013;53:612–29.
[13] Montesó-Curto P, García-Martínez M, Gómez-Martínez C, Ferré-Almo S, Panisello-Chavarria ML, Genís SR, et al. Effectiveness of three types of interventions in patients with fi bromyalgia in a region of Southern Catalonia. Pain Manag Nurs 2015;16:642–52.
[14] Furnes B, Natvig GK, Dysvik E. Therapeutic elements in a self-management approach: experiences from group participation among people suffering from chronic pain. Patient Prefer Adherence 2014;8:1085–92.

[15] Van Oosterwijck J, Meeus M, Paul L, De Schryver M, Pascal A, Lambrecht L, et al. Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fi bromyalgia: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. Clin J Pain 2013;29:873–82.
[16] Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fi bromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis 2007;67:536–41.
[17] Nüesch E, Häuser W, Bernardy K, Barth J, Jüni P. Comparative effi cacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. Ann Rheum Dis 2013;72:955–62.
[18] Alda M, Luciano JV, Andrés E, Serrano-Blanco A, Rodero B, del Hoyo YL, et al. Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fi bromyalgia: a randomised controlled trial. Arthritis Res Ther 2011;13:R173.
[19] Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The effi cacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. Physiother Theory Pract 2016;32:332–55.
[20] Saral I, Sindel D, Esmaeilzadeh S, Sertel-Berk HO, Oral A. The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fi bromyalgia: a randomized controlled trial. Rheumatol Int 2016;36:1379–89.
[21] Tousignant-Lafl amme Y, Bourgault P, Masetto A, Courtemanche-Harel R, Gaudreault N. (560) Short term impact of brief education for symptom management in fi bromyalgia – the PEGASO study. J Pain 2014;15:S116.
[22] Tousignant-Lafl amme Y, Bourgault P, Houle S, Lafaille J, Roy J, Roy L. Brief education on chronic low back pain: Brief group education for patients with chronic low back pain – a descriptive study. Int Musculoskelet Med 2013;35:65–71.
[23] Poundja J, Fikretoglu D, Guay S, Brunet A. Validation of the French Version of the Brief Pain Inventory in Canadian Veterans Suffering from Traumatic Stress. J Pain Symptom Manage 2007;33:720–6.
[24] Mease PJ, Spaeth M, Clauw DJ, Arnold LM, Bradley LA, Russell IJ, et al. Estimation of minimum clinically important difference for pain in fi bromyalgia. Arthritis Care Res 2011;63:821–6.
[25] Burns DD. The feeling good handbook, Rev. ed. New York, US: Plume/Penguin Books; 1999.
[26] Bourque P, Beaudette D. Étude psychometrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. [Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students.]. Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport 1982;14:211–8.
[27] Button KS, Kounali D, Thomas L, Wiles NJ, Peters TJ, Welton NJ, et al. Minimal clinically important difference on the Beck Depression Inventory – II according to the patient's perspective. Psychol Med 2015;45:3269–79.
[28] French DJ, Noël M, Vigneau F, French JA, Chantal P, Evans RT. L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF Adaptation canadienne en langue française de l'échelle «Pain Catastrophizing Scale». Can J Behav Sci 2005;37:181–92.
[29] George SZ, Valencia C, Beneciuk JM. A Psychometric Investigation of Fear-Avoidance Model Measures in Patients With Chronic Low Back Pain. J Orthop Sports Phys Ther 2010;40:197–205.
[30] Lacasse A, Bourgault P, Tousignant-Lafl amme Y, Courtemanche-Harel R, Choinière M. Development and validation of the French-Canadian Chronic Pain Self-effi cacy Scale. Pain Res Manag J Can Pain Soc 2015;20:75–83.
[31] Durand M-J, Vachon B, Hong QN, Loisel P. The cross-cultural adaptation of the DASH questionnaire in Canadian French. J Hand Ther 2005;18:34–9.
[32] Franchignoni F, Vercelli S, Giordano A, Sartorio F, Bravini E, Ferriero G. Minimal Clinically Important Difference of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure (DASH) and Its Shortened Version (QuickDASH). J Orthop Sports Phys Ther 2013;44:30–9.
[33] René F, Casimiro L, Tremblay M, Brosseau L, Lefebvre A, Beaudouin M, et al. Une version canadienne française du Lower Extremity Functional Scale (LEFS) : L'Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (ÉFMI), partie I. Physiother Can 2011;63:242–8.
[34] Binkley JM, Stratford PW, Lott SA, Riddle DL. The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale Development, Measurement Properties, and Clinical Application. Phys Ther 1999;79:371–83.
[35] Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J, Research FG for Q of L. Quality of life in women with fi bromyalgia syndrome: validation of the QIF, the French version of the fi bromyalgia impact questionnaire. J Rheumatol 2003;30:1054–9.
[36] Bennett RM, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Zlateva G, Sadosky AB. Minimal Clinically Important Difference in the Fibromyalgia Impact Questionnaire. J Rheumatol 2009;36:1304–11.
[37] Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping DL, et al. The Quebec Back Pain Disability Scale: Conceptualization and development. J Clin Epidemiol 1996;49:151–61.
[38] Fritz JM, Irrgang JJ. A Comparison of a Modifi ed Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. Phys Ther 2001;81:776–88.
[39] Wlodyka-Demaille S, Poiraudeau S, Catanzariti J-F, Rannou F, Fermanian J, Revel M. French translation and validation of 3 functional disability scales for neck pain. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:376–82.
[40] McCarthy MJH, Grevitt MP, Silcocks P, Hobbs G. The reliability of the Vernon and Mior neck disability index, and its validity compared with the short form-36 health survey questionnaire. Eur Spine J 2007;16:2111–7.
[41] Wright A, Hannon J, Hegedus EJ, Kavchak AE. Clinimetrics corner: a closer look at the minimal clinically important difference (MCID). J Man Manip Ther 2012;20:160–6.
[42] Joypaul S, Kelly FS, King MA. Turning pain into gain: evaluation of a Multidisciplinary Chronic Pain Management Program in Primary Care. Pain Med 2019;20:925–33.
[43] Schultz R, Smith J, Newby JM, Gardner T, Shiner CT, Andrews G, et al. Pilot Trial of the Reboot Online Program: An Internet-Delivered, Multidisciplinary Pain Management Program for Chronic Pain. Pain Res Manag. 2018;2018:9634727. doi: 10.1155/2018/9634727. eCollection 2018.
[44] Dear BF, Gandy M, Karin E, Ricciardi T, Fogliati VJ, McDonald S, et al. The pain course: a randomised controlled trial comparing a remote-delivered chronic pain management program when provided in online and workbook formats. PAIN 2017;158:1289.
[45] McCormick ZL, Gagnon CM, Caldwell M, Patel J, Kornfeld S, Atchison J, et al. Short-Term Functional, Emotional, and Pain Outcomes of Patients with Complex Regional Pain Syndrome Treated in a Comprehensive Interdisciplinary Pain Management Program. Pain Med 2015;16:2357–67.
[46] Shelby RA, Somers TJ, Keefe FJ, Pells JJ, Dixon KE, Blumenthal JA. Domain Specifi c Self-Effi cacy Mediates the Impact of Pain Catastrophizing on Pain and Disability in Overweight and Obese Osteoarthritis Patients. J Pain Off J Am Pain Soc 2008;9:912–9.
[47] Cheng S-T, Leung CMC, Chan KL, Chen PP, Chow YF, Chung JWY, et al. The relationship of self-effi cacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: A moderated mediation model. PLOS ONE 2018;13:e0203964.
[48] Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. Arch Phys Med Rehabil 2011;92:2041–56.
[49] Tousignant-Lafl amme Y, Martel MO, Joshi AB, Cook CE. Rehabilitation management of low back pain – it's time to pull it all together! J Pain Res 2017;1-:2373-85.

+ Par Xavier Dufour, directeur ITMP

La Thérapie manuelle ? C'est autre chose que la manipulation !

La Thérapie Manuelle Orthopédique a été définie, en 2004, par l'IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists) comme étant *« une spécialisation de la kinésithérapie pour la prise en charge des troubles neuro-musculo-squelettiques (NMS) basée sur un raisonnement clinique et utilisant des approches thérapeutiques hautement spécifiques incluant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques. »*

Manipulation lombaire

Cette définition sert de fondement pour notre cursus de Thérapie manuelle créé en 2005. Depuis ITMP procède à de nombreuses actualisations chaque année. Il est indispensable de produire une analyse des troubles neuro-musculo-squelettiques pour pouvoir comprendre les modalités de traitement à mettre en place.

Les désordres rencontrés dans de nombreuses affections peuvent s''expliquer à travers un modèle mécanique, d'autres nécessitent des modèles complémentaires comme le contrôle moteur, le modèle chimique « inflammatoire » ou les neurosciences dans l'explication des douleurs. Le processus diagnostic est indispensable dans le cadre de l'accès direct.

Le modèle mécanique

Les pertes de mobilités représentent une explication fréquente des douleurs rencontrées chez nos patients. Plusieurs étiologies peuvent en être à l'origine, les hypoextensibilités musculaires, les dysfonctions articulaires, les défauts de mobilités des structures aponévrotiques ou fasciales.

En plus, d'une mobilité correcte, il est indispensable d'avoir des compétences motrices musculaires correctes. Précisons toutefois, qu'un manque de force est souvent lié à une inhibition liée à la douleur, sans être en lien avec le nombre de ponts d'acto-myosine. Les mobilisations spécifiques sont des techniques de soins en massokinésithérapie qui permettent de redonner aux différentes articulations ou structures concernées, une mobilité perdue pour des raisons traumatiques ou rhumatologiques. Les articulations à synoviales présentent des mouvements de glissement et de rotation, permettant leur mobilité analytique. La perte de ces mouvements spécifiques participe à la restriction de mobilité analytique de l'articulation concernée. C'est le bilan de la mobilité qui permet au praticien de diagnostiquer les mouvements limités et la finesse opératoire qui lui permet de redonner une mobilité perdue. Ces techniques font partie de l'arsenal kinésithérapique. Leur mode d'action en fait des techniques de choix pour les problèmes articulaires et conjonctifs. Elles sont enseignées en Institut de formation en massokinésithérapie de manière inégale, avec une prédilection pour les articulations périphériques. Leur enseignement doit être complété par une approche rachidienne plus poussée en formation continue reposant sur un diagnostic aussi précis que complet et une éducation palpatoire et gestuelle fine.

Les techniques myotensives reposent sur différentes physiopathologies. Les levées de tension utilisent la contraction et le relâchement pour obtenir un gain sur la course musculaire. Les techniques d'inhibition utilisent la mise en course interne pour obtenir le relâchement et la sédation de la douleur. Les techniques de trigger point visent à traiter des contractures spécifiques responsables de douleurs à distance à type d'irradiation. Ces différentes techniques sont souvent complémentaires dans la prise en charge des patients.

Si le muscle est parfois trop court, il est aussi parfois trop faible. L'évaluation est le plus souvent comparative ou empirique, et peut être complétée par un dynamomètre ou par isocinétisme. Le renforcement musculaire nécessite de connaitre quelques précisions concernant les protocoles et les modalités. Si l'excentrique est souvent préconisé dans le traitement des tendinopathies, en pratique courante, l'alternance « concentrique-excentrique » reste la règle en pratique générale dans un mode dynamique. Le travail statique intermittent moins efficace et favorisant une augmentation de la tension artérielle trouve une justification lors de douleurs articulaires, notamment au début des syndromes fémoro-patellaires. Que ce soit statique ou dynamique, la puissance de travail doit être comprise entre 50 et 80% de la FMV (force maximale volontaire) et le nombre de contraction compris entre 60 et 120 contractions par séances.

Le contrôle moteur et la mise en charge progressive

La fonction musculaire est sous contrôle central volontaire ou automatique. Les dernières données de la science montrent l'importance de travailler le

contrôle moteur par la répétition, le travail ciblé de la fonction choisie ou des différents gestes utiles au patient. La mise en charge progressive est indispensable pour obtenir un gain cohérent des différentes structures. Précisons que les délais varient beaucoup, un muscle évolue en quelques semaines alors qu'un tendon évolue en taille entre 6 et 12 mois. Ces différences de délai expliquent l'apparition de douleurs dans le cadre de programmes sportifs inadaptés.

Ces points sont développés par Major Mouvement dans la formation « 100 Exos pour vos patients ».

Les douleurs vues par les neurosciences

Les connaissances sur la douleur ont fait de nombreux progrès ces 20 dernières années grâce aux neurosciences. Le temps de l'influx nerveux douloureux seulement en lien avec une épine irritative est révolu. La sensibilisation centrale ou périphérique permet de comprendre les douleurs chroniques avec un autre regard et surtout une autre thérapeutique. En ce sens, un modèle n'en n'exclut pas un autre, mais ils se complètent. Dans le cadre des lombalgies chroniques, le modèle mécanique peut être associé au contrôle moteur, à la sensibilisation centrale et aux troubles psycho-sociaux.

En avril, nous vous proposons une formation Masterclass avec Jo Nijs, physiothérapeute belge et professeur à l'université de Vrije, responsable du département des neurosciences. Cette formation mettra en avant tous les aspects scientifiques, théoriques et pratiques, pour la prise en charge des douleurs chroniques.

Diagnostic et accès direct

A l'origine, nous avons mis l'accent sur le diagnostic dans nos pratiques et notre enseignement en thérapie manuelle ; premièrement dans un objectif d'efficacité et en réponse à des techniques plus précises, le diagnostic est essentiel. Deuxièmement, les praticiens habitués à lire des ordonnances savent qu'il n'y a pas de diagnostic précis noté. L'ordonnance étant destinée à un service administratif, écrire le diagnostic serait une rupture du secret médical.

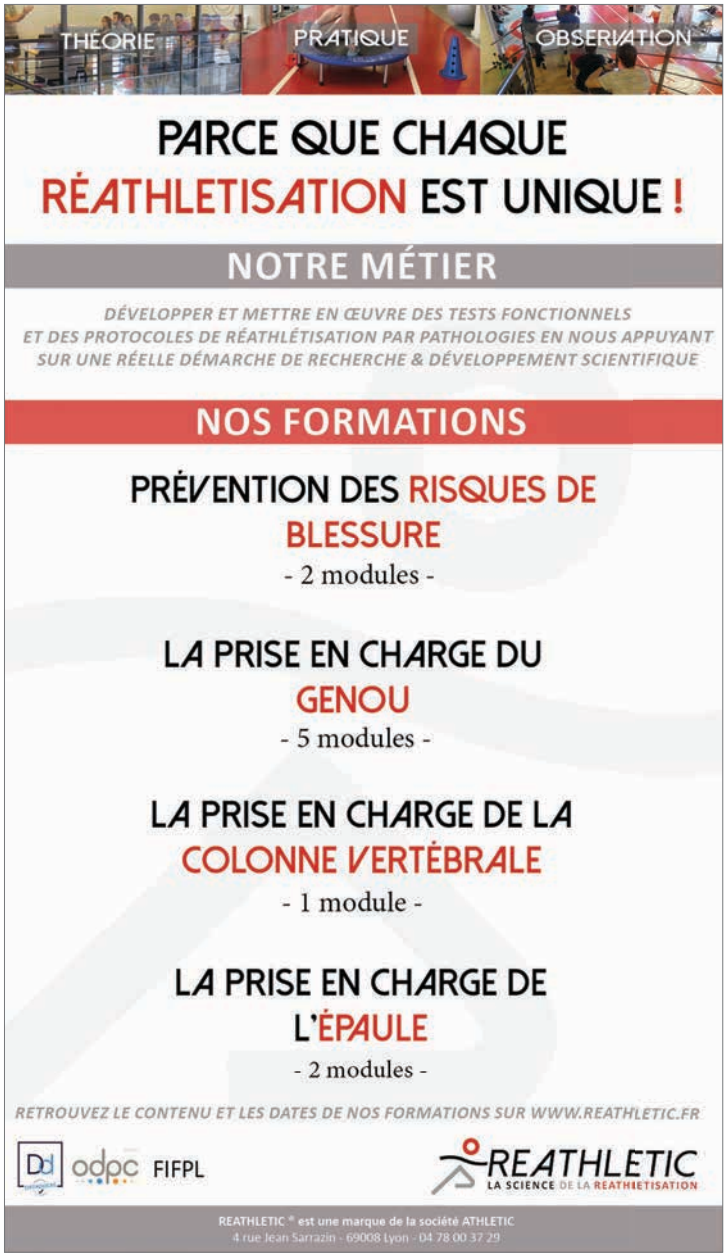
La perspective de l'accès direct impose encore plus le diagnostic sous toutes ses formes. Premièrement, le diagnostic d'exclusion pour écarter les patients pour qui la kinésithérapie manuelle serait néfaste ou pour qui un autre traitement serait plus adapté. Le diagnostic différentiel pour affiner l'étiologie le plus précisément possible et proposer le traitement le plus adapté et le plus efficace. Un protocole d'examen précis, des tests spécifiques et un recours aux examens complémentaires uniquement lorsque cela est nécessaire nous parait essentiel pour un traitement efficace.

La formation ITMP de Thérapie manuelle vise à modifier en profondeur la pratique des kinésithérapeutes pour un bon diagnostic, un traitement efficace et un raisonnement clinique utilisant les différents modèles scientifiques. La formation est avant tout pratique, basée sur la réalisation et l'appropriation des différentes techniques par la reproduction, la répétition et des cas cliniques.

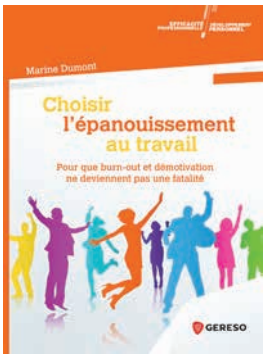
Toutes les informations sont disponibles en ligne sur https://www.itmp.fr/formations/therapie-manuelle/

Mobilisation du fascia lombaire

Renforcement des abdominaux



+ Par Pascal TURBIL



HALTE AU BURN-OUT

Le bien-être, l'épanouissement et l'engagement au travail peuvent sembler utopistes pour certains voire un luxe pour d'autres. Mais pourquoi ne pas s'y intéresser et tout simplement y accorder le bénéfice du doute sur la base d'exemples fructueux d'entreprises ayant osé se remettre en question et casser les codes établis ? Car bien-être, équilibre individuel et connaissance de soi représentent les principaux facteurs d'épanouissement professionnel.Illustré par de nombreux témoignages, ce guide de sensibilisation s'adresse aux institutions, aux entreprises, à tout leader et manager de proximité qui souhaitent cultiver harmonie, passion et engagement au sein de leurs équipes. Parce que burn-out, résignation, désengagement et démission ne devraient pas être une fatalité, il faut oser ce voyage initiatique vers un écosystème humain épanouissant ! L'auteure, Marine Dumont est certifiée en psychologie positive auprès de l'Académie de psychologie de l'université de Berkeley en Californie et en coaching de développement personnel. Elle a développé le programme E3 Factory et en utilise les outils pour accompagner les entreprises et les équipes vers une organisation plus humaine.

« Choisir l'épanouissement au travail », par Marine Dumont, éditions Gereso, 23 €.

SOUPLESSE ET 3E ÂGE

Prolonger sa mobilité, sa souplesse, son équilibre et protéger sa force musculaire tout en tenant compte des limites et des problématiques spécifiques du troisième âge. C'est ce que vous propose cet ouvrage riche en illustrations. En effet, les personnes âgées sédentaires sont toujours plus nombreuses et elles ont besoin d'une activité physique douce et bien adaptée à leurs besoins. Bien documenté - et illustré de planches anatomiques - le livre permet d'élargir les connaissances des accompagnants pour encadrer la pratique. Cet ouvrage vous présente 90 étirements conçus pour travailler à la fois la souplesse, l'amplitude, la résistance et la tonicité. Un programme spécifique est proposé pour chaque partie du corps (épaules, genoux, hanches...) avec des consignes très précises sur la durée, la fréquence et la respiration. De plus, 44 tutoriels vidéo sont consultables gratuitement en ligne : une bonne manière de comprendre, contrôler et répéter tous les mouvements. L'auteure Maria José Portal Torices, dispense des cours de gymnastique et de yoga depuis de nombreuses années pour le troisième âge. Elle est infirmière spécialisée en gériatrie et diplômée d'anthropologie, ainsi qu'en thérapie naturelle (Université de Barcelone).

« Anatomie et étirements pour le troisième âge », par Maria José Portal Torices, éditions La Plage, 22 €

TROUVER SON CENTRE DE CURE

C'est désormais un classique, chaque année, les éditions Palindrome (société de presse spécialisée dans l'univers de l'eau, de la santé et du bien-être) proposent le guide du thermalisme. Un outil d'accompagnement pour les curistes et les professionnels. Cette année encore, il a été lancé à l'occasion du salon Les Thermalies (janvier 2020 au Carrousel du Louvre, à Paris). Véritable référence auprès des curistes, médecins et autres acteurs du secteur, L'Officiel du Thermalisme décrit et recense, par établissement, les soins thermaux ainsi que les techniques de cure. Le thermalisme étant une médecine citoyenne et responsable, cet outil explique en pratique comment organiser sa cure depuis l'ordonnance jusqu'au retour du patient à son domicile. Tous les tarifs des soins et la prise en charge des caisses y sont précisés et mis à jour pour 2020. Au chapitre des nouveautés, retenons, entre autres, la rubrique « Prévention Santé » entièrement dédiée au bien vieillir. Une autre section, intégrée à la partie « Cure en pratique », porte en particulier sur le fractionnement des cures qui propose pour la première fois d'effectuer les séjours thermaux en deux temps. Par ailleurs, l'aspect bien-être est abordé sous la forme du « Carnet du curiste », qui se présente comme un journal de voyage mettant l'accent sur les activités de bien-être ou de découverte proposées, en parallèle ou en dehors des cures thermales.

« L'Officiel du Thermalisme », par les Professeurs : François Desgrandchamps, Martine Duclos, Claude Jeandel ; les Docteurs : Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Andréi Vial et Hermine Waffo-Teguo ; Palindrome édition

COURIR C'EST LA SANTÉ

Avis aux kinés du sport (et aux autres). Le livre référence de Blaise Dubois, le grand expert mondial de la santé en course à pied est paru. En 10 ans, ce physiothérapeute et sa Clinique Du Coureur sont devenus incontournables, formant chaque année des milliers de kinés, notamment en France, révolutionnant leur manière d'anticiper et soigner les blessures des coureurs. La méthode Blaise Dubois, c'est une lecture implacable de la science qui bouleverse les idées reçues et déconstruit de nombreuses fausses vérités. Manuel érudit, mais accessible et pédagogique, La Clinique du Coureur est un livre pour courir autrement, un manuel pour apprendre à mieux courir. La Clinique Du Coureur est, depuis 10 ans, un organisme de formation pour les professionnels de la santé. C'est certainement la référence mondiale en prévention des blessures en course à pied. 5000 stagiaires par an.

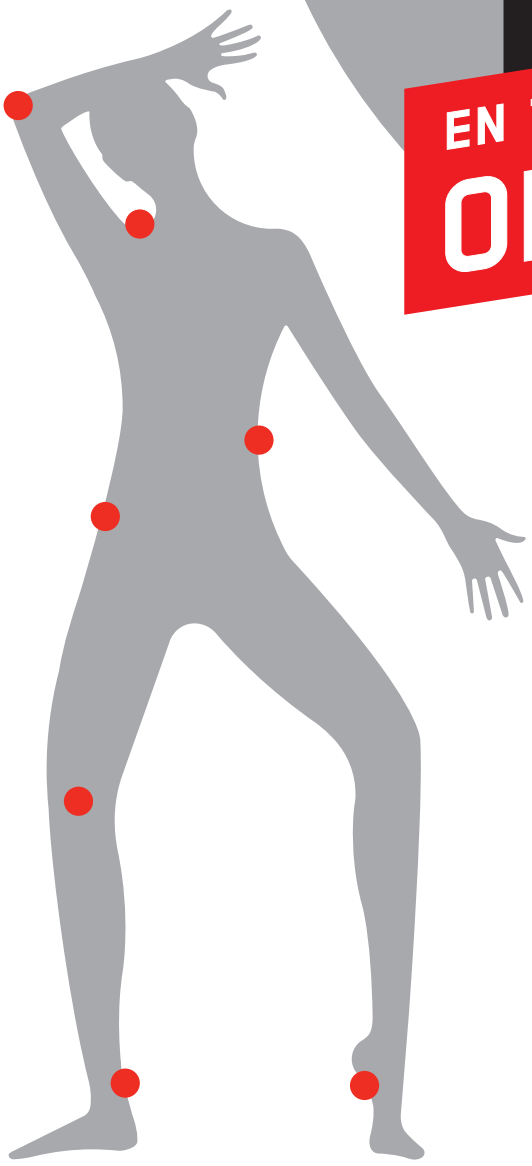
« La clinique du coureur : La santé par la course à pied », par Blaise Dubois, avec Alexis Berg (photographies) et Emelie Forsberg (préface), éditions Mons, 35,90 €

SCANNEZ
LE QR CODE
POUR LES
DATES DE
FORMATIONS

-50%

SUR LES FRAIS DE FORMATIONS

EN THÉRAPIE EXTRACORPORELLE PAR ONDES DE CHOC*



> Devenez un expert en Thérapie Extracorporelle par Ondes de Choc (TEOC) pour améliorez la qualité de vie de vos patients et aidez à leur guérison grâce aux formations de la Swiss DolorClast® Academy

> Contactez dès maintenant votre responsable commercial Rodolphe Van Gaever
E-mail: rvangaever@ems-france.fr
Tél: 06 86 44 42 63

* **Offre limitée aux 20 premiers participants**
Maximum 2 personnes par cabinet
Valable jusqu'au 30/04/2020

SWISS DOLORCLAST®
ACADEMY

E.M.S. Electro Medical Systems Foncine SAS | Tél : +33 (0)3 84 51 90 01
E-mail : info@ems-france.fr | FB : @dolorclast.EMS.FR | www.sdc-academy.com

EMS

DES FORMATIONS PENSÉES POUR **VOUS**

Pour augmenter **vos compétences** et améliorer **vos pratiques**

- **EVIDENCE BASED PRACTICE:** Enseignement basé sur les preuves
- **ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**
- **SUPPORTS ÉCRIT, VIDÉO, ATLAS DES TECHNIQUES**
- **6 BINÔMES PAR FORMATEUR**
- **E-LEARNING POUR OPTIMISER VOS CONNAISSANCES À VOTRE RYTHME**
- **VALIDATION UNIVERSITAIRE***

D.U. ERGONOMIE*
pour devenir consultant-expert en ergonomie et diversifier sa pratique

THÉRAPIE MANUELLE
du diagnostic précis à l'articulation des techniques efficaces pour un traitement en sécurité

À LA CARTE
des formations courtes pour optimiser vos compétences (Fascia, Crochetage, Rachis, Neurodynamique...)

KINÉ SPORT
pour soigner au cabinet et être un spécialiste des terrains

itmp

Leader de la formation en France et DOMTOM

Découvrez tous nos thèmes de formations et nos dates
itmp.fr