

Contenus Professionnels et Scientifiques

Kinésithérapie • Paramédical • Forme • Bien-être



ENSEMBLE POUR UNE RÉCUPÉRATION PLUS RAPIDE

Découvrez nos technologies mains-libres.
La distance idéale pour efficacité et sécurité



Muscle

TR-T
TECARTHÉRAPIE



Système vasculaire

LASER À
HAUTE INTENSITÉ



Tendon & os

ONDES
DE CHOC



Système nerveux

SUPER INDUCTIVE
SYSTEM





www.ecopostural.fr

conception et fabrication depuis 1996

Reeduca

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
Reeduca



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 route pour la reprise

Bien malin qui pourra dire comment tout cela va s'opérer. Si le 11 mai dernier signalait le retour aux cabinets, le retour aux affaires avait heureusement été anticipé. La période de confinement a mis en lumière les actions des structures d'encadrement. Syndicats Fédération, Ordre... Tous se sont organisés pour soutenir au mieux les masseurs-kinésithérapeutes (lire notamment en pages 10 & 11). Car, évidemment tout n'était pas parfait pour la profession, loin de là. A l'image des professionnels de santé, les MK ont subi la pénurie : masques, blouses, etc. Mais, qu'il s'agisse des salariés de l'hôpital (épuisés en première ligne) ou des libéraux (souvent isolés et contraints au système D) chacun a globalement tenu sa place, dans l'espace qui leur était imparti puisque les professionnels de santé sont tous liés à leur ministère de tutelle... Au moment de la reprise il restait encore quelques couacs. A titre d'exemple, la fiche édictée par le ministère des solidarités et de la santé, qui précisait que l'accueil des enfants des professionnels de santé libéraux affectés à la gestion de la crise est prioritaire, mais l'absence des kinésithérapeutes dans la liste des professions éligibles citées est à l'origine de nombreux malentendus... Heureusement tout n'est pas sombre. Au chapitre des notes positives, retenons que les kinésithérapeutes ont bénéficié d'un volume de masques plus important depuis le 11 mai. De la même manière la FFMKR a obtenu l'abaissement temporaire du taux de TVA à 5,5% applicable aux masques, tenues de protection et aux produits destinés à l'hygiène corporelle adaptés à la lutte contre la propagation du Covid-19 (loi de finance rectificative n° 2020-473 du 25 avril 2020). Et puis, il reste l'essentiel : les patients, plus qu'impatients de retrouver leurs praticiens. Un espoir concret qui vient encore une fois du terrain et de la relation que les uns auront su entretenir avec les autres.

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



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>



Qui n'a pas rêvé d'avoir
LA table qui s'adapte
à ses besoins ?

Faites confiance à **FERROX**
et **contactez** au plus vite l'un de nos revendeurs.



Le choix des kinés depuis 50 ans,
avec un savoir-faire et une expertise à votre écoute.

www.ferrox.it
info@ferrox.it • +39 (0)4 38 77 70 99

> N° 135 Juin – Juillet – Août 2020

ACTUALITÉS

Confinement

La réaction des masseurs-kinésithérapeutes 10

Rééduca

Des exposants qui participent à la vie du salon 12

Nutrinews

Les informations de l'alimentation et de la nutrition 20

Nutrition

Alimentation et confinement 22

Kinés du Monde

Zoom sur une mission d'évaluation au Vietnam 28

Musée

Physiomuséum, la mémoire de demain 39

CMK

Le nouveau Conseil National Professionnel 42

Livres

L'île lettrée 58

RENCONTRES

Interview

Pascal Grillon, vers une franchise de Cryopôle 34

Saga

Ces hommes qui ont fait l'histoire de la kinésithérapie 38

EXPERTISE

Chronique

Le point de vue éclairé de Jean-Pierre Zana 08

PsyKinesis

La kinésithérapie de demain (suite) 36

Activité physique adaptée (APA)

Les sources de financement, publiques et privées 40

Savoirs

Développement d'un outil d'aide pour la prise de décision partagée en cas de douleurs d'épaule associées à une déchirure non traumatique de la coiffe des rotateurs 46

Formation

Se former à distance, bonne ou mauvaise idée ? 56

ÉTUDES

Enquête

Obésité et préjugés 24

Baromètre Odoxa

La prise en charge du vieillissement 30

La santé au travail

Oui aux solutions connectées 44

TECHNIQUES & MATÉRIELS

BTL

Eviter la propagation du virus avec des solutions mains libres et sans contact 19

ISO

Indications en 2020 de la Prothèse Uni Compatimentale du Genou 27

Kysio et imoove

Les solutions en mouvement signées Allcare Innovations 43



p. 30

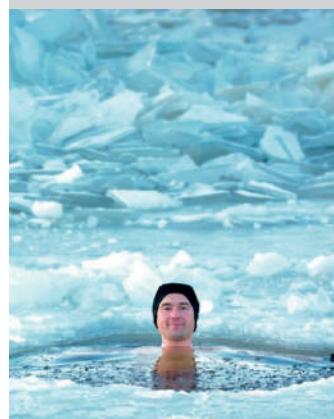
ÉTUDE

La prise en charge du grand âge et de la dépendance constitue une angoisse majeure partout en Europe et est perçue comme étant très mal prise en compte par les États. Le détail avec Gaël Sliman, président d'Odoxa. >>>

p. 10

CONFINEMENT-DECONFINEMENT

La période de confinement s'est révélée être une rude épreuve pour toutes les professions médicales. Les masseurs kinésithérapeutes, qui ont pu compter sur le soutien de leurs institutions, demeurent inquiets pour l'avenir, même si la crise les a contraints à faire évoluer leur métier. <<<



p. 56

FORMATION

L'e-learning en question. La période de confinement est difficile pour nous tous, les kinésithérapeutes. Les salariés sont sur le front du COVID 19 dans les hôpitaux de France et de Navarre, les libéraux sont obligés de fermer leurs cabinets et de voir leurs revenus limités à presque zéro, contrairement à leurs charges. Les formateurs et organismes de formation sont tout aussi contraints et de nouvelles formes émergent. Mais sont-elles adaptées à la kinésithérapie ? >>>

p. 34

CRYOPOLE

Le bien-être qui venait du froid. Santé, bien-être, sport, beauté, la cryothérapie poursuit son développement auprès des professionnels. Avec Cryopôle, Pascal Grillon, fondateur du groupe du même nom, les cabines corps entier prennent un tour nouveau, celui de la franchise, mais aussi du partage. <<<



Abonnement

fmt
mag.com

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.

Franco&Fils

CONCEPTION & FABRICATION D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



ZONE INDUSTRIELLE | RN7 | 58320 POUQUES-LES-EAUX

TÉL. : 03 86 68 83 22 | FAX : 03 86 68 55 95

E-MAIL : INFO@FRANCOFILS.COM | SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

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

Quand le COVID-19 fait le buzz... Au détriment des sciences médicales



Je ne sais pas comment vous vivez cette petite quarantaine de jours en confinement, mais je ne peux m'empêcher après des dizaines de pages ne pas dire des centaines de pages lues sur l'ordinateur (afin de ne pas utiliser inutilement du papier... sustainability), j'ai appris beaucoup de choses, mais aussi j'ai autant « désappris »... J'ai lu des articles riches en informations l'étude sur les suites possibles du Covid-19 les « Futuribles », un bel article de Bruno Latour, de Pierre Charbonnier, un article de Strauss Kahn, mais oui, qui propose une belle analyse de la situation (on ne peut pas faire table rase de son passé professionnel...) dont le titre est : L'être, l'avoir et le pouvoir dans la crise. J'ai eu la chance de participer à une visioconférence avec Pablo Servigné, jeune chercheur confrencier qui s'intéresse tout particulièrement à la transition écologique et qui, avec un autre auteur, a développé la "collapsologie".... Pour faire court, il est un théoricien de l'effondrement. Vous le retrouverez sans difficulté sur Internet, écoutez-le, il apporte quelques questionnements qui, de mon point de vue font trop le Buzz tout comme les philosophes qui m'ont moins passionné et les patrons de médecine qui font que je ne regarde plus aucune information et quant aux journaux je ne lis plus que les gros titres.

Le COVID-19 a déclenché dans les médias une buzzopathie chronique depuis quelques semaines si l'on se réfère aux recommandations de nos agences administrato-médicales. Les experts médicaux avaient l'habitude de réserver les résultats de leurs travaux, de leurs expérimentations, de leurs avancées thérapeutiques en tout premier lieu à leurs pairs et leurs collègues à travers colloques, congrès et autres événements médicaux... Aujourd'hui, certes les manifestations scientifiques sont au silence en salle, mais nous profitons tous des réunions numériques... Pourquoi pas eux, ou plutôt pourquoi préfèrent-ils les médias ? Sur les réseaux sociaux circulent des montages extraordinaires de ce que des médecins ou professeurs ont dit et ont dit totalement différemment quelques jours ou semaines après... Pour échanger avec de nombreux citoyens confinés en travail à domicile, ils sont nombreux à ne plus savoir à qui se fier. Mon épouse et moi avons été modérément touchés. Deux médecins de deux organisations médicales à domicile sont venus la voir. Le premier a dit en l'entendant tousser vous avez le virus, mais on ne peut rien faire, je vous donne donc des antibiotiques cela devrait passer. Sinon allez à l'hôpital... Les antibiotiques ont aggravé son état par leurs effets secondaires. Nous appelons un second médecin qui n'en sait rien non plus et change les antibiotiques... Nous avons pris le taureau par les cornes et nous avons pu tous les deux avoir un scanner qui a confirmé que nous étions atteints « modérément ». Elle a pris un troisième traitement et moi

aucun traitement. En complément, nos médecins traitants n'ont pas souhaité prendre position... Nous allons beaucoup mieux après un peu plus de 20 jours de très grande fatigue et une perte de l'odorat et du goût qui reviennent progressivement. Cette pandémie a beaucoup perturbé les médecins... Ce n'est pas une critique c'est un fait... Quel dommage que leurs pairs aient passé plus de temps devant les médias qu'à les informer...

Comme vous, j'espère chaque soir... Je passe un peu de temps avec les voisins de la résidence et du quartier à applaudir les soignants... Quelle belle marque de solidarité, mon fils a confectionné des masques qu'il a offerts aux soignants de son quartier et de l'hôpital le plus proche, mais ne conviendrait-il pas de garder en mémoire ses actions solidaires lorsque tout cela sera terminé, sans oublier que des croûtons auraient été donné aux soignants des hôpitaux, des miettes aux personnels des EHPAD, que beaucoup de confrères ont apporté bénévolement leur aide aux soignants mais que d'autres voient leur activité en forte baisse de vitesse ?

Ne serait-il pas plus utile de réfléchir calmement à la fin du confinement plutôt que chaque soir, sans aucune analyse, faire du « yaka-faukon » que les sciences médicales ont toujours rejeté et laissé les médias politiser à outrance les sciences médicales....



Connaissez-vous l'ANGAK ?

1ère Association de Gestion Agréée des Kinésithérapeutes

33 500 Adhérents

. Cotisation pleine 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 Pascal Turbil

Confinement, déconfinement

Comment les kinés vivent la crise



Les kinés sont prêts pour la réouverture de leurs cabinets, à l'image de Mickaël Mulon – président du SNMKR.

Tous les personnels soignants n'ont pas vécu cette période de confinement de la même manière. Certains « au front » souvent démunis sans véritables équipements (les soignants des hôpitaux) et d'autres, passifs, inactifs contraints avec des cabinets fermés ; dentistes, masseurs kinésithérapeutes... Des kinés salariés des hôpitaux rejoints par certains volontaires « appelés », particulièrement sollicités et souvent démunis (masques, blouses...) Et des kinés indépendants, libéraux, qui s'inquiétaient pour leurs patients et pour la survie de leur cabinet.

Des kinés parfois isolés, mais pas abandonnés. Syndicats, fédérations, URPS, Ordre ont joué leur rôle de représentants auprès de l'administration. Tant pour venir en aide à ceux qui exerçaient, qu'aux autres, dont les cabinets étaient à l'arrêt. Comme le soulignent les professionnels interrogés (et pas forcément syndiqués) : « C'est l'une des rares fois où les syndicats ont tiré dans le même sens... Nos instances ont fait le boulot. » De fait l'Ordre est immédiatement entré en contact avec les affaires sociales du Sénat ; avec la CNAM pour traiter notamment des remboursements des téléconsultations...

Le SNMKR a tout de suite réagi pour établir un état des lieux, via un sondage. Les trois quarts des kinés ayant fermé leurs cabinets. Les autres ayant opté pour le télésoin et/ou les visites à domicile enregistraient également une perte de

La période de confinement s'est révélée être une rude épreuve pour toutes les professions médicales. Les masseurs kinésithérapeutes, qui ont pu compter sur le soutien de leurs institutions, demeurent inquiets pour l'avenir, même si la crise les a contraints à faire évoluer leur métier.

revenus estimée à 40% en moyenne... Une plateforme pour répondre aux questions a immédiatement été mise en place par le SNMKR, avec des conseils, notamment pour bénéficier de la somme forfaitaire de 1500 €. Les régions se sont également mobilisées. Christophe Mahieu, libéral dans le sud-ouest tient à féliciter l'action de l'URPS d'Occitanie : « Ils ont fait un taf d'un autre monde, notamment dans le maillage des professions de santé, ce que nous avions un peu laissé de côté. »

De son côté la FFMKR s'est particulièrement intéressée à la situation dans les EHPAD. Un drame selon son président Sébastien Guérard qui a plusieurs fois alerté les autorités sanitaires, puis le président Macron devant notamment les résultats de l'enquête menée au sein de ces établissements : « Lanceur d'alertes depuis le début du confinement sur les conséquences tragiques de l'isolement et sur la grabatisation des résidents, la FFMKR déplore le décalage entre la prise en considération de ses mises en garde et la réaction des pouvoirs publics. Aussi, la FFMKR demande instamment au président de la République d'agir pour une véritable amélioration de l'accès des kinésithérapeutes libéraux aux EHPAD, afin de limiter la grabatisation des résidents et le risque de surmortalité qu'elle entraîne. » L'enquête FFMKR montre notamment que 85% des patients ont subi un arrêt des soins de kinésithérapie d'au moins 3 semaines ; qu'aucun kinésithérapeute n'est intervenu pendant 6 semaines dans 2 EHPAD sur 3 ou encore qu'1 kinésithérapeute sur 2 doit utiliser ses propres moyens de protection pour respecter les règles d'hygiène imposées par l'EHPAD... La fédération s'est également axée sur le

télésoin en organisant un webinar (10 avril) pour décortiquer les opportunités de cette pratique. D'autres comme Rééduca se sont rapprochés de la profession. L'organisateur du salon a voulu savoir comment les masseurs kinésithérapeutes faisaient face au coronavirus et surtout comment ils se réinventaient en cette période particulière ?

Le télésoin en question

Dans l'urgence, le CNOMK a demandé la publication d'un texte qui permettrait de mettre en œuvre des actes de télé-rééducation pour les soins qui auront été interrompus au cabinet. Les patients qui souffrent d'une pathologie chronique nécessitant des soins en kinésithérapie de manière ininterrompue, ont pu (parfois) se les voir prodigués à domicile. En effet, l'Ordre a demandé aux kinésithérapeutes de tout mettre en œuvre pour éviter les hospitalisations des plus fragiles en prenant en charge dans le respect strict des règles d'hygiène et à leur seul domicile les patients vulnérables pour lesquels l'arrêt des soins risquerait d'entraîner une aggravation majeure, notamment ceux atteints de pathologies chroniques nécessitant de la kinésithérapie de désencombrement (par exemple mucoviscidose, dyskinésies ciliaires primitives, BPCO...) ainsi que les patients polyhandicapés et les personnes âgées dépendantes. Cette pratique de la kinésithérapie à distance fait déjà débat depuis un moment et le confinement l'aura sans aucun doute ravivé. Mais pour certains comme Christophe Mahieu, à circonstances exceptionnelles mesures qui ne le sont pas moins : « Appelons un chat un chat, certains kinés de ma région (Occitanie) ont carrément abandonné leurs patients.

Au motif de ne pas prendre ou faire prendre de risques ou encore parce que 4 déplacements dans la journée ne sont pas rentables. Alors, moi qui suis plutôt spécialiste des sportifs, j'ai pris les choses en mains. Emmené par notre URPS, un groupe solidaire s'est constitué. Des soins à distance bien sûr, car bien conseillés, c'est beaucoup mieux que rien et des soins à domicile pour ne pas abandonner les patients... Et puis j'ai participé à la mise en place d'une unité Covid. Selon le système D, avec les moyens du bord, des tentes aux logos commerciaux dans un gymnase, en collaboration avec les autres acteurs médicaux. Nous avons recréé un lien distendu... » Christophe Mahieu identifie néanmoins une autre faille dans son métier : « Avant nous vivions une différence entre les kinés de l'hôpital et les indépendants. Aujourd'hui, durant la crise, certains d'entre nous se sont rapprochés des kinés salariés et la faille se vit davantage entre les libéraux qui pleurent, qui réclament des masques et des prises en charge et les autres qui connaissent le revers de la médaille libérale et qui néanmoins font face, continuent d'exercer leur métier, car il y avait énormément de travail durant cette période, même si comme tous les autres kinés j'ai perdu de l'argent, plus de 10.000 euros par mois, mais c'est le jeu quand on est libéral. Nous avons appliqué le système D pour les masques, les blouses, etc. Et notre implication va payer et j'enregistre déjà une nouvelle clientèle, ravie de n'avoir pas été abandonnée en pleine crise. » Une position tranchée, mais il rejoint pourtant l'avis général en considérant que son métier va évoluer après le confinement, en raison notamment des besoins post-coronavirus : « Tous les kinés vont accueillir des patients qui sortent d'un long séjour à l'hôpital, avec une rééducation cardio-respiratoire aussi bien que physique. » Une position défendue par Martine Lemaire qui exerce à Metz et qui affirmait lors de son intervention sur TF1 : « Les kinés ont un rôle à jouer en sortie d'hospitalisation ! » Et ce n'est pas Patrick Emaer, atteint par le virus et placé en coma artificiel durant 3 semaines qui dira le contraire : « J'ai cru mourir. Mais je suis finalement revenu... Il faut maintenant tout réapprendre. A respirer et à bouger. J'ai des séances de kiné quotidiennes et je savoure chaque petite victoire. Pouvoir me déplacer à l'aide d'un déambulateur, ou encore gagner quelques centimètres d'amplitude dans le bras droit... Car on ne dit pas assez combien les séquelles de cette maladie sont importantes. » Si la plupart des professionnels se disent prêts à accueillir leurs patients, certains comme les kinés d'Ile-de-France peuvent, en plus, compter sur l'implication de la Région qui a décidé d'attribuer à cette profession essentielle pour la continuité des soins et des prises en charge des Franciliens 100 000 masques chirurgicaux. En lien étroit avec l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'URPS d'Ile-de-France et les syndicats professionnels, ces masques seront distribués à l'ensemble des professionnels en activité, selon des règles transparentes et équitables.

COVID-19 LES AIDES ACCORDÉES

TOUT SAVOIR SUR LE TÉLÉSOIN

Des pistes pour la kiné post Covid

On parle énormément de réanimation et de ventilation, mais la plupart des gens ne semblent pas savoir de quoi il s'agit. Il ne s'agit pas d'un masque à oxygène posé sur la bouche pendant que vous terminez la recherche du temps perdu. La ventilation invasive pour le covid (intubation qui se fait sous anesthésie générale) consiste à rester 2/3 semaines immobile, souvent sur le ventre, avec un tuyau enfoncé dans la bouche jusque dans la trachée et qui vous permet de respirer au rythme de la machine à laquelle il est attaché. Vous ne pouvez pas parler ni vous nourrir ni rien d'autre de façon naturelle. La gêne et la douleur nécessitent l'administration de sédatifs et analgésiques pour assurer la tolérance du tube par le patient pendant la durée de la prise en charge (coma artificiel). En une vingtaine de jours de ce doux traitement pour un patient jeune (40 ans), la perte de la masse musculaire est d'environ 40% et la rééducation de 6 à 12 mois, souvent associée à des traumatismes de la bouche ou des cordes vocales. C'est pour cette raison que les personnes âgées ou déjà affaiblies par d'autres pathologies sont souvent incapables de tenir physiologiquement. Hellocare - plateforme e-santé mettant en relation les patients et les professionnels de santé - souhaite poursuivre son accompagnement auprès des patients en mettant gratuitement à disposition des Psychologues pour aider la population à traverser cette crise sanitaire (personnes isolées, peur, deuil, etc.) ainsi que des kinésithérapeutes pour les patients ayant des problèmes respiratoires. Face à la pandémie actuelle, les pouvoirs publics mais aussi de nombreux professionnels de santé encouragent fortement la téléconsultation en cette période de confinement. Pour approfondir cette démarche, Hellocare facilite donc l'accès aux professionnels de santé pour une prise en charge rapide. Hellocare et PhysioAssist - solution innovante pour un drainage bronchique efficace et sans effort - se mobilisent aux côtés des kinésithérapeutes respiratoires volontaires pendant la période du confinement. Pour les personnes souffrant de troubles respiratoires chroniques, les deux acteurs proposent un service de téléconsultation gratuit afin qu'ils puissent accéder aux conseils et à l'expertise des Kinésithérapeutes pendant cette crise.



Franck Assaban Président Fondateur



La réalité virtuelle s'invite dans les cabinets de kinés

Créée au mois de mai 2015, la société Montpelliéraine de réalité virtuelle appliquée à la rééducation compte aujourd'hui une quinzaine de salariés dont une filiale aux Etats-Unis. Une progression que son fondateur, Franck Assaban attribue également à Réduca. Tout commence lorsque Franck Assaban, kinésithérapeute, explore différentes possibilités pour combattre les vertiges et les troubles de l'équilibre, dont il est spécialiste : « J'ai fait un essai maison avec un masque d'apiculteur et du fil de fer pour traiter le mal des transports et reproduire les conditions de la lecture en voiture. Je me suis ensuite intéressé aux casques de réalité virtuelle. Les possibilités offertes par cette technologie allaient bien plus loin que mon bricolage et donnaient de très bons résultats. »



« La réalité virtuelle permet d'amener le patient à réaliser des choses sans y penser. »

Fort de ces essais transformés, Franck Assaban fait évoluer ses outils virtuels vers la neurologie et la traumatologie : « La réalité virtuelle permet d'amener le patient à réaliser des choses sans y penser. J'ai pu faire passer une épaule de 60° à 120° en une seule séance, là où il m'en fallait 6 habituellement. » Franck Assaban propose rapidement aux autres professions de santé de s'équiper pour conforter les résultats obtenus en cabinet. Selon lui, l'objectif est primordial et le casque de réalité virtuelle est un outil qui permet d'optimiser la plupart



des formes de rééducation : Fonctionnelle, Equilibre/Vestibulaire, Neurologique, Mal des transports, Sports

Un salon sans équivalent

C'est dans cette logique de résultats qu'en 2008, Franck Assaban visite pour la première fois le salon de la rééducation et de la masso-kinésithérapie à Paris : « A l'époque je m'installais et j'allais voir ce que les exposants pouvaient me proposer, notamment concernant l'achat de matériel. » Il s'y est ainsi rendu en tant que visiteur jusqu'en 2016, où il prend un stand pour la première fois afin d'y présenter sa solution Virtualis : « J'avais un petit stand de 6 m², tout s'est très bien passé. » De fait, il remporte un trophée Réduca Innov' qui lui sera bien utile pour asseoir sa crédibilité : « Ce trophée m'a été décerné lors du plus important salon de kinésithérapie en France. Il est indéniablement un gage de qualité pour nos produits. Il m'a permis, entre autres, de valoriser notre marque en termes d'image. » L'année suivante, Franck Assaban renouvelle l'expérience avec un stand un peu plus grand (9 m²) : « Cette fois encore j'y participais pour l'image, les démonstrations et les contacts. Je ne faisais presque aucun développement commercial sur place. »

En 2018, Virtualis candidate à nouveau au concours Réduca Innov' et remporte encore une fois le trophée : « J'étais à deux doigts d'un autre trophée en 2019, mais la solution n'était peut-être pas encore suffisamment aboutie. Lors du prochain salon je présenterai la plateforme « Motion VR, Plateforme de Posturographie Dynamique et de Rééducation » et nous espérons remporter le trophée. » Franck Assaban voit aussi en Réduca une formidable opportunité de rencontres : « C'est au salon Réduca que j'ai fait la connaissance du fabricant d'un composant de ma plateforme (Kinvent),

qui est également situé à Montpellier. Nous sommes devenus partenaires. C'est encore à Réduca que j'ai rencontré notre distributeur tunisien. Ce salon est réellement l'occasion

de prendre le temps d'échanger, de rencontrer des partenaires. C'est un salon sans équivalent en France ou à l'étranger. On y fait généralement soit de la vente de matériels, soit des congrès spécialisés, mais je ne connais pas d'événement qui allie les deux, avec un flux constant de visiteurs. » Il retient ce mix qui associe l'exposition, la vente de matériels et les animations, avec en prime le temps d'échanger et de faire tester les produits, ce



« C'est un salon sans équivalent en France ou à l'étranger. »

qu'il ne retrouve pas forcément aux Etats-Unis : « C'est une incroyable machine, qui fonctionne notamment parce qu'elle très bien organisée en amont, du coup, cela se passe bien pendant et les affaires peuvent se poursuivre après. L'image de Réduca est excellente, à tel point que j'y donne la plupart de mes rendez-vous. » Un enthousiasme que Franck Assaban, et toute l'équipe de Virtualis vont traduire lors de la prochaine édition en présentant ses produits sur un stand de 38 m² : « Nous serons une dizaine de kinés et démonstrateurs pour faire tester notre plateforme. Avec une certitude, plus notre stand est grand, plus nous pouvons faire tester nos produits et plus le chiffre d'affaires augmente. C'est quasi mécanique. »

Statistic Graph

Mon
Tue
Wed
Thu
Fri
Sat
Sun

April May June July August September

100

60

40

20

0

SALON

BODY FITNESS

Musclez votre business - **Boostez** votre quotidien

**12.13.14
MARS 2021**

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

salonbodyfitness.com



Xavier Dufour Directeur et Fondateur



L'esprit pratique

Depuis 15 ans, l'Institut de Thérapie Manuelle et de Physiothérapie (ITMP) est spécialiste de la formation continue en masso-kinésithérapie, en thérapie manuelle et en ergonomie. Fidèles depuis 2012 à Réduca, ITMP et Xavier Dufour, son fondateur, en apprécient particulièrement les animations et les évolutions de contenu.

Pour Xavier Dufour tout est parti d'une idée simple : « Le besoin d'efficacité en kinésithérapie. Loin des oppositions entre pratiques kiné et ostéo, j'ai décidé de prendre le meilleur chez les uns et chez les autres. »

« C'est ainsi que nous avons créé en 2005, un cursus de Thérapie Manuelle qui ne repose plus sur un nombre d'heures, mais sur la pratique et les compétences diagnostiques et thérapeutiques. »

ITMP s'adresse à tous les kinés

L'institut s'adresse à tous les kinésithérapeutes qui souhaitent approfondir leurs connaissances pour améliorer la prise en charge de leurs patients et assurer toutes les responsabilités thérapeutiques, éthiques et sociales. En 2015, suite au développement de la structure ITMP dans plusieurs villes d'accueil



en France et dans les DOM-TOM (Paris, Bordeaux, Toulouse, Aix-en-Provence, Nice, Strasbourg, la Guadeloupe, la Martinique, la Réunion, la Guyane et Tours, Soissons ou Amiens de manière plus ponctuelle), le « P » qui signifiait « Paris » devient « physiothérapie » dans le but de montrer l'évolution de la kinésithérapie et de l'enseignement.

ITMP propose en complément une formation e-learning : « Tous nos programmes de formation s'adressent à tous les kinés, quelle que soit leur spécialité (sport, ergonomie, pédiatrie, respiratoire, périnéologie...) et cette formation à distance, vient toujours en complément de séances pratiques en présentiel. » Et au moment de dresser un portrait de ses stagiaires, Xavier Dufour est ravi d'annoncer une certaine parité : « Le profil



type du stagiaire est 50% d'hommes, 50% de femmes qui viennent de la France entière, puisque ITMP se déplace dans la plupart des régions de France. Il y a 10 ans, 80% des stagiaires passaient par les formations ITMP dans leurs 2 premières années de pratique. Aujourd'hui, c'est davantage entre 2 et 10 années de pratique, ce qui montre une volonté de perfectionnement accrue, avec une recherche de concret et de pratique. »

Réduca, l'évènement de la kinésithérapie

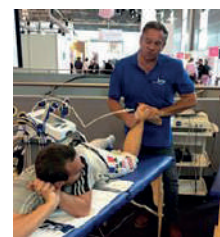
C'est dans cet état d'esprit « pratique » que Xavier Dufour a découvert Réduca en 2012 : « La première fois, nous avons un petit stand au sein du Carré Formations.

Très vite, l'organisation s'est orientée vers une partie pratique plus présente avec la création des Ateliers Pratiques auxquels nous participons depuis leur lancement, une première fois en 2014, puis revus et développés en 2017. Des ateliers dont la surface ne cesse de croître depuis 3 ans.

« Réduca est un lieu extraordinaire d'échanges. »

Il faut l'entretenir et le développer dans ce sens. Ce n'est plus seulement un espace de vente de matériels, mais aussi un lieu d'échanges et de partages, qui en fait chaque année, la fête de la kinésithérapie. »

Xavier Dufour apprécie aussi les autres animations qui font le succès de Réduca, notamment 1 Jour | 1 Sport | 1 Kiné avec la venue de champions comme Axel Clerget et sa fédération



de judo. Un fort intérêt pour le salon que l'on retrouve encore dans les Conversations Multidisciplinaires : « Je m'implique dans tout ce qui peut être positif pour ce salon. Si c'est bon pour les kinés, c'est bon pour ITMP et inversement. A titre personnel, je prends beaucoup de plaisir à participer à ce salon. »

« J'apprécie ses évolutions et j'en félicite l'organisation. »



Solutions de soins par le massage et le mouvement

KYSIO®

Contrôle & biofeedback



imoove®

Mouvement élisphérique 3D



icoone®

Micro stimulation cellulaire



Kinox®

L'escalier 100% inox



**ACCUEILLEZ VOS PATIENTS
EN TOUTE SÉRÉNITÉ**

3 mensualités différées* + **1** mensualité offerte* = **4** mois d'esprit libre

ou

6 mensualités différées* + **1** mensualité offerte* = **7** mois d'esprit libre

*Achat en crédit-bail

Une gamme de solutions sur-mesure et évolutives





Natacha Vanryb Co-fondatrice



Naissance de la réalité virtuelle immersive pour la rééducation

Créée fin 2015, KineQuantum est à l'origine de la première solution de bilan et de rééducation fonctionnelle en réalité virtuelle immersive. D'abord source de curiosité pour les kinésithérapeutes, la réalité virtuelle immersive s'impose aujourd'hui en cabinet comme un adjuvant indispensable à la rééducation.

L'histoire est belle. Celle de quatre amis, brillants et surtout très déterminés, qui partent d'une idée et la transforment en une entreprise innovante à succès. L'idée d'origine est venue du kinésithérapeute de l'équipe qui avait une forte envie de participer à l'évolution de sa profession. « Ensemble, forts de nos profils complémentaires, nous créons KineQuantum avec pour objectif de faire de la réalité virtuelle un véritable allié pour les kinésithérapeutes ». KineQuantum transpose ainsi des exercices de travail actif en réalité virtuelle immersive : « Notre dispositif médical propose plus de 90 exercices différents pour travailler la mobilisation active, la proprioception ou encore le renforcement musculaire du rachis, des membres supérieurs et inférieurs, le travail de l'équilibre, vestibulaire, etc. ».

« La réalité virtuelle immersive, alliance du ludique et de la science au service de vos patients. »



L'apport de la réalité virtuelle pour la rééducation

De fait, les avancées sont spectaculaires. Bien sûr, le côté ludique, avec le casque et l'immersion totale permet de dépasser l'ennui de la répétition des exercices, mais la réalité virtuelle permet aussi, en se focalisant sur le but de l'exercice et non plus sur son mouvement douloureux, de dépasser la kinésiophobie : « Les patients arrêtent souvent de venir au cabinet avant la fin de leur ordonnance, principalement par lassitude. En conséquence, il est fréquent qu'ils ne récupèrent pas 100%. KineQuantum les motive et leur permet de se dépasser avec le moins de douleur possible ». De fait, une rééducation de l'épaule passe beaucoup mieux par le biais d'une partie de tennis.

En lien avec son comité scientifique, l'équipe propose des exercices adaptés selon les pathologies et capacités de ses patients. « Nos kinés équipés utilisent notre dispositif aussi bien avec des adolescents que des seniors, il suffit juste de sélectionner les exercices adaptés et de les paramétrer en fonction. » L'avantage de la réalité virtuelle immersive s'est aussi la multiplication des possibilités de rééducation au cabinet, notamment pour le travail de l'équilibre. « Grâce à l'immersion, nous contrôlons l'ensemble des repères visuels du patient. Nous pouvons ainsi aller beaucoup plus loin dans le travail de l'équilibre que ce qu'il est possible de faire traditionnellement en cabinet. »

KineQuantum a réalisé fin 2019 sur une levée de fonds d'1 million d'euros pour accélérer son développement commercial.

« Réduca, c'est aussi notre crash-test »

Ces progrès fulgurants, KineQuantum les a présentés chaque année à Réduca : « Dès notre première participation en 2017, nous avons immédiatement compris l'importance de Réduca dans le monde de la kinésithérapie, malgré le coût que cela représentait. C'est le salon de référence pour les kinésithérapeutes libéraux. ». Natacha Vanryb poursuit : « L'année dernière, nous avons considérablement augmenté notre investissement avec un plus grand stand et en faisant appel à un standiste, Expo' Even. Ce fut un vrai investissement, mais nos ventes ont explosé. Une grande réussite dont nous sommes fiers ! » Pour sa co-fondatrice, Réduca reste un incontournable : « C'est le plus gros événement de l'année, il nous apporte une visibilité importante, un chiffre d'affaires conséquent et nous permet aussi de tester de nouvelles approches : Réduca est aussi notre crash-test ! C'est la référence du métier et une très belle vitrine de communication. Il n'y a pas d'autres événements avec autant de professionnels de la rééducation présents. »

« C'est le salon de référence pour les kinésithérapeutes libéraux. »



RESTEZ CONNECTÉS AVEC LA SDCA

FORMATION EN LIGNE SUR LES ONDES DE CHOC

Afin de pallier la crise sanitaire actuelle, EMS propose des webinaires pour soutenir les praticiens utilisateurs d'ondes de choc et rafraîchir leurs connaissances en la matière.

Jérôme Piquet, l'intervenant lors de ces webinaires, kinésithérapeute du sport et spécialiste en ondes de choc, ainsi que Marie-Christine Collet, responsable des programmes de formation Swiss DolorClast® Academy, se sont donc livrés dans une interview exclusive sur le sujet.



**JÉRÔME
PIQUET**



**MARIE-CHRISTINE
COLLET**

Quels ont été les sujets abordés pendant ces webinaires ?

JP: Le but de ces webinaires était de faire une mise au point concernant les connaissances sur la pratique des ondes de choc. Pour cela, nous avons choisi de diviser le webinaire avec une partie théorique d'une heure environ et une partie d'échange d'une demi-heure.

MC: Concrètement, les webinaires étaient axés sur la thérapie par ondes de choc avec la Méthode Swiss DolorClast® avec un passage en revue des principales indications, études cliniques puis des recommandations de traitement pour la pratique quotidienne.

Avec plusieurs centaines de personnes par session, nous pourrions penser que l'interaction avec les participants doit être difficile. Est-ce vraiment le cas ?

JP: Nous savions qu'avec autant de personnes présentes sur un seul événement, la situation devait être contrôlée tout en gardant une interaction avec les participants. Les questions écrites directement par les participants sur la plateforme étant traitées par Marie Christine, nous y répondions dans la seconde partie du webinaire. Pour toujours garder une interactivité, les participants peuvent aussi poser leurs questions après le webinaire et nous y répondons ultérieurement.

MC: Comme le dis Jérôme, il faut être en permanence aux

aguets avant, pendant et après le webinaire. Et être omniprésent pour gérer et répondre aux questions des participants.

Quelles ont été les réactions des participants à la suite de ces formations webinaires ?

JP: Les retours sont plus que positifs car ces webinaires répondent globalement à leur attentes. Les participants posent de nombreuses questions donc on voit un réel engagement de leur part pendant ces sessions.

MC : Oui, les participants ont apprécié l'initiative en cette période de confinement, nos événements gratuits sont arrivés comme du pain béni et ont permis aux praticiens de rafraîchir leurs connaissances en matière de thérapie par ondes de choc.

Quelle valeur ajoutée apporte ce type de formation à distance en cette période ?

JP: Ces webinaires permettent avant tout, aux praticiens d'échanger. Notamment pour ceux qui, sans ça, ne pourraient pas le faire en ces temps de confinement. Du coup, chacun accroît ses connaissances en ondes de choc ! Puis, le fait de faire un rappel sur les bonnes méthodes de traitement permettra à chacun de mieux exercer son activité lorsque le confinement sera terminé.

MC: Ces webinaires donnent aussi un accès gratuit au contenu des formations en ligne Swiss DolorClast Academy que nous leur proposons et cela permet aussi de montrer l'efficacité de la Méthode Swiss DolorClast®.

Pensez-vous continuer à faire de la formation pour les kinésithérapeutes via les webinaires ?

JP : Oui, clairement. Etant donné que les gens ont montré un grand intérêt jusque-là pour ce genre de formation, l'objectif serait de continuer en faisant des événements réguliers dont les sujets abordés et les créneaux horaires changeraient pour pouvoir s'adapter au maximum aux besoins des kinésithérapeutes.

MC : Bien sûr, c'est très utile notamment pour tous les praticiens en formation ou étudiants qui deviendront les experts en ondes de choc de demain. Ces webinaires sont un atout indéniable pour stimuler l'apprentissage en ligne mais n'oublions pas qu'ils ne remplacent pas les formations Swiss DolorClast® Academy en présentiel qui sont indispensables pour observer, échanger les expériences et maîtriser les bons gestes en thérapie par ondes de choc.

EMS⁺

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](https://www.facebook.com/dolorclast.EMS.FR) | www.ems-dolorclast.com

Fyzéa, spécialiste de la création de cabinet de kiné



Clémence Bréchet
Chargée de Communication



L'équipement du kiné de A à Z

Créée en 2009 par trois entrepreneurs vendéens inspirés (Isabelle et Franck Chenu et Frédéric Foucaud), Fyzéa fait aujourd'hui partie des entreprises qui comptent dans le secteur de la kinésithérapie. Clémence Bréchet, chargée de communication, en rappelle les fondamentaux.

Fyzéa se distingue par ses valeurs (le rose, la convivialité, l'envie, le conseil...) et place l'humain au cœur de ses préoccupations. En Vendée, où se trouve le siège de l'entreprise, comme partout en France où les services sont dispensés :

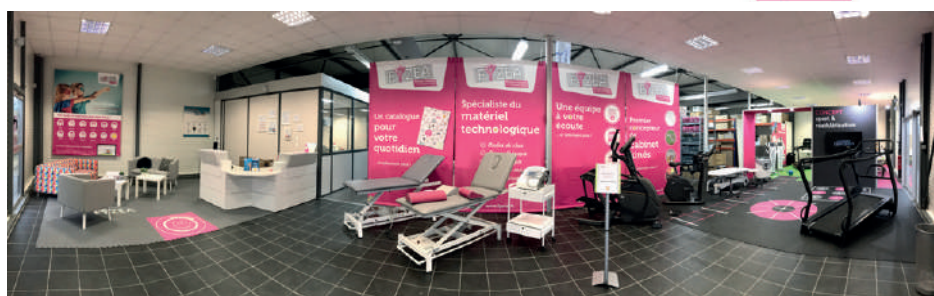
« On se bat chaque jour pour que les kinés soient heureux ! »

Et lorsqu'il est question de définir Fyzéa, Clémence Bréchet, nous répond : « Nous sommes distributeur de matériels pour les kinés et tellement plus. »



1^{er} concepteur de cabinet de kiné

De fait, si l'entreprise propose tout ce que l'on peut trouver comme matériel dans un cabinet de kinésithérapie, elle a fait de la création de cabinet de kiné son domaine d'expertise. Fyzéa propose depuis plusieurs années un accompagnement sur-mesure et a déposé la marque FYZ'Entreprendre kiné en 2018. Ce concept est une offre à tiroirs où tous les kinésithérapeutes sont assurés de trouver ce qu'ils cherchent pour réussir leur installation, ce dont ils ont besoin comme conseils et des



idées auxquelles ils n'auraient peut-être pas pensé. L'équipe est capable de répondre à des demandes très vastes : « Nous pouvons avec l'aide de notre agent immobilier aider les kinés à trouver un local ou un terrain, les accompagner dans la conception de leur plan avec notre architecte. Nous sommes aussi là pour le conseil en équipement, pour réaliser un business plan ou encore pour la vision 3D de leur local. Nous avons décidé d'aller encore plus loin cette année dans la création de cabinet en lançant « le cabinet clés en main », déjà pensé et prêt à l'emploi ! C'est inédit dans la profession et c'est une solution qui permet un gain de temps énorme pour le kiné car on s'occupe de tout et avec une rentabilité garantie ! »

L'entreprise organise également des rencontres sur le thème de la création de cabinet de kiné qui réunit tous les spécialistes de l'installation : « Nous les appelons les JDIK (Journées de l'Installation Kiné), il s'agit de faire rencontrer chez nous, à La Roche-sur-Yon, les kinés et nos spécialistes pour les aider dans leur projet d'installation. Trois jours sous le signe de la convivialité durant lesquels on prend le temps de découvrir les projets de chacun et de leur

apporter des solutions. Nous avons lancé cette initiative l'an dernier à l'occasion des 10 ans de Fyzéa et nous avons accueilli plus de 300 personnes. »

Réeduca, notre rendez-vous incontournable de l'année

Des Journées de l'Installation que Clémence Bréchet ne confond ni même n'associe à un salon, notamment Réeduca qui accompagne Fyzéa depuis sa création. En 2010, la jeune entreprise y participait pour la première fois : « Nous exposons sur un stand de 28 m². En octobre prochain, pour l'édition 2020 nous y déploierons nos solutions sur 108 m². C'est dire notre évolution et l'importance que revêt cet événement. Réeduca est le temps fort de l'année. C'est à Paris que nous pouvons échanger avec « nos » kinés, c'est l'occasion de rencontrer nos clients, mais aussi de leur montrer notre évolution. Pour Fyzéa, Réeduca est toujours un grand moment de convivialité mais également l'occasion de gagner en visibilité et en notoriété. Ces neuf éditions auxquelles nous avons participé, ont toujours été de réels moments de surprises, de découvertes et d'échanges. »



« C'est un peu notre fil rouge, nous y retrouvons nos contacts d'une année sur l'autre. Une sorte de point de rencontres. Dans tous les cas un incontournable ! »

EVITER LA PROPAGATION DU VIRUS AVEC DES SOLUTIONS MAINS-LIBRES ET SANS CONTACT

Les appareils mains-libres proposés par BTL aux masseurs-kinésithérapeutes depuis maintenant de longues années afin d'améliorer un circuit de soin et facilité l'organisation interne d'un cabinet, **sont dorénavant une demande plus fréquente ces dernières semaines** dû la situation sanitaire dont le monde est maintenant otage.

Des appareils-mains libres OUI mais pas n'importe lesquels. BTL propose des technologies qui apportent une efficacité prouvée, des études scientifiques et satisfaction des patients.

GARDEZ UNE DISTANCE TOUT EN PROPOSANT DES TRAITEMENTS EFFICACES.

Selon la société médicale BTL, les appareils plus sollicités, pour les patients post covid et les patients qui sont dans l'attente de reprendre ou initialisé leur traitement, sont :

1/ Les champs électromagnétiques à haute intensité, (Super Inductive System : un traitement qui peut être effectué par dessus les vêtements) idéal pour le soulagement de la douleur, déblocage des articulations, renforcement et relâchement musculaires, amélioration respiratoire et traitement d'hernie discale. C'est une vraie source de bienfaits et succès dans la kiné. Ils dépolarisent le tissu nerveux, provoque des contractions musculaires et une réaction neurophysiologique dans le corps humain qui modifie naturellement le message de douleur. Les membranes des cellules rétablissent leur potentiel électrique dans l'organisme qui agissent sur les systèmes enzymatiques, les ions et les messages nerveux tout en provoquant une contraction et une relaxation musculaire ce qui permet de multiples bénéfices sur les cellules qui auraient été préalablement endommagés pour améliorer la mobilité articulaire et accélérer la cicatrisation.



2/ Le laser à haute intensité version **robotic scanning system** : celui-ci permet de respecter une distance avec le patient tout en conjuguant biostimulation et effet thermique vasodilatateur. C'est le premier laser automatisé qui ne nécessite pas d'opérateur et qui peut couvrir une zone de traitement jusqu'à 1200 cm² avec des puissances élevées tout en maintenant un contrôle total de distance, température et retour visuel. Un laser mains-libres unique grâce à son contrôle multi-level qui permet que la lumière du laser traverse l'épiderme et une épaisseur plus ou moins importante du derme selon la zone. Le rayonnement laser provoque des réactions biochimiques et accélère la guérison des pathologies liées aux muscles, tendons et les pathologies post-traumatiques dû à la réparation tissulaire et croissance accélérée des cellules, la réduction de la formation du tissu fibreux, l'effet anti-inflammatoire, antalgique et l'augmentation de l'activité métabolique.



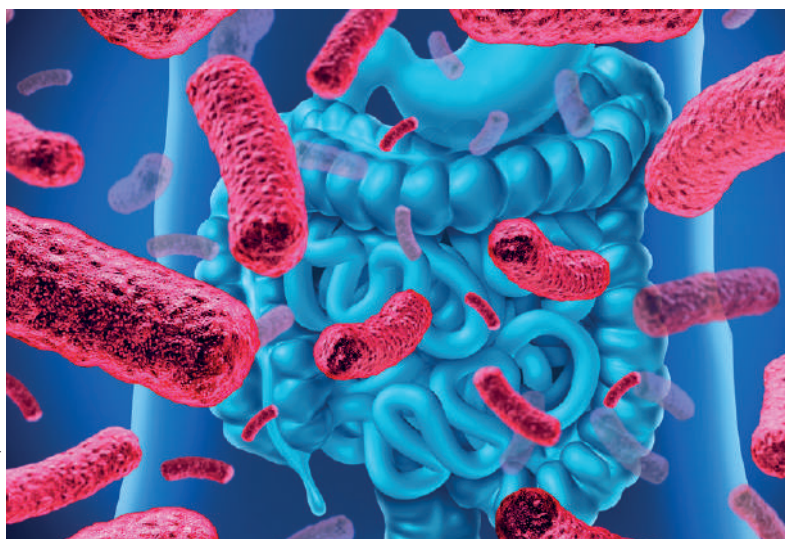
3/ La pressothérapie, BTL-Lymphastim, qui fournit tous les avantages du drainage lymphatique à travers une vasodilatation, une amélioration de la microcirculation et un soutien de l'activité physiologique du système lymphatique et immunitaire.

Ne pas oublier de bien désinfecter tout le matériel après utilisation bien comme prendre toutes les précautions nécessaires.



+ Avec Anses & Cerin

Probiotiques, quels intérêts pour les sportifs ?



Certains probiotiques peuvent avoir des effets bénéfiques pour la population sportive : réduction des épisodes infectieux, préservation de la barrière intestinale ou encore amélioration de la récupération musculaire. La Société Internationale de Nutrition Sportive (ISSN) publie sa position officielle concernant les effets de la supplémentation en probiotiques chez le sportif, pour optimiser sa santé, ses performances et sa récupération.

1. L'ISSN définit les probiotiques comme des micro-organismes vivants qui, administrés en quantités adéquates, peuvent entraîner des bénéfices pour la santé de l'hôte, les effets sur l'intestin et l'immunité étant les plus étudiés. Même si les différents probiotiques agissent selon des mécanismes de base similaires, leurs bienfaits spécifiques dépendent de la souche et de la dose administrée.

2. Les sportifs présentent des compositions de microbiote intestinal différentes comparativement aux personnes sédentaires, en raison des quantités d'exercices réalisés et de protéines consommées. Les données existantes ne permettent pas de dire si ces différences ont un impact sur l'efficacité des probiotiques. L'ISSN ajoute que, chez les sportifs, certaines souches de probiotiques peuvent augmenter l'absorption de nutriments clés, tels que les acides aminés, améliorant ainsi les propriétés de nombreux composants alimentaires.



3. L'administration de souches spécifiques de probiotiques chez le sportif peut avoir des impacts bénéfiques, en particulier

a. une réduction du nombre d'épisodes infectieux des voies respiratoires supérieures, de leur gravité et de leur durée, ces infections chez le sportif faisant souvent suite à une charge excessive d'entraînement, au stress ou encore à l'exposition à des conditions environnementales extrêmes ;

b. une préservation de l'intégrité de la fonction barrière intestinale. Celle-ci peut en effet être mise à mal chez le sportif, en particulier par des exercices intenses et prolongés dans la chaleur, qui augmentent la perméabilité intestinale, pouvant ainsi entraîner une toxémie systémique ;

c. une amélioration de la récupération musculaire, par l'administration de souches probiotiques anti-inflammatoires.

4. Des études précliniques et quelques premières études chez l'humain ont montré d'autres effets potentiels des probiotiques, intéressants pour la population sportive, par exemple :

- une amélioration de la composition corporelle,
- une réduction de la baisse liée à l'âge du taux de testostérone,
- une baisse des concentrations de cortisol, indiquant une meilleure réponse au stress,
- une diminution de la sécrétion d'acide lactique,
- une hausse de la synthèse de neurotransmetteurs.

Ces potentiels effets doivent être confirmés par des études de validation chez l'humain et en particulier dans les populations sportives.

5. La dose efficace minimale et le mode d'administration d'une souche de probiotique sont déterminés par les études de validation qui lui sont spécifiques. Les étiquettes des produits contenant des probiotiques doivent indiquer le genre, l'espèce et la souche de chaque microorganisme vivant, ainsi que les quantités estimées de chaque souche probiotique à la date limite de consommation du produit (mesurées en Unités Formant Colonies ou UFC).

L'ISSN conclut qu'une consommation régulière de probiotiques spécifiques peut avoir des effets bénéfiques chez le sportif. Elle encourage les consommateurs à utiliser des souches de probiotiques dont les intérêts pour le sportif sont validés par la recherche clinique.

Temps passé au travail et risque d'obésité

Une étude américaine met en évidence que les personnes qui travaillent 40 heures, ou plus, par semaine présentent un risque augmenté d'être en situation d'obésité.

L'enquête NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) est une enquête transversale, représentative de la population des Etats-Unis, qui est réalisée chaque année pour étudier les liens entre l'état de santé et les facteurs comportementaux et environnementaux. Les données de 2 581 adultes de plus de 25 ans, issues de l'enquête NHANES 2015-2016, ont été utilisées afin de déterminer s'il existe une association entre le nombre d'heures hebdomadaires passées au travail et l'obésité. L'âge médian des personnes de l'échantillon était de 44 ans et le temps médian passé au travail était de 40 heures par semaine. Après ajustement sur les principaux facteurs confondants (âge, sexe, origine raciale, niveau d'études, revenus annuels et activité physique de loisir), il apparaît que, comparativement aux personnes travaillant moins de 40 heures par semaine, celles qui travaillent exactement 40 heures (rapport des cotes ou odds ratio OR = 1,403 ; IC95% = [1,03 ; 1,85]) et celles travaillant plus de 40 heures par semaine (OR = 1,409 ; IC95% = [1,03 ; 1,93]) présentent un risque augmenté d'être en situation d'obésité (IMC $\geq$ 30 kg/m²).



Les hypothèses émises par les auteurs pour expliquer l'augmentation de l'obésité chez les personnes passant plus de temps au travail sont :

- l'augmentation du nombre d'heures hebdomadaires de sédentarité, car les heures passées à travailler génèrent de moins en moins de dépenses caloriques ;
- le remplacement de la consommation de repas « faits maison » par la consommation de repas en fast-food ou de repas constitués d'aliments transformés, susceptibles d'augmenter la consommation calorique.

En conclusion, cette étude met en évidence que l'augmentation du temps passé à travailler est associée à une élévation du risque de présenter une obésité. Les auteurs mettent en avant l'importance de confirmer ce lien par la mise en place d'études longitudinales.

AVC ischémique et hémorragique : quels liens avec l'alimentation ?



Les fruits et légumes, les produits laitiers et les fibres sont associés à une diminution du risque d'AVC ischémique alors qu'une forte consommation de viande rouge est associée à une modeste augmentation. Seule une consommation élevée d'œufs est liée à la hausse du risque d'AVC hémorragique. L'accident vasculaire cérébral (AVC) résulte, dans environ 80 % des cas, de l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin. Il est dans ce cas appelé AVC ischémique ou infarctus cérébral. Dans les 20 % des cas restants, il correspond à la rupture d'une artère cérébrale au niveau du cortex ou des méninges, on parle alors d'hémorragie cérébrale ou méningée ou encore d'AVC hémorragique. Les données de plus de 400 000 personnes de 9 pays européens, issues de la cohorte EPIC, ont été utilisées pour examiner les associations entre les risques de survenue de chaque type d'AVC et les consommations alimentaires. Après

une durée moyenne de suivi de 12,7 années, 4 281 cas d'AVC ischémiques et 1 430 cas d'AVC hémorragiques ont été enregistrés dans la population étudiée. Les résultats mettent en évidence un risque diminué de survenue d'AVC ischémique en cas de consommation plus élevée de :

- Fruits et légumes (une hausse de consommation de 200 g/j entre le quintile le plus bas et le plus élevé est associée à une diminution du risque de 13 %) ;
- Lait (+ 200 g/j est associé à un risque diminué de 5 %) ;
- Yaourt (+ 100 g/j est associé à un risque diminué de 9 %) ;
- Fromage (+ 30 g/j est associé à un risque diminué de 12 %) ;
- Fibres (+ 10 g/j est associé à un risque diminué de 23 %).

Une forte consommation de viande rouge est, en revanche, associée à une modeste augmentation de la survenue d'AVC ischémique. Pour l'AVC hémorragique, seule la consommation d'œufs est associée à son risque de survenue : une consommation plus élevée de 20 g/j, entre les deux quintiles extrêmes, est liée à une augmentation du risque de 25 %. Ces résultats mettent en évidence l'intérêt de considérer séparément les différents types d'AVC, ischémique et hémorragique, dans les études épidémiologiques qui examinent leurs facteurs de risque. Si les consommations de fruits et légumes, de produits laitiers et de fibres sont des facteurs protecteurs de la survenue d'AVC ischémique et celle de viande rouge un facteur de risque, seule une forte consommation d'œufs est associée la hausse du risque de survenue d'AVC hémorragique.

+ Par Frédéric Pfeferberg, accompagnateur de la performance des athlètes de haut niveau. Diplôme du Cesa et en nutrition de l'université Paris V. Préparateur mental certifié L and F. Directeur Body Vip

L'alimentation en mode confinement

Craquera, craquera pas...



Que l'on soit en phase de confinement, de repos entre deux saisons, au repos forcé suite à une blessure, il va falloir lutter contre la prise de poids.

Maintenir son poids d'équilibre, mais aussi ses bonnes habitudes alimentaires pour ne pas passer du simple au tout, et avoir une reprise bien plus difficile qu'il n'y paraît. Il est bien évident qu'il faut se faire plaisir, mais il faut aussi savoir se contrôler sinon nous ne sommes plus dans le plaisir, mais dans une forme d'addiction ou de n'importe quoi.

Le contrôle par l'apport calorique.

La calorie est l'unité de mesure correspondant à la dépense énergétique. Il est clair qu'en phase de non-compétition ou d'entraînement réduit au minimum, la dépense calorique est beaucoup plus faible. Cela peut être d'une importance primordiale dans la mesure où certains sports réclament 5000 à 8000 calories par jour. Bien entendu le sportif consommera autant de calories nécessaires pour pouvoir se maintenir en forme, à dépense calorique équivalente au repos s'approchant des 2000 voir 2500, il conviendra d'établir une stratégie alimentaire de calories en adéquation avec la baisse d'activité.

Le contrôle par l'indice glycémique

Il faudra éviter les produits industrialisés, avec sucres et graisses cachées au maximum car ces produits contiennent des additifs, du sucre à indice glycémique très élevé qui au-delà du plaisir immédiat apporté, fera monter la glycémie aussi vite qu'ils la feront redescendre pour avoir des creux et des faims beaucoup plus importants. Ainsi la situation de grignotage, à l'envie de reprendre du sucre va peser sur l'apport calorique quotidien. Il faudra privilégier des fibres contenues dans des légumes, pas trop de fruits non plus car il y a du sucre, un apport protéique suffisant pour maintenir le

poids et la masse musculaire, et un apport en lipides de qualité, contenant les oméga 3-6-9 pour l'équilibre et le fonctionnement du corps humain.

Du plaisir à l'addiction

D'un point de vue mental, le plaisir est l'inévitable contrepartie de la rigueur, dans une approche plutôt Leibnizienne. Cela signifie qu'il faut savoir être dans le contrôle pour pouvoir par moment se lâcher et se faire plaisir. Celui qui consommera le sucre, de l'alcool, des bonbons, du chocolat et tout ce qui peut paraître non conventionnel dans l'alimentation, mais ne doit pas forcément faire partie des interdits, saura que cette cerise sur le gâteau sera autorisée à partir du moment où le reste sera sous contrôle.

En conclusion sachons nous faire plaisir, mais sachons aussi établir une stratégie alimentaire dans des périodes où l'entraînement devra être réduit, la compétition inexistante. De même au sortir des carrières professionnelles, le sportif aura à s'imposer cette rigueur pour ne pas tomber dans l'excès inverse de non-sport et de lâcher-total de sa condition physique et humaine.



Dans la cuisine de Frédéric Pfeferberg





TRAQUER SON IMC

L'impédancemètre est l'accessoire idéal pour comprendre ses changements physiques à la maison ! Des analyseurs de composition corporelle peuvent se révéler être l'outil idéal pour révéler les secrets bien cachés de notre corps !

En indiquant de nombreuses données essentielles sur notre composition corporelle, les impédancemètres nous permettent de mieux comprendre notre corps et notre évolution physique. Dans ce registre les modèles Tanita, apportent une technologie médicale accessible à tous depuis sa salle de bains !

L'analyse de la composition corporelle (âge métabolique, poids, la graisse corporelle, eau, masse musculaire, graisse viscérale, IMC) permet de savoir si nous sommes en bonne santé, de surveiller notre forme physique, de comprendre notre corps et d'améliorer nos entraînements sportifs ou notre mode de vie pour augmenter nos performances. Toutes les données sont consultables via l'application MyTanita, récemment actualisée pour permettre aux utilisateurs de suivre leur évolution au fil du temps et de comprendre les résultats obtenus par la balance.

www.tanita.fr



Le modèle BC 730-Green de Tanita

Satisform®
Générateur de mouvements

Libère les amplitudes articulaires et renforce le tonus musculaire



Dos pathologiques

- Lombalgie dégénérative
- Canal Lombaire Étroit
- Scoliose idiopathique



Troubles de la marche

- Gonarthrose Coxarthrose
- Syndrome parkinsonien
- Syndrome de glissement

Mobilisation passive en traction et renforcement musculaire réflexe, des membres inférieurs du bassin et du tronc



www.satisform.com

+ Par Odoxa

Le regard des Français face à l'obésité

Entre grossophobie et préjugés

Withings et la Ligue contre l'Obésité (1) s'associent et dévoilent ensemble les résultats d'une étude Odoxa sur « *Le regard des Français face à l'obésité* ». Alors que 84% des Français considèrent que l'obésité est un problème de santé publique important, 67% estiment que perdre du poids est avant tout une question de volonté, et plus d'un Français sur deux pense qu'il ne faut pas hésiter à mettre les personnes en situation d'obésité face à leurs responsabilités.



Fort de ce constat, Withings a tenu à s'associer à la Ligue contre l'Obésité pour l'organisation de la première Journée Mondiale unifiée contre l'Obésité prévue le 4 mars. Le but de cette journée est de renforcer la prise de conscience sociétale des enjeux liés à cette maladie chronique, et ainsi faire diminuer la « grossophobie » encore trop présente en France.

L'Organisation Mondiale de la Santé alerte sur des chiffres en nette hausse :

- L'obésité a presque triplé depuis 1975 et touche aujourd'hui la quasi-totalité de la planète : 39% des adultes sont en surpoids dont 13% en situation d'obésité
- En France, la maladie tue chaque année 180 000 personnes, soit plus que le cancer

Les chiffres l'attestent

Les causes de la maladie et sa perception révèlent encore des déficits béants

1. Une sous-évaluation du nombre de personnes affectées : 70% des Français pensent que seulement 9% de personnes sont en situation d'obésité alors qu'elle concerne en France 17% des adultes et des enfants.
2. Une méconnaissance concernant la prise en charge de la maladie : avec des chiffres si alarmants, il est difficile d'admettre que l'obésité ne figure toujours pas dans la liste des affections de longue durée (ALD). Or, 64% des Français interrogés

pensent, à tort, le contraire. Dans les faits, les personnes en situation d'obésité sont encore privées d'une prise en charge à 100% des soins et traitements adéquats.

3. Des causes de l'obésité méconnues : la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique sont pointées comme les principales causes de l'obésité par 62% des Français. Cependant, si l'obésité est caractérisée par un excès de masse grasse corporelle, ses causes sont multifactorielles. Qu'ils soient psychologiques, environnementaux, métaboliques ou génétiques, plusieurs éléments entrent en compte dans la prise de poids et c'est la combinaison d'un certain nombre d'entre eux qui conduit à l'obésité.

Autre grand oublié des responsables de la maladie, le facteur environnemental : alors que plusieurs études attestent que respirer un air pollué dès le plus jeune âge favoriserait la prise de poids des enfants par stockage des polluants dans les cellules adipeuses, 81% des Français estiment que la pollution n'est pas une cause de l'obésité.

Si à la lumière de ces premiers résultats on constate que les Français maîtrisent encore assez mal les contours de la maladie, l'étude Odoxa montre quand même un niveau d'information pertinent quant aux facteurs suivants :

1. 81% des personnes interrogées reconnaissent que les perturbateurs endocriniens font partie des causes de l'obésité

2. 80% pensent qu'il existe bel et bien des gènes de l'obésité

3. 72% des sondés admettent qu'une mauvaise qualité de sommeil en favorise le développement à l'instar d'un régime restrictif (61%).

Un paradoxe perdure : de (trop) nombreuses idées reçues circulent sur les personnes en situation d'obésité.

Face aux 67% des Français qui estiment que « perdre du poids est avant tout une question de volonté » et aux 55% qui considèrent « qu'il ne faut pas hésiter à mettre les personnes en situation d'obésité face à leurs responsabilités », les patients atteints par cette maladie se sentent, à juste titre, discriminés et victimes de ce qu'il est devenu commun d'appeler la « grossophobie ». Et, bien que la Constitution Française devrait garantir les mêmes Droits pour tous, dans les faits, les personnes en situation d'obésité ne peuvent pas comme les autres se garer dans un parking souterrain, prendre les moyens de transports, contracter un prêt bancaire, passer une radio, aller chez le dentiste, utiliser une ambulance classique, etc.

Les hommes plus sensibles aux préjugés

Les Français qui semblent avoir le plus de préjugés sur les personnes atteintes d'obésité sont à 53% des hommes (12 points de plus par rapport aux femmes), issus des catégories sociales les plus aisées et les plus diplômées, et enfin les moins de 35 ans.

Qui est Withings

Withings, accompagne depuis plus de dix ans les personnes en situation d'obésité pour les aider à mieux appréhender les défis auxquels elles font face au quotidien. Grâce à ses datas, son expertise médicale et ses produits innovants, Withings s'est tout naturellement rapprochée de la Ligue contre l'Obésité pour communiquer, ensemble, à l'occasion de la première Journée mondiale dédiée à cette maladie.

Withings est le leader de la santé connectée et conçoit des produits et services intelligents et élégants pour aider les utilisateurs à améliorer leur santé et leur bien-être au quotidien.

Le magazine de la profession

- **le journal** tous les quinze jours dans votre boîte aux lettres
- un site et une appli gratuite **alimentés chaque jour**
- l'accès gratuit à **toutes nos archives** en ligne depuis 2007
- un **flipbook** pour garder le plaisir de feuilleter votre revue



22 
NUMÉROS
PAR AN

Appli iOS
et Android



Feuilletez-le
en ligne !

**Profitez à fond
de votre abonnement
et ne manquez pas
une seule info !**

www.kineactu.com

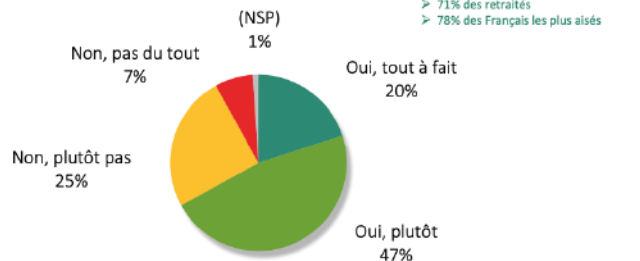
+ Par Odoxa

Perdre du poids en situation d'obésité : 2/3 des Français estiment que c'est avant tout une question de volonté

Diriez-vous que perdre du poids lorsque l'on est en situation d'obésité est avant tout une question de volonté ?

ST Non : 32%

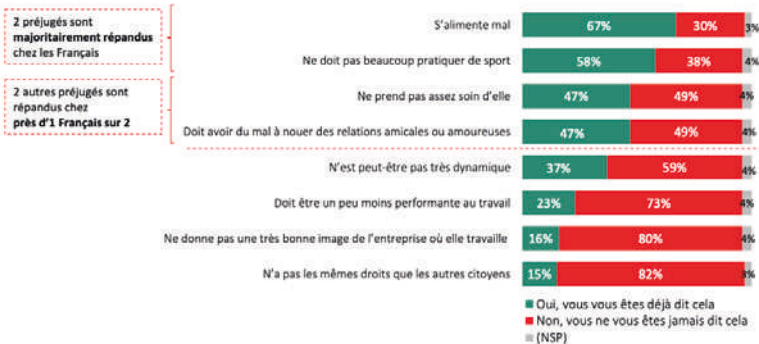
ST Oui : 67%



Les préjugés à l'encontre des personnes en situation d'obésité



Vous personnellement, vous êtes-vous déjà dit à propos d'une personne en situation d'obésité... Cette personne...



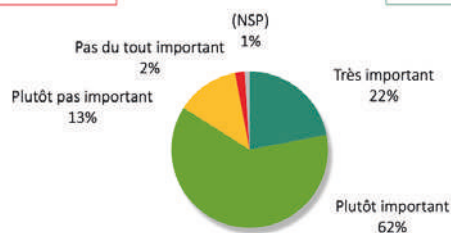
L'obésité est un problème de santé publique jugé important en France ...



En France aujourd'hui, diriez-vous que l'obésité est un problème de santé publique...

ST Pas important : 15%

ST Important : 84%



(1) Étude Odoxa "Le regard des Français face à l'obésité", mandatée par la Ligue contre l'Obésité avec le soutien de Withings

« Ces résultats révèlent aujourd'hui que la société dans son ensemble doit s'emparer des raisons et des enjeux de ce fléau mondial et cela commence par déclarer la guerre aux idées reçues. Les personnes qui souffrent aujourd'hui d'obésité ont hérité d'un métabolisme de base lent et ça ne s'arrête pas là. Ils héritent aussi de nombreux autres dysfonctionnements biologiques qui entretiennent la prise de poids » déclare Agnès Maurin, co-fondatrice de la Ligue contre l'Obésité.

Car dans de nombreux cas, même avec beaucoup de volonté, la perte de poids s'avère impossible. Si manger équilibré et faire du sport sont bien évidemment excellents pour le bien-être, ce facteur seul ne peut pas suffire à prévenir l'obésité.

Withings, un écosystème complet pour accompagner, au quotidien, les personnes atteintes d'obésité

Depuis le lancement de la première balance connectée au monde il y a dix ans, Withings s'engage à mettre le meilleur de la technologie au service de la prévention et de l'accompagnement des maladies chroniques.

Balances avec impédancemètre, montres d'activités avec électrocardiogramme, tensiomètres ou capteur de sommeil... L'ensemble des dispositifs connectés développés par Withings mesurent et suivent plus de 20 paramètres vitaux différents tels que l'apnée du sommeil, les arythmies cardiaques, la tension artérielle, la composition corporelle, etc.

Avec ses objets connectés Withings favorise l'autonomie du patient vis-à-vis de sa propre santé, lui permettant ainsi de détecter en amont des problèmes liés à son obésité tels que l'hypertension, les maladies cardiovasculaires ou encore l'apnée du sommeil.

A propos de la Ligue contre l'obésité

COMBAT. Depuis sa création en 2014, la Ligue contre l'obésité mène un combat quotidien contre cette pathologie, les préjugés et la stigmatisation.

DÉBAT. La Ligue contre l'Obésité entend faire bouger les lignes et structurer le débat. Structurée autour d'un conseil scientifique et d'un conseil patient, elle dialogue avec tous les intervenants, les professionnels de santé, les patients, les associations, les pouvoirs publics, etc.

VISION. La philosophie de la Ligue contre l'Obésité est soutenue par une vision humaniste et volontariste pour changer le regard porté sur l'obésité. Forte de son maillage territorial et de ses d'antennes départementales regroupant l'entièreté de la chaîne des intervenants nécessaires autour du surpoids et de l'obésité, la Ligue place au cœur de son dispositif les femmes, les enfants et les hommes qui souffrent de cette cruelle injustice.

MISSION. La mission de la Ligue va au-delà de la brève échéance. Elle vise à améliorer la vie des Françaises et des Français par la recherche, la prévention, l'information, l'éducation, la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité.

Indications en 2020 de la Prothèse Uni compartimentale (PUC) du Genou.

Dr ELHAGE Richard*

1 - Le patient idéal

- a un poids qui n'excède pas 80 Kg
- est âgé de plus de 65 ans
- présente une arthrose stade II voir III, isolée et strictement limitée à un compartiment.
- a une déformation modérée (axe mécanique < 10° varus ou 15° valgus)
- dont l'origine est intra - articulaire et réductible
- sans atteinte des éléments Capsulo - ligamentaires adjacents,
- et sans limitation de la mobilité articulaire.

2 - Contre-indications

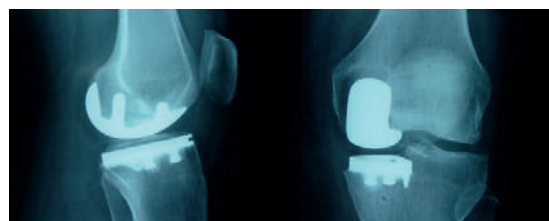
- Séquelles de fracture avec cal vicieux
- La présence d'une laxité ligamentaire (rupture LCA, LLI, LLE)
- Déviation axiale excessive
- Pente tibiale supérieure à 10°
- Flexum sup. 15° ou une flexion inf. à 100°

3 - Alternatives thérapeutiques

- Le plus souvent la Prothèse Totale
- Chez un patient jeune et actif ou sportif, l'indication discutée est l'Ostéotomie

4 - Rééducation des genoux après PUC

- Le lever est précoce : Le jour même si tout va bien sinon le lendemain
- Cryothérapie
- Marche genou opéré **tendu** au début avec deux cannes ou le déambulateur
- Exercices :
 - **surveillance tous les jours de l'extension** tant passive qu'à la marche : un genou qui va bien possède l'extension
 - les **étirements des 2 mollets et quelques postures d'extension** (talon posé sur un coussin et le genou dans le vide)
 - **l'écrase coussin** bien connu et **le talon qui décolle un peu** de la table (=chaîne ouverte) pour bien réveiller le quadriceps dans sa fonction de verrouillage du genou et de travail spécifique des vastes du quadriceps
 - renforcement du quadriceps au début contre résistance manuelle



- le **gros ballon klein** en contractions alternées gauche et droite : l'embrayage alterné comme dans une voiture, le ballon coincé contre un mur bien sûr
- la **presse avec une charge de 10 au début** pour redonner l'image du mouvement et ressentir la symétrie du travail des membres inférieurs vers l'extension, puis avec la progression les charges augmentent progressivement
- dès que l'amplitude le permet soit 110° environ la progression passera par l'étape **vélo sans résistance** pour travailler l'endurance
- la **piscine** dès que les béquilles sont supprimées (et si la cicatrice parfaite) pour faire de la marche, du pédalage et rétropédalage ainsi que des étirements

5 - Conclusion :

- La PUC représente une alternative conservatrice à la PTG, car nous réséquons moins d'os, nous préservons les ligaments dans un but de conserver un genou dont la fonction est la plus proche d'un genou non prothésé.
- Bonne indication = excellent résultat en terme d'indolence, de restauration de la fonction et de la mobilité avec survie à 15 ans comparable aux PTG.
- La qualité des implants actuels, et surtout les résultats cliniques satisfaisants poussent certains à abaisser l'âge auquel une PUC peut être envisagée.
- Les excellents résultats à long terme contribuent à l'intérêt croissant pour cette alternative thérapeutique.

Les meilleurs résultats des PUC proviennent de centres avec un volume d'activité important et des critères de sélections stricts.

***Docteur ELHAGE Richard**

Chirurgie Orthopédique Hanche & Genou
Chirurgie du Sport – Arthroscopie
Clinique du Parc
48 rue Henri BARBUSSE
59880 SAINT SAULVE
Tél : 03.27.23.92.96.

Zoom sur une mission d'évaluation au Vietnam

En février 2019, Kinés du Monde a effectué une mission d'évaluation de projet au Vietnam que j'ai eu plaisir à réaliser. Je vous propose de vous emmener avec moi sur le terrain. Attention, prêt au départ ? C'est parti !



Tout d'abord, précisons que le Vietnam se situe au 3^{ème} rang en termes de densité de population de l'A.S.E.A.N. (Association des Nations de l'Asie du Sud Est). Ce pays a connu ces dernières années un développement économique rapide, permettant la baisse de l'extrême pauvreté. Souvent considéré comme l'atelier de l'Asie-Pacifique, le Vietnam est très internationalisé. Cependant, sa situation budgétaire reste préoccupante et de fortes inégalités persistent. Les politiques de santé demeurent fragiles avec des moyens de mise en œuvre très insuffisants, d'autant plus pour les personnes en situation de handicap.

Approchons-nous désormais de Danang, la ville qui abrite notre mission. Située dans la partie centrale du Vietnam, au bord de la mer de Chine méridionale, elle compte désormais plus d'un million d'habitants.

Zoomons encore un peu plus, pour nous retrouver au centre de Thanh Tam School (TTS) où vit depuis 2010 la congrégation des Sœurs de Saint Paul de Chartres de Danang. TTS accueille plus de 280 enfants présentant des pathologies diverses telles que déficiences auditives, déficiences mentales, autisme ou paralysies cérébrales.

La collaboration entre Kinés du Monde et TTS a commencé depuis plus de 6 ans maintenant répondant à une demande de notre partenaire local.

A la suite d'une mission exploratoire, un projet a été élaboré et un programme est en cours. L'objectif global de ce programme est d'améliorer la santé et la qualité de vie des enfants handicapés des régions de Danang, de Ha Tinh et de leurs environs.

Voici le déroulement des différentes missions passées :

5 ans après le début du programme, il était nécessaire de pouvoir nous rendre compte du travail effectué. Nos motivations pour cette évaluation à mi-parcours de ce projet étaient diverses.

En effet, il réside des difficultés pour mener à terme certains objectifs. Une évaluation intermédiaire est indispensable pour évaluer la pertinence et l'efficacité des actions déjà menées, mais aussi pour comprendre les limites et ajuster les objectifs et les actions en fonction du contexte et des besoins actuels.

Focalisons maintenant notre regard encore un peu plus près, et allons rencontrer Huynh Ngoc Vy, une enfant de TTS.

Huynh Ngoc Vy est porteuse d'une paralysie cérébrale et ne peut pas se déplacer debout. J'ai pu la rencontrer ainsi que ses parents, chez eux, dans leur salon de coiffure.



Cette rencontre, un des outils multiples de l'évaluation, a été très riche. Dans le recueil de données, je note les souhaits de ses parents. Sa maman prend la parole : « ...Je souhaite que mon enfant soit le plus autonome possible... ». Quel parent ne le souhaite pas ? Mais comment faire lorsque son enfant est porteur d'un handicap moteur et qu'il n'existe pas de structure adaptée pour lui ? Sa maman ajoute : « Elle ne sera pas comme les autres pour faire des grandes études, mais elle fait beaucoup de progrès dans les activités de la vie quotidienne pour se déplacer, se laver et manger ».

Sa maman m'explique qu'avant son entrée à TTS, Huynh Ngoc Vy ne faisait rien toute seule, elle était totalement dépendante de sa famille et cela l'inquiétait beaucoup. Maintenant Huynh Ngoc Vy grandit, et sa maman est moins inquiète, elle se rend compte de toutes les possibilités de sa « petite » fille. Les professionnels de TTS ont permis à Huynh Ngoc Vy de potentialiser ses capacités et lui permette de grandir dignement pour devenir une « grande » fille.

Nous voici donc au bout de notre périple commun. La photographie de cette mission d'évaluation intermédiaire nous a permis de réfléchir à la continuité de ce projet. Grâce à tous, nous pouvons maintenant élargir notre regard et construire ensemble la suite.

Le voyage n'est cependant pas terminé, ainsi vous pouvez continuer l'aventure en soutenant Kinés du Monde.

Pour suivre nos programmes et projets, vous pouvez consulter notre site internet www.kines-du-monde.org et soutenir nos actions en choisissant la formule qui vous correspond : adhérer, faire un don, parrainer, acheter des articles de soutien sur la boutique en ligne de Kinés du Monde !

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



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

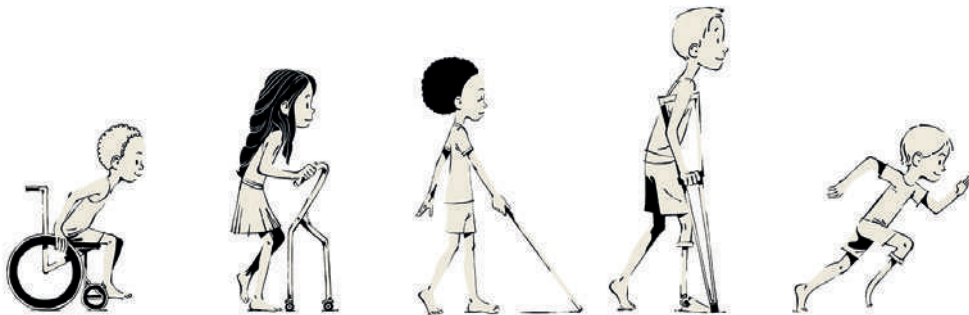


Merci !

les Rééducateurs en Mouvement



un grand MERCI
aux bénévoles, aux volontaires,
aux expatriés-volontaires,
aux adhérents, aux parrains,
aux donateurs, aux clients,
aux partenaires, aux fondations,
à **vous**, lecteur F.M.T. sympathisant de
notre Organisation de Solidarité Internationale
www.kines-du-monde.org



Association de développement humanitaire

+ Par Odoxa

Baromètre

La prise en charge du vieillissement en France

La prise en charge du grand âge et de la dépendance constitue une angoisse majeure partout en Europe et est perçue comme étant très mal prise en compte par les Etats. Le détail avec Gaël Sliman, président d'Odoxa.

La prise en charge du grand âge et de la dépendance : un sujet majeur en France et en Europe.

Une priorité pour toutes les sociétés, en France comme partout en Europe

59% des Français se sentent concernés à titre personnel par la prise en charge du grand âge et de la dépendance. Cette problématique est loin d'être exclusivement hexagonale ; nos voisins européens sont encore plus nombreux que les Français à se sentir concernés par le sujet : 75% des Européens et 84% des Italiens sont préoccupés par le sujet. Les professionnels de santé (PS) commencent d'ailleurs à mieux prendre la mesure de l'importance du sujet dans l'opinion. Certes ils ont encore tendance, surtout les médecins (10 pts de sous-estimation), à sous-estimer la part de Français personnellement concernés par la prise en charge du grand âge et de la dépendance. Mais ils sont bien plus lucides qu'il y a deux ans sur la question (+11 pts pour les médecins). C'est que l'accompagnement du grand âge est une préoccupation plus qu'importante pour 9 Français sur 10... elle est même prioritaire pour 1 Français sur 2. Cette fois, les professionnels de santé – dont les médecins – sont totalement en phase avec leurs patients. Pour eux aussi cette question est importante et même prioritaire.

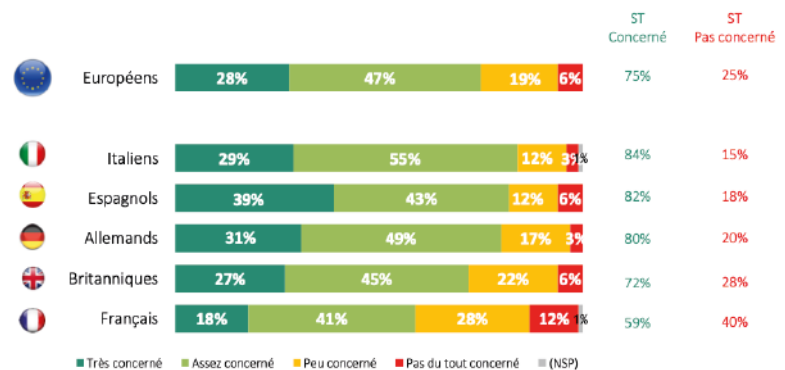
Un sujet majeur de préoccupation pour les individus, mal pris en compte par les Etats

Le problème est que cette « priorité » n'est pas bien traitée : 68% des Français et 60% des aidants sont insatisfaits de la prise en charge de cette question en France. Une fois encore, la situation de la France n'est pas exceptionnelle : partout en Europe l'insatisfaction est généralisée concernant la prise en charge de cette question (67% en moyenne européenne et même 76%

Cette problématique est loin d'être exclusivement hexagonale ; nos voisins européens sont encore plus nombreux que les Français à se sentir concernés par le sujet : 75% des Européens et 84% des Italiens sont préoccupés par le sujet



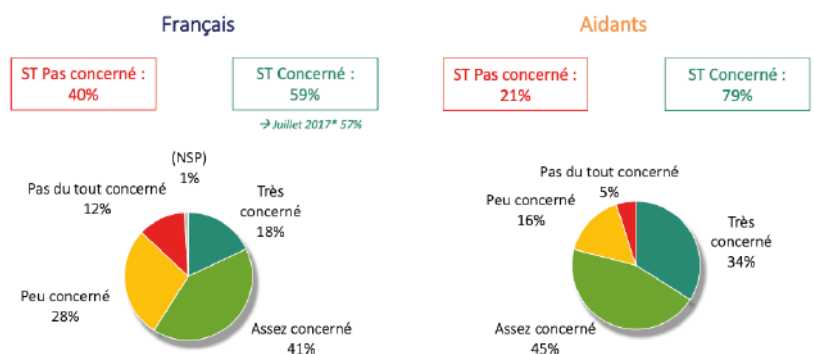
La prise en charge du grand âge et de la dépendance constituent-ils des sujets sur lesquels vous vous êtes à titre personnel très, assez, peu, ou pas du tout concerné ?



59% des Français et 79% des aidants se sentent concernés à titre personnel par la prise en charge du grand âge et de la dépendance



La prise en charge du grand âge et de la dépendance constituent-ils des sujets sur lesquels vous vous êtes à titre personnel très, assez, peu, ou pas du tout concerné ?



*Baromètre santé 360 Odoxa, juillet 2017

en Espagne). Or cette défaillance perçue quant à la prise en charge est une angoisse personnelle pour les Français (68%), et plus encore pour les aidants (82%), qui se disent inquiets quant à leurs capacités actuelles ou futures à accéder à l'ensemble des services/aides dont ils pourraient avoir besoin à l'avenir.

D'ailleurs, plus globalement, les Français (54%), et plus encore les aidants (64%), sont inquiets quant à la façon dont ils géreront leur propre vieillissement. Cette inquiétude quant à la façon de gérer son propre vieillissement est d'ailleurs partagée par une large majorité de personnes dans pratiquement tous les pays européens (hormis les Britanniques) : 57% des Européens se disent inquiets. Cette inquiétude des Français pour gérer leur propre vieillissement est, désormais, parfaitement bien ressentie/comprise par les professionnels de santé : les médecins notamment ne sous-estiment plus (comme il y a deux ans) la part de Français se sentant concernés par cette crainte.

Explication ? Les problèmes de santé sont la première des craintes liées au vieillissement, les Français se sentent mal informés sur le sujet et les EHPAD pâtiennent d'une mauvaise image

Les problèmes de santé constituent la principale inquiétude des Français concernant leur propre vieillesse, loin devant les problèmes de revenus ou de sécurité, pourtant souvent bien plus médiatisés. Partout en Europe on retrouve cette même hiérarchie des inquiétudes concernant sa propre vieillesse : la santé écrase toutes les autres inquiétudes. Contrairement aux EHPAD toujours majoritairement mal perçus (68% de mauvaise image), les personnels de santé/soignants s'occupant de personnes âgées jouissent d'une très bonne image que ce soit en établissements (60%) ou, plus encore, lorsqu'ils interviennent à domicile (79%). Cette forte dichotomie entre perception du personnel et perception de l'établissement est très française : dans la plupart des autres pays européens, l'image des établissements est un peu moins mauvaise que chez nous (+6 pts) et, inversement celle des personnels y travaillant est nettement moins bonne (-11 pts). Si l'inquiétude sur les conséquences est si forte c'est sans doute que le niveau d'information ressenti sur les risques liés

au vieillissement est, lui, bien faible : moins d'un Français sur deux se sent bien informé que ce soit sur les MCO, les troubles divers ou encore les mesures de prévention de ces risques.

Que faire en matière de prise en charge du grand âge et de la dépendance ?

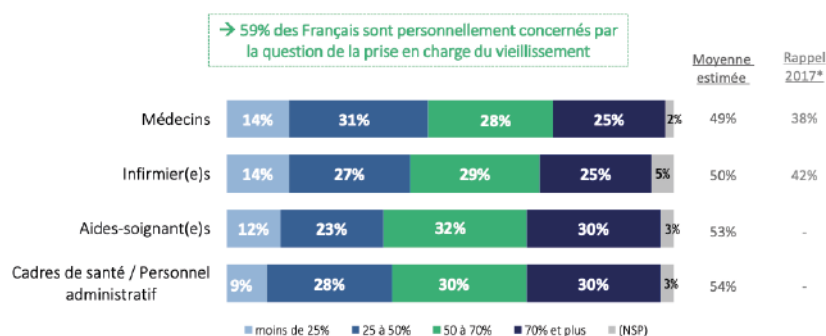
Solutions souhaitées, perceptions des moyens alloués, jugement sur les politiques publiques, avenir du financement et place des nouvelles technologies (NT).

En cas de perte d'autonomie, les Français veulent rester à leur domicile, sous-estimant le coût des EHPAD et ayant peu de connaissance sur les dispositifs d'aides existants... de toute façon, ils les supposent insuffisants et estiment que l'action des pouvoirs publics est inadaptée dans ce domaine. Plus que jamais, la solution privilégiée par les Français en cas de perte de capacités physiques consisterait à adapter son domicile pour y rester. Cette attente se retrouve dans tous les grands pays européens. En revanche, cette demande de rester à domicile ne serait plus majoritaire en cas de troubles cognitifs : dans ce cas, plutôt que de rester à

Les professionnels de santé, surtout les médecins (10 pts de sous-estimation) ont toujours tendance à sous-estimer la part de Français personnellement concernés par la prise en charge du grand âge et de la dépendance. Mais ils sont bien plus lucides qu'il y a deux ans sur la question (+11 pts pour les médecins).



Aux professionnels de santé : Quelle est selon vous la proportion de Français se déclarant personnellement concernés par la question de la prise en charge du vieillissement ? Réponse numérique en %

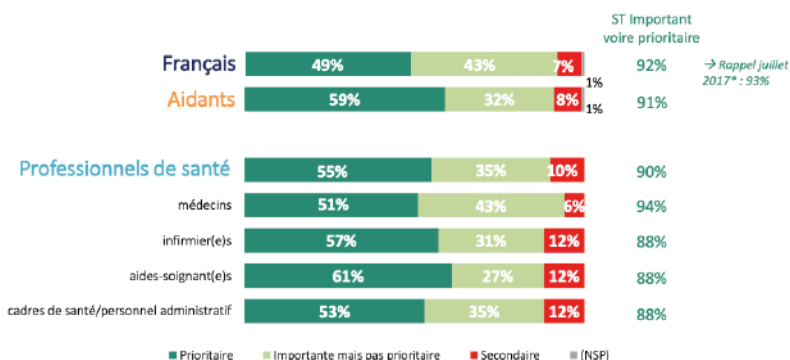


*Baromètre santé 360 Odoxa, juillet 2017

L'accompagnement du grand âge : est une préoccupation plus qu'importante pour 9 Français sur 10... elle est même prioritaire pour 1 Français sur 2. Cette fois, les professionnels de santé – dont les médecins – sont totalement en phase avec leurs patients. Pour eux aussi cette question est importante et même prioritaire.



Aujourd'hui en France, diriez-vous que la question de la santé et de l'accompagnement du grand âge pouvant aboutir à de la perte d'autonomie est une préoccupation...



*Baromètre santé 360 Odoxa, juillet 2017

+ Par Odoxa

domicile (29%), les Français préféreraient intégrer un établissement spécialisé. Les aidants, eux, sont plus partagés à ce sujet (39% vs 39%). Au même titre que le confort de son domicile, et la mauvaise image des EHPAD, le prix de ceux-ci constitue sans doute un important facteur explicatif incitant les Français et les Européens à préférer rester chez eux. Ainsi, la somme moyenne mensuelle que les Français seraient prêts à consentir pour aller en EHPAD est 3 fois inférieure (648 €) au tarif médian actuel (plus de 1900 €). D'ailleurs les Français ont rarement prévu les moyens à débloquent pour faire face à ces difficultés : seulement 29% ont prévu une épargne spécifique et 10% ont souscrit une assurance dépendance. Même les aidants, plus concernés, ne sont guère plus prévoyants (36% et 22%).

Pour ne rien arranger, 7 Français sur 10 – et, pire encore plus d'1 aidant sur 2 – n'a pas connaissance des dispositifs existants concernant la prise en charge de la perte d'autonomie. De toute façon, les Français (74% à 76%) et les aidants (65% à 69%) sont persuadés que les moyens accordés à l'aide au maintien à domicile et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées sont insuffisants.

Plus sévères encore, près de 9 Français sur 10 jugent les politiques publiques inadaptées aux défis du grand âge et de la perte d'autonomie. Dans le détail, les Français jugent ces dispositifs complexes (75%), inefficaces (67%) et difficilement accessibles (76%) ... malheureusement, les aidants, directement concernés par ces dispositifs, ne les démentent pas !

Les soignants en revanche sont encore une fois préservés de ces sévères jugements. Ainsi, les services de santé à domicile tels que les SIAD et les SAD sont connus par une majorité de nos concitoyens, même s'ils n'ont pas une idée bien précise de ce dont il s'agit. Le médecin, inspire dans ce domaine aussi, une totale confiance : ainsi s'ils étaient confrontés à une situation de perte d'autonomie, le médecin serait le 1er interlocuteur vers qui les Français se tourneraient.

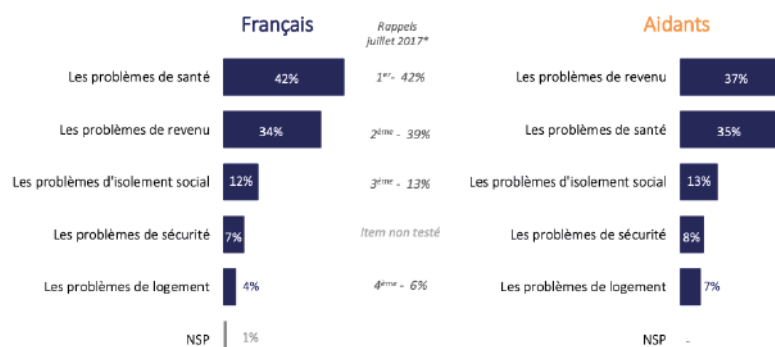
L'avenir de la dépendance : financement, place des NT

Pour une majorité de Français, le financement des actions en faveur du grand âge et de la perte d'autonomie doit relever de la solidarité nationale.

Il faut dire que les problèmes de santé constituent la principale inquiétude des Français concernant leur propre vieillesse, loin devant les problèmes de revenus ou de sécurité, pourtant souvent bien plus médiatisés



Concernant votre propre vieillesse, qu'est-ce qui vous inquiète le plus ?

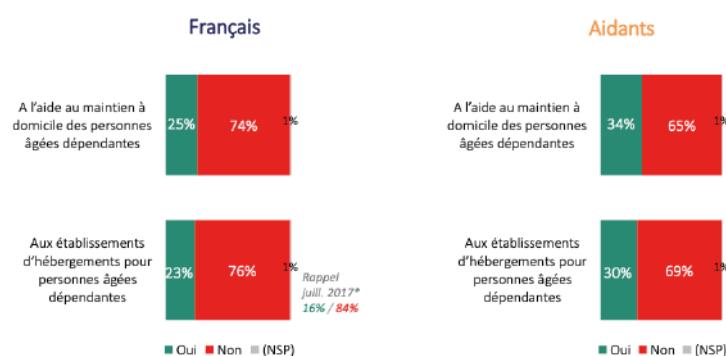


*Baromètre santé 360 Odoxa, juillet 2017

Les Français (74% à 76%) et les aidants (65% à 69%) sont persuadés que les moyens accordés à l'aide au maintien à domicile et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées sont insuffisants



De façon générale, diriez-vous que notre système de santé accorde suffisamment de moyens ...



*Baromètre santé 360 Odoxa, juillet 2017

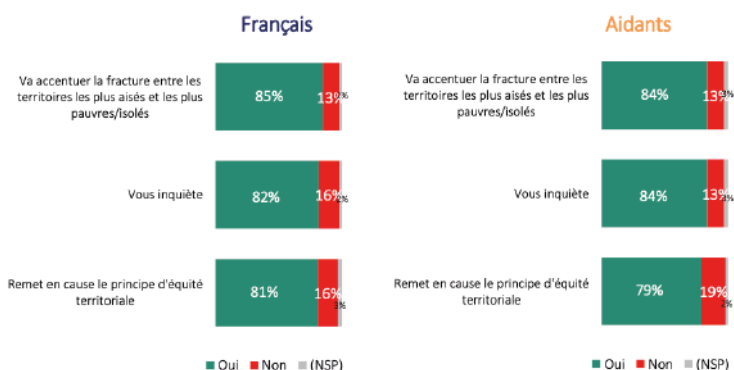
D'ailleurs, les trois-quarts des Français approuvent la création d'un « 5ème risque » dédié au financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie et du grand âge. Mais plus de 8 Français sur 10 se disent inquiets des difficultés budgétaires de nombreux départements liées au financement de l'APA et pensent qu'elles vont accentuer la fracture territoriale. Nos concitoyens sont en revanche bien désarmés sur la meilleure façon de faire face à ces enjeux de financement... ils ne semblent vouloir d'aucune des solutions envisageables dès lors qu'elles auraient un coût direct ou indirect pour eux-mêmes. Les « NT », une baguette

magique pour solutionner ce problème ? Pour 6 Français sur 10 les nouvelles technologies sont un moyen d'améliorer la santé des personnes âgées et leur accès au soin. Pour les deux-tiers des Français et les trois-quarts des médecins la santé connectée en particulier est une formidable opportunité pour l'aide au maintien à domicile des personnes âgées. Français (79%), aidants (85%) et professionnels de santé (83%) sont tous favorables à ce que soit prévu un financement spécifique des nouvelles technologies visant à aider au maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes.

Plus de 8 Français sur 10 se disent inquiets des difficultés budgétaires de nombreux départements liées au financement de l'APA et pensent qu'elles vont accentuer la fracture territoriale.



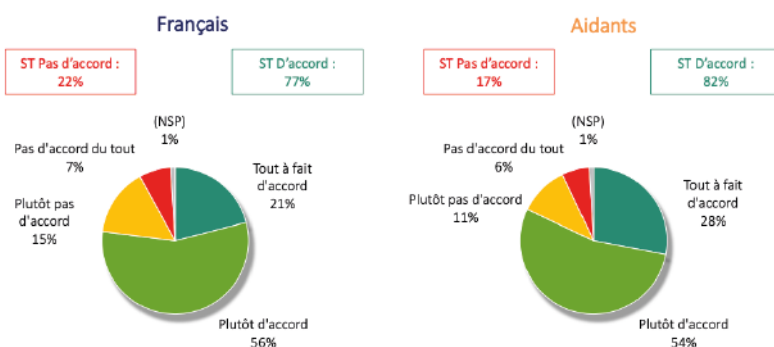
De nombreux départements ont fait état de difficultés budgétaires liées au financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie. Diriez-vous que cette situation...



77% sont d'accord pour qu'un(e) infirmier(e) administre un acte médical jusqu'alors obligatoirement réalisé par un médecin



Vous personnellement, seriez-vous d'accord pour qu'un infirmier ou une infirmière vous administre un acte médical jusqu'alors obligatoirement réalisé par un médecin ?



Place et perception des acteurs : les aidants, les soignants en général et le MG en particulier

Les « aidants » sont un acteur à la fois majeur et méconnu de la dépendance. Un chiffre illustre la prégnance de cette question de la dépendance : 15% des Français, soit 7,8 millions de personnes, déclarent être un aidant d'une personne proche... et autant ont un proche qui est lui-même un aidant.

Les professionnels de santé sous-estiment toujours largement le nombre d'aidants familiaux en France aujourd'hui. Les médecins notamment sont 3 à 4 fois en-dessous de la réalité (moins de 2 millions

contre 7,8 en réalité). Les infirmières et aides-soignantes sont nettement plus proches de la vérité. Les aidants s'occupent le plus souvent d'un de leurs parents... mais une fois sur cinq c'est de leur conjoint qu'ils prennent soin. 83% des aidants ne bénéficient d'aucun dédommagement ni rémunération au titre de leur activité d'aidant.

Les nouvelles technologies peuvent les aider dans leur tâche. Deux en particulier sont jugées extrêmement utiles par les aidants pour accompagner les personnes âgées dépendantes : les alertes automatiques en cas de problème de santé et la télésurveillance médicale. Confirmant la perception des Français

sur la trop faible aide de l'Etat, 7 aidants sur 10 s'estiment mal aidés par les pouvoirs publics.

La place des soignants en général et du « MG » en particulier aujourd'hui. Souhaits concernant leurs rôles respectifs à l'avenir

Les auxiliaires de vie et les aides-soignant(e)s, sont deux professions qui jouissent d'une très bonne image globale. Notre grille d'image détaillée le confirme et/mais souligne combien les Français pensent que ces personnes se sacrifient sans avoir la reconnaissance ou le salaire qu'elles méritent. Le « MG » aussi est un acteur indétrônable. Alors qu'il est déjà au cœur de notre système, les Français sont une large majorité (58%) à penser que la place du médecin généraliste libéral n'est pas encore assez importante. Nous sommes même, de loin, les plus demandeurs en Europe d'une place accrue du MG dans le système.

Le fait que le « médecin traitant » soit au cœur de notre système de santé est en effet perçu comme une force par les trois-quarts de nos concitoyens... que ce soit pour les patients (âgés ou non) et l'ensemble de notre système. Leur confiance dans le MG n'empêche pas les Français d'approuver largement les « pratiques avancées » : 79% y sont favorables. D'ailleurs, les Français sont « POUR » l'accentuation de la pratique avancée des infirmier(e)s, des pharmaciens et des autres professions paramédicales. Ainsi, 77% des Français (et 82% des « aidants ») sont d'accord pour qu'un(e) infirmier(e) administre un acte médical jusqu'alors obligatoirement réalisé par un médecin. Plus spécifiquement, concernant la dépendance, 83% de nos concitoyens pensent que développer les pratiques avancées sera utile pour aider au soin et au maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes.

+ Par Pascal Turbil



CRYOPÔLE
PLAISIR | PERFORMANCE | SOIN

Cryopôle

Le bien-être qui venait du froid



Pascal Grillon, fondateur de Cryopôle

Santé, bien-être, sport, beauté, la cryothérapie poursuit son développement auprès des professionnels. Avec Cryopôle, Pascal Grillon, fondateur du groupe du même nom, les cabines corps entier prennent un tour nouveau, celui de la franchise, mais aussi du partage.

Longtemps considérée comme réservée aux sportifs de haut niveau, Cryopôle démocratise en 2013, la Cryothérapie Corps Entier : une solution thérapeutique non médicamenteuse pour un grand nombre de pathologies. Utilisée et approuvée depuis plus de 15 ans chez nos voisins de l'est (Allemagne, Pologne, Autriche), la cryothérapie a de nombreuses indications : traitement de la douleur et de l'inflammation, amélioration du sommeil, anti-stress, récupération et préparation physique. Enfin, la cryolipolyse est utilisée à des fins esthétiques d'amincissement, de raffermissement et de traitement de la cellulite. Les spécialistes de la cryothérapie en suivent les évolutions et connaissent pour la plupart, les études menées sur cette utilisation du froid...

Relancer le disque dur

Egalement kinésithérapeute, Pascal Grillon développe le principe du froid auprès des professionnels de santé d'une localité en proposant la « mise à disposition » : « *Au lieu de se doter d'une cabine et d'investir lourdement, le thérapeute ne paie qu'une mensualité pour disposer de l'équipement. Il peut ainsi réserver des créneaux pour ses patients, ses sportifs, etc. à moindre frais.* »

Celui qui a découvert les bienfaits du froid avec les sportifs de haut niveau de Montpellier enchaîne : « *Tous les sportifs de haut niveau de Montpellier passent par cette technique. Mais les rugbymen de*



Un réseau de franchise nationale

Cryopôle est le premier réseau de centres de cryothérapie corps entier ouvert au public en France. Il a été créé par Pascal Grillon, kinésithérapeute et ostéopathe qui a ouvert le 1^{er} centre en 2013 à Muguio près de Montpellier. Le savoir-faire développé par Pascal Grillon justifie la franchise : les protocoles sont précis et guident tous les thérapeutes des centres Cryopôle.

Le comité scientifique de Cryopôle collecte les données des patients de tous les centres afin de faire évoluer les différents protocoles. Cryopôle comptabilise plus d'1 million de passages en 6 ans. Avec Montpellier, le centre d'Issy-les-Moulineaux accueille la Cryoschool, véritable centre de formation destiné aux professionnels de santé.

Les centres Cryopôle sont situés à :
Mouans-Sartoux (06) ; Pontarlier (25) ; Blagnac, Castanet (31) ; Balaruc-les-Bains, Mauguie, Montpellier, Lattes (34) ; Lorient (56) ; Pau (64) ; Challes-les-Eaux (73) ; Issy-les-Moulineaux (92).



DEVENIR FRANCHISÉ

Un investisseur doit disposer de 50 à 70.000 € de cash. Sachant que l'investissement global se situe, selon le type de centre, entre 160.000 et 300.000 €, pour l'essentiel (les machines) financé par la banque. Il faut ensuite compter 8 à 10.000 € de charges mensuelles auxquelles on doit ajouter son loyer classique. Le droit d'entrée est fixé à 20.000 € et la contribution est de 6,5% du CA, dont 1,5% est dédié à la communication. Enfin, la Cryoschool est gratuite pour les franchisés durant les 6 premiers mois.

Marcoussis bénéficient aussi de cette technologie... Nous comptabilisons plus d'un million de passages en cabines corps entier et les études scientifiques lancées depuis 2012 viennent valider nos 3 années de stricte observation. Nous savons aujourd'hui ce que permet et ne permet pas la cryothérapie. Nous ne dirons, par exemple, jamais que cette technique fait maigrir... Mais nous connaissons les bienfaits de la cryothérapie sur le sommeil, ou qu'il régule le taux de cholestérol... La fonction du choc thermique encadré est de remettre en route le disque dur. »

C'est notamment sur ces résultats et cette connaissance que Pascal Grillon compte pour doubler le nombre de ces centres l'année prochaine : « Nous disposons actuellement d'une douzaine de centres Cryopôle, et nous devrions doubler ce chiffre grâce notamment à la franchise. » La cryothérapie passe ainsi à la surmultipliée. Un développement qui s'accompagne d'une sémantique nouvelle : « Je ne parle plus de cryothérapie corps entier, mais désormais de neuro-cryo stimulation intégrale. »



Tous les centres Cryopôle sont labélisés CCE Air sec

La cryothérapie Corps Entier air sec expose la totalité du corps du patient de façon homogène en toute sécurité. La sensation de froid n'est pas inconfortable car ni humidité ni vent ne sont présents dans l'espace thérapeutique rendant l'exposition largement supportable. Le refroidissement est homogène, efficace et sans danger de brûlure ou d'asphyxie. Géré par la fédération des centres de cryothérapie air sec, le label CCE Air sec n'est attribué que si le centre est géré par un professionnel de santé et utilise un appareil à Air sec norme CE.



www.cryopole.fr

PsyKinesis

La kinésithérapie du futur (suite)

Réflexions théoriques.

L'image du corps : de la cénesthésie à la proxémie.

FMTMag poursuit le dossier lancé par Jean-Pierre Zana qui permettra à nos lecteurs d'enrichir leurs pratiques professionnelles d'une approche plus globale de leur patientèle dont la demande, du fait d'un quotidien personnel et professionnel est rendu difficile tant d'un point de vue physique que psychique.

Le concept clinique d'image du corps vise à expliquer des manifestations connues de longue date dans divers états psychopathologiques, notamment dans les psychoses schizophréniques et portant sur la représentation du corps propre, manifestations dont la description sémiologique systématique n'a curieusement jamais été faite et qui demeurent donc encore de nos jours décrites telles qu'elles l'ont été au cours de l'histoire de la psychiatrie indépendamment les unes des autres.

La cénesthésie apparaît déjà à Seglas comme le support même de l'individualité psychique bien qu'il souligne que nous n'en avons qu'une vague conscience soulevant ainsi la question fondamentale qui est celle de la non-représentation psychique consciente de notre corps. Si l'on ne conçoit la cénesthésie que comme la simple sommation des multiples sensations d'origine diverse parvenant au cerveau sans que s'effectue l'intégration, il n'est pas surprenant qu'il en soit ainsi et que le corps ne soit pas perçu par la conscience. Mais déjà l'explication par la cénesthésie paraît insuffisante à Charcot pour comprendre « *les membres fantômes des amputés : tout en reconnaissant un rôle important à l'excitation périphérique dans la production de ces hallucinations nous devons proclamer que c'est évidemment surtout dans le substratum des fonctions psychiques que se produit la partie la plus importante des phénomènes* ». Si pour Federn (3) la perte des frontières du moi et du corps va de pair c'est que pour lui ils ne sont qu'une seule et même chose, et qu'en tout cas leurs limites sont les mêmes. « *Le moi est avant tout une entité corporelle non seulement une tout en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface* » Freud.

Le schéma corporel et l'image du corps : l'hypothèse formulée par Head dans les années vingt de l'existence d'un « schéma corporel ». Donnant un aspect mécaniciste de cette localisation cérébrale sous une forme aussi élémentaire que celle d'un schéma répugne ceux-là mêmes qui acceptent cependant la notion et en développent l'aspect novateur. En 1935 Schilder dans son ouvrage capital sur le sujet d'image du corps considérant le corps comme unité, non pas comme unité donnée, mais comme unité qui se fait, comme Gestalt qui se construit par strates et niveaux différenciés répond à la nécessité d'interpréter cette donnée clinique : la non-concordance entre l'importance des troubles corporels et l'intensité des troubles de la conscience. En établissant que l'image du corps est la synthèse d'un modèle postural du corps, lui-même à quatre niveaux, d'une structure libidinale qui se manifeste dans les accentuations diverses portées par telle ou telle partie de ce modèle postural et enfin d'une image sociale du corps, comme des images du corps de la communauté en fonction des diverses relations qui s'y sont instaurées, Schilder fournit une clef qui justifie l'introduction de ce concept clinique. Ce qui unifie ces trois composantes de l'image du corps est leur dimension inconsciente commune.

Les quatre niveaux du modèle postural - le premier correspond aux nerfs périphériques, au sympathique, à la moelle épinière ; - le second aux activités focales du cerveau ; - le troisième à l'activité corticale générale ; - le quatrième à celui des processus psychiques primaires exerçant une influence sur la sphère somatique.

Enfin l'importance donnée par Schilder à l'image sociale du corps et à son rôle dans les mécanismes d'identification (« l'identification est d'abord : identification des images du corps ») et de projection est aussi primordiale pour les cliniciens qui s'intéressent à des états psychopathologiques où ces mécanismes sont essentiels. En même temps il donne les trois directions qui permettent d'orienter les thérapies corporelles : actions sur le modèle postural, sur sa structure libidinale ou sur l'image sociale du corps.

Le Stade du miroir et image spéculaire du corps : L'ontogenèse de l'image du corps a été minutieusement décrite par Henri Wallon et est exposée dans le chapitre de ce traité rédigé par Follin et Azoulay que nous avons déjà mentionnées. Aussi c'est d'abord en tant que disciple de Wallon que Lacan assigne une place centrale dans cette ontogenèse et dans cette fonction psychique dont la psychanalyse a établi l'originalité, l'identification affective, au « stade du miroir ». Pour lui ce qui fait que ce stade est radicalement différent chez l'homme par rapport au singe, qui est également capable de l'atteindre, c'est la puissance seconde que l'image spéculaire du corps acquiert chez l'être humain : « *la tendance par où le sujet restaure l'unité perdue de soi-même prend place dès l'ouverture au centre de la conscience... Si la recherche de son unité affective provient chez le sujet des formes où il se représente son identité, la forme la plus intuitive en est donnée à cette phase par l'image spéculaire. Ce que le sujet salue en elle c'est l'unité mentale qui lui est inhérente* ». Lacan précise qu'en parlant de structure narcissique du moi il n'évoque pas seulement le narcissisme au sens énergétique d'investissement libidinal du corps propre, mais « *sa structure* ».

mentale avec le plein sens du mythe de Narcisse ; que ce sens indique la mort : l'insuffisance vitale dont ce monde est tissé ; ou la réflexion spéculaire, l'image du double qui lui est centrale ; ou l'illusion de l'image ». **Gisela Pankow** est sans doute l'auteur qui a donné à l'image du corps en tant que structure la place la plus importante en psychopathologie allant jusqu'à en faire la pierre de touche de l'antonymie nosologique fondamentale : « La différence entre la névrose et psychose consiste en ce que des structures fondamentales de l'ordre symbolique qui apparaissent au sein du langage et qui continuent l'expérience première du corps, sont détruites dans la psychose et déformées dans la névrose (1960). Pour elle l'image du corps a une double fonction symbolique. La première « concerne uniquement sa structure spatiale en tant que forme (gestalt), c'est-à-dire en tant que cette structure exprime un lien dynamique entre la totalité et le tout ». La seconde « ne concerne plus la structure comme forme, mais comme contenu et sens ». En outre les zones de destruction dans l'image du corps des psychotiques correspondent aux zones de destruction dans la structure familiale des malades. Ceci l'amène à distinguer les psychoses schizophréniques ou l'image du corps est détruite dans sa première fonction et les psychoses qu'elle dénomme hystériques, dans un sens inhabituel puisqu'il s'agit pour elle d'un « délire non schizophrénique impliquant des troubles de la deuxième fonction de l'image du corps » (1977).

L'approche phénoménologique du vécu corporel. Elle a peu été développée malgré le retentissement de la célèbre « Phénoménologie de la perception » de Merleau-Ponty. Le chapitre du « Traité des Hallucinations » de Henri EY consacré aux hallucinations corporelles que l'on peut considérer comme l'exposé adoptant le point de vue le plus phénoménologique sur cette question. La distinction qu'il établit dans la masse des hallucinations corporelles résulte en partie de cette perspective : « A un niveau inférieur ou instrumental de la vie de relation, la désintégration de l'infrastructure perceptive (image spatiale du corps) produit des phénomènes éidalo – hallucinosiques, en quelque sorte « périphériques », qui ne dépendent pas d'une altération de la conscience ou du moi et ne les atteint pas non plus. Au niveau supérieur au contraire, celui des désorganisations de l'être, apparaissent les vraies hallucinations

corporelles délirantes. Elles se partagent naturellement en deux catégories : les hallucinations corporelles qui manifestent des déstructurations du champ de la conscience à travers tous les niveaux de la dissolution dans les psychoses aiguës (expériences délirantes et hallucinations corporelles) – les hallucinations corporelles qui manifestent les désorganisations de l'être conscient de soi (dans les délires chroniques et jusqu'à y compris les névroses) ».

Corps et espace : La proxémie.

Le corps d'un individu ne se limite plus à son enveloppe cutanée, ni même aux vêtements qui la renforcent et il est certain qu'il conviendrait d'envisager en même temps que la sémiologie de l'image du corps, la sémiologie vestimentaire si essentielle en pathologie mentale englobe l'espace limitrophe immédiat. La constitution de cet espace, ses atteintes psychopathologiques et les moyens de les restaurer constituent un chapitre nouveau de la psychiatrie. Pour Winnicott le stade fondateur du moi n'est pas le stade du miroir, mais plutôt celui de l'apparition de l'objet transitionnel qui établissant la distinction moi-non-moi, crée ainsi un espace virtuel, l'espace transitionnel où vont se développer les productions culturelles. Hall, le créateur de la proxémie qu'il définit comme l'ensemble des observations et des théories concernant l'usage de l'espace à l'homme s'il distingue trois niveaux proxémiques : le premier concernant le comportement et le second état physiologique, il considère le troisième, culturel, comme l'essentiel. La distance critique décrite par Hediger chez l'animal correspondant à cette zone étroite qui sépare la distance de fuite de la distance d'attaque est retrouvée par l'observateur chez l'homme. Certains sujets souffrant de psychoses schizophréniques sont pris de panique lorsqu'on s'approche d'eux « ils décrivent tout ce qui advient à l'intérieur des limites de leur « distance de fuite » comme ayant lieu littéralement à l'intérieur d'eux-mêmes. » Pour eux les limites du moi s'étendent au-delà du corps. Pour Balint il existe deux mondes perceptifs différents, l'un orienté par le toucher, l'autre par la vue ; dans celui-ci l'espace est rempli d'objet dangereux, aux réactions imprévisibles (les gens). Pour la plupart des auteurs, c'est au niveau physiologique l'intégration des données visuelles et des données kinesthésiques qui organise l'espace : « les concepts relatifs à l'espace sont

des actions intériorisées » (Piaget). Mais pour Hall c'est en définitive la langue qui structure le monde perceptif se sorte qu'il n'existe d'espace que propre à une culture. Par exemple l'étude comparée de l'Occidental et Oriental montre qu'alors qu'en occident l'homme perçoit les objets, mais non les espaces qui les séparent, au Japon au contraire ces espaces sont perçus et nommés (ma ou espace intercalaire). On peut dans notre culture décrire quatre distances qui peuvent elles-mêmes se subdiviser en un mode proche et un mode lointain.

- La distance intime (inférieur à 40 cm) où la présence de l'autre peut devenir envahissante. Dans le mode proche, « le contact physique ou son imminence vraisemblable domine la conscience des partenaires ».
- La distance personnelle (Hediger) ou distance fixe qui sépare les membres d'une espèce sans contact (de 45 à 125 cm) « On peut l'imaginer sous la forme d'une petite sphère protectrice ou bulle ».
- La distance sociale (1m20 à 3m60) dont la frontière avec la précédente est « la limite du pouvoir sur autrui » et qui correspond à une hauteur de voix normale.
- La distance publique qui « provoque une transformation d'ordre grammatical et syntaxique » du discours qui prend un style formel. Le monde éloigné à partir de 9m est celui qu'imposent automatiquement les personnages officiels importants.

Ces notions ont été développées dans l'ouvrage « Espace et psychopathologie » publié sous la direction de Pélicier (37) en hommage à Sivadon qui en résumait l'esprit par la citation de Merleau-Ponty « Ce qui garantit l'homme contre le délire ou l'hallucination, ce n'est pas sa critique, c'est la structure de son espace ». Les thérapies à médiations ne visent donc plus uniquement à restaurer une image du corps borné par les limites de celui-ci, mais à restructurer l'espace qui l'englobe et qui construit le Moi. Aux techniques proprement kinésithérapiques qui se situent à la frontière de la distance intime et de la distance personnelle (massage) s'ajoutent celles où la relation s'établit selon le mode proche de la distance sociale (relaxation ; activités en petits groupes) où la voix joue aussi un rôle, marquant ainsi le passage vers les psychothérapies verbales sans contact corporel.

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

Les hommes qui ont fait la kinésithérapie

Gustav Zander (1835-1920)

La mécanothérapie au service de la rééducation et précurseur des appareils de la remise en forme

La mécanothérapie est l'application à la thérapeutique et à l'hygiène de certaines machines imaginées pour provoquer les mouvements corporels méthodiques (définition de Ferdinand Lagrange* en 1809). Denos jours elle est utilisée, modernisée dans les centres de rééducation et même dans les cabinets libéraux qui soignent des suites de prothèse de hanche, de prothèse de genoux de ligamentoplastie et des sportifs. Ces outils viennent accompagner les massages et les thérapies manuelles

Cette mécanothérapie a aussi, dans bien des cas, été utilisée pour concevoir les nouvelles machines de remise en forme. Vous pourrez en juger par la brève présentation que nous vous présentons ci-dessous.

La gymnastique suédoise

Certains appareils ont été acquis par le Physiomuséum. Le Dr Jonas Gustav Vilhelm Zander a commencé son travail dans les années 1860 et a fondé le Zander Thérapeutical Institut à Stockholm. En 1896, il entre à l'Académie Royale des Sciences de

suède. A l'exposition du centenaire de Philadelphie en 1876, il remporte une médaille d'or pour ses appareils de musculation. Dès lors ce sont plus de 146 pays qui accueillent les instituts Zander en 1906. Zander était un partisan de la cure de mouvements préconisée avant lui par Per Henrik Ling un de ses compatriotes : la fameuse gymnastique Suédoise. Certains centres thermaux comme Aix-les-Bains et Dax seront équipés de mécanothérapie.



Quadriceps Ischio jambiers

S'inverse par goupille et par retournement du cale pieds. Uni ou bilatéral. Aide manuelle possible. Blocage du mouvement possible.

Mouvement : Flexion ou extension des genoux contre résistance.

Muscles : Quadriceps ou ischio-jambiers.

Réglages : Avancée dossier, position contre appui, hauteur résistance, intensité.



Flexion latérale du tronc

Le mouvement s'inverse dans le sens droit ou gauche. Fixation des épaules par barre. **Mouvement :** Inclinaison latérale du tronc contre résistance réglable.

Muscles : Grand dorsal, carré des lombes, grands et petits obliques.

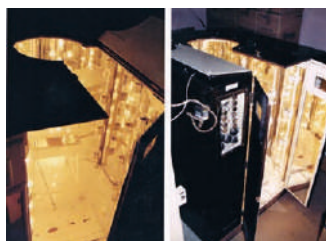
Réglage : Hauteur du siège, hauteur de la barre fixant les épaules et l'intensité.



Table deux plans

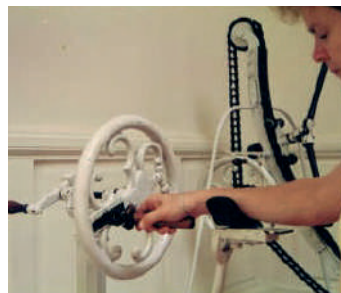


Ancêtre du rameur



Bain de lumière

Une soixantaine d'ampoules émettent une lumière qui est réfléchiée par des glaces. Le pré-sauna ou la lumniothérapie avant l'heure.



CIRCUMDUCTION du poignet

Nécessite préhension de la poignée, qui est libre autour de son axe. Possibilité d'aide extérieure.

Mouvement : Circulaire, sans résistance mais avec inertie.

Muscles : Radiaux, cubital postérieur, cubital antérieur et grand palmaire.

Réglage : Amplitude du mouvement.

Remerciements à Alain MEUDEC du C.R.F.S Zander d'Aix-les-Bains pour les photos & commentaires

Plus de détails sur www.musée-kiné.fr

Le musée de la kinésithérapie Physiomuséum avec les pays francophones



Le Physiomuséum sera le premier musée de la kinésithérapie au monde et évidemment les pays francophones seront nos premiers partenaires.

Les écoles de kinésithérapie dans ces pays seront les premiers intéressés pour avoir accès à la future physiothèque dont les ouvrages et documents, souvent uniques, seront en priorité numérisés. Ce partage de la connaissance est aussi un des fondements philosophiques de sa création. L'accès pour leurs étudiants sera d'un apport inestimable. Nous n'oublions pas d'ailleurs nos IFMK, que les étudiants de 3^e et 4^e années sont friands de ressources pour construire leurs mémoires de fin d'études.

Nous avons recensé une vingtaine de pays francophones : Algérie, Andorre, Belgique, Benin, Burkina-Faso, Canada, Camérout, Congo Brazzaville, Congo Kinshasa, Cote d'Ivoire, Gabon, Haïti, Ile Maurice, Liban, Luxembourg, Madagascar, Mali, Maroc, Monaco, Nigéria, Sénégal, Suisse, Tunisie. Malgré les événements nous comptons sur votre soutien.

BULLETIN D'ADHESION OU DE DONATION à retourner à
AMK - 38 chemin des vieilles écoles 31200 Toulouse

Je soussigné,
Adresse :
Tél : Fax : Email :

☐ Kinésithérapeute ☐ autre (préciser) :

☐ Adhère à l'association AMK pour l'année 2020 et verse la somme de 40€ par chèque (à l'ordre de l'AMK).
(Cotisation déductible en frais professionnels.)

☐ Fais une donation de € par chèque (à l'ordre de l'AMK).

Association habilitée à délivrer des reçus fiscaux en contrepartie des dons qui lui sont adressés (article 200 et 238 bis du CGI) relative d'impôt sur le revenu (jusqu'à 90% de base) exonérée dans la limite de 20% du revenu imposable.

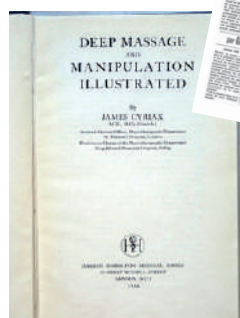
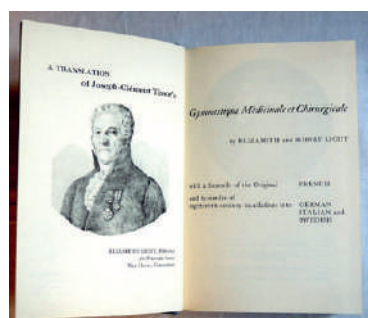
☐ Fais une donation en matériel, documents originaux, photos ou livres, ... :

Désignation complète du matériel :

Marque ou fabricant :
Modèle d'ensemble fourni : non fourni /
Je certifie sur l'honneur que le matériel donné au musée n'est pas pagé, ni d'origine frauduleuse.

Date : Signature :

Information et libertés : en application de l'article L.27 de la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant et vous adressant à notre siège social. Les informations requises sont nécessaires à l'établissement de votre inscription. Elles peuvent également être :



POUR ADHÉRER

Si vous aimez votre profession participez à sa renommée en envoyant votre cotisation 2020 de 40 € à :

AMK
38 Chemin des vieilles écoles
31200 Toulouse.

Nos partenaires :

Andil Toulouse, SNMKR Paris, CDOMK31, FFMKR 31, Mairie de Toulouse, All care Innovation, Bourg-les-Valence, Urps de L'Océan Indien.

+ Par Preston-Lee Ravail, membre de la société française de sport santé <https://www.linkedin.com/in/prestonleeravail/>

Photos : Valvital - DR



Preston-Lee Ravail

Activité physique adaptée (APA) Source de financement : partenaires institutionnels et privés

Dans un article précédent j'ai évoqué le sport sur ordonnance sous l'angle des formations à travers l'étude des différents textes de loi, instructions et autres arrêtés. Dans cet article je vais aborder les différentes et principales sources de financement de l'activité physique adaptée (APA) prescrite par le médecin à travers des exemples en place dans les territoires.



L'encadrement législatif du dispositif ne prévoit pas pour le moment de remboursement par la Sécurité sociale de l'activité physique prescrite par un médecin. Il est cependant possible de bénéficier d'une prise en charge par des assurances, mutuelles ou auprès d'acteurs territoriaux en fonction du lieu de résidence, chaque territoire ayant une politique de prise en charge différente. La grande majorité des dispositifs ont des sources de financement multiples. 38 villes en France financent totalement ou partiellement la pratique d'une activité physique adaptée (APA) avec à chaque fois des modèles économiques différents et des partenaires différents. Selon les territoires les acteurs sportifs privés peuvent être associés au dispositif du sport sur ordonnance sous certaines conditions de formations d'accueil de prise en charge etc.

Qui sont les financeurs ? Exemple de financement

A Boulogne-sur-mer le projet de prise en charge de l'APA est financée en partie par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en partie par la mutuelle Apréva, mécène du projet. Le reste du coût est supporté par une subvention de la ville versée au centre médico sportif (CMS). Cette somme est versée par le CMS à la structure sportive qui accueille le patient. Le coût de la pratique par patient et par an est en moyenne de 150 € (licence + un an de pratique).

Le coût global par patient est estimé à 576 € par an tous pôles confondus (salle de sports, coach, matériel, mi-temps de l'éducateur sportif en charge du projet, communication, intervention d'une diététicienne, d'un sophrologue, fournitures diverses...)

En Nouvelle-Aquitaine Prescirmouv' Bouger sur ordonnance

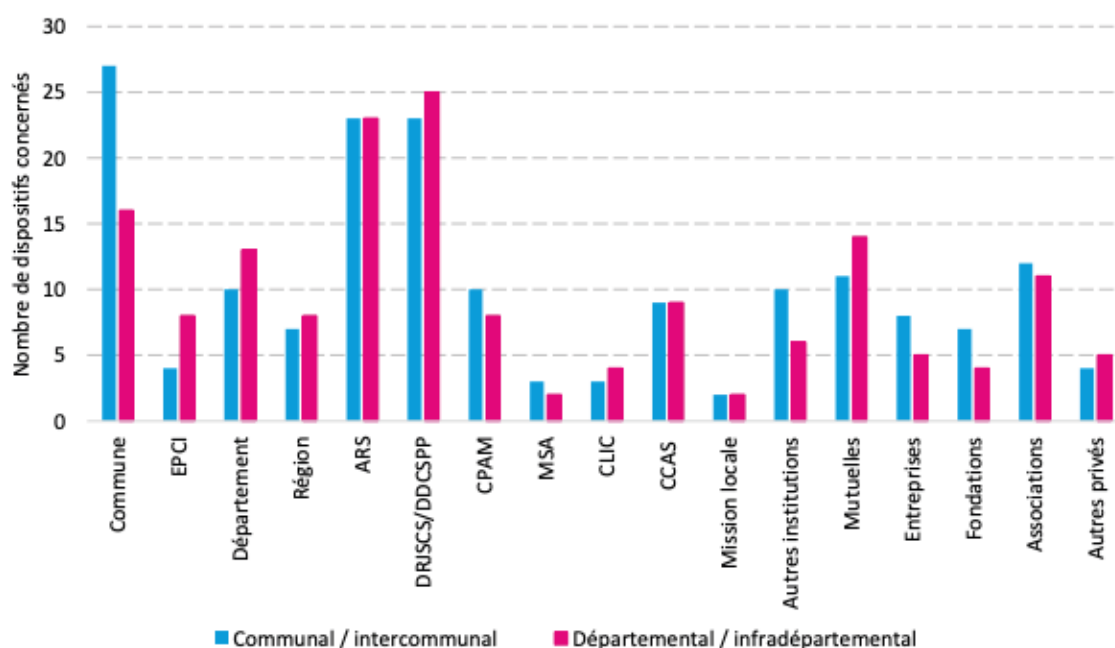
Le projet bénéficie d'un financement sur 3 ans, réparti entre 2 partenaires :

- L'ex-Région Poitou-Charentes : 225 000 € pour le recrutement de 3 coordinateurs mis à disposition pour coordonner l'action via le Groupement d'Employeurs Sport Animation Santé 86 et 43 200 € pour financer 30 programmes d'APA proposés aux bénéficiaires de prescription ;
- La DRJSCS Poitou-Charentes : 72 000 € pour le co-financement des postes de coordinateurs recrutés par le Groupement d'Employeurs Sport Animation Santé 86.
- La prise en charge partielle ou intégrale par des acteurs privés :
- Maïf, qui rembourse certains patients atteints d'une ALD à hauteur de 500 € sur deux ans pour les dépenses liées à leur APA. Pour savoir si vous pouvez bénéficier de cette prise en charge, rapprochez-vous de votre organisme de complémentaire santé
- Soutiens publics

Remarques : Les entreprises sportives privées ne sont pas subventionnées par les institutions

+ Par Preston-Lee Ravail, membre de la société française de sport santé <https://www.linkedin.com/in/prestonleeravail/>

Photos : Valvital - DR

Figure 13 – Partenaires institutionnels et privés des dispositifs communaux/intercommunaux et départementaux/intra-départementaux (en nombre de dispositifs concernés)

EPCI = Établissement public de coopération intercommunale ; ARS = Agence Régionale de Santé ; DRJSCS = Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; DDCSPP = Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations ; CPAM = Caisse primaire d'assurance maladie ; MSA = Mutualité sociale agricole ; CLIC = Centres Locaux d'Information et de Coordination ; CCAS = Centre communal d'action sociale

Source : Enquête Onaps, PRN Sport Santé Bien-Être

Partenaires privés

Certaines mutuelles santé ont pris le parti de prendre en charge le sport sur ordonnance pour leurs adhérents souffrant d'affection longue durée. Ainsi le programme d'activité physique prescrit aux patients est pris en charge partiellement voire totalement dans certains cas. Les montants remboursés sont en effet très variables selon les mutuelles.

Engagement de certaines mutuelles

Les adhérents en santé peuvent bénéficier d'un remboursement à une activité physique adaptée et prescrite dans le cadre d'une ALD. Ce remboursement peut varier de plusieurs dizaines d'Euros à plusieurs centaines, selon le niveau de garantie choisi par l'adhérent et selon son assurance. Ces propositions s'inscrivent dans la volonté de promouvoir le sport santé de la part des mutuelles.

Les conditions de financement

Demandez à vos clients de se renseigner auprès de leur mutuelle ou assurance pour savoir s'ils sont éligibles à une prise en charge totale ou partielle de l'abonnement dans votre salle.

Le principal problème évoqué par les acteurs que nous venons d'évoquer et la Pérennisation du système de prise en charge financier.

Projet de financement de l'activité physique sur prescription

L'ex-ministre de la santé, Agnès Buzyn a annoncé la création prochaine d'un forfait de soins, remboursé par la Sécurité sociale, pour l'accompagnement des patients après un cancer. La mesure figure dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2020, qui a été présenté le 30 septembre dernier. Dans son Article 40 de ce projet de loi il est prévu la Mise en place d'un forfait pour un parcours global post-traitement aigu du cancer comprenant un suivi psychologique et diététique, et... de l'activité physique. L'Assemblée nationale a adopté cet article après en avoir adopté trois amendements.



Source : <http://www.senat.fr/rap/119-104-2/119-104-29.html>

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : Examen des articles

+ par Jean-Marc Oviève

Le CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL (CNP) Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK)



Jean-Marc OVIEVE

Le Collège de la Masso-Kinésithérapie a été créé en novembre 2012 à l'initiative de la profession, il représente toutes les Composantes de la profession, politiques et scientifiques : le CONSEIL DE L'ORDRE, les deux syndicats représentatifs FFMKR et UNSMKL et les sociétés savantes. Depuis le 21 août 2019, un arrêté du journal officiel reconnaît le statut de Conseil National Professionnel (CNP) au collège de la Masso-Kinésithérapie. Le CMK est désormais l'interlocuteur scientifique unique de la profession ; il sera en mesure de conventionner avec l'état.

Le bureau du collège

Suite aux élections de février 2020, le bureau est constitué par :

- > Président : Jean-Marc OVIEVE (SFRM-GEMMSOR)
- > 1^{er} Vice-président : Eric PASTOR (UNSMKL)
- > 2^{ème} Vice-président : Nicolas PINSAULT (CNOMK)
- > Secrétaire Générale : Martine CORNILLET-BERNARD (ARREP)
- > Secrétaire adjoint : Matthieu SAINT-CAST (UNSMKL)
- > Trésorier : Stéphane FABRI (FFMKR)
- > Trésorier adjoint : Pierre-Henri GANCHOU (AKTL)

Les Missions du CNP - CMK

- > Analyser et améliorer les pratiques en masso-kinésithérapie pour développer la qualité, la sécurité des soins et la prévention
- > Elaborer des guides de bonnes pratiques et des recommandations destinées à la profession, et en favoriser la diffusion
- > Être l'interlocuteur scientifique vis-à-vis des autorités publiques en matière de santé publique
- > Apporter sa caution scientifique à des actions, travaux et publications
- > Collaborer avec les autres collèges de professions de santé
- > Être acteur du DPC, en participant à l'ANDPC à l'élaboration, des orientations prioritaires, du parcours pluriannuel, et du document de traçabilité des professionnels

L'expertise scientifique du CMK

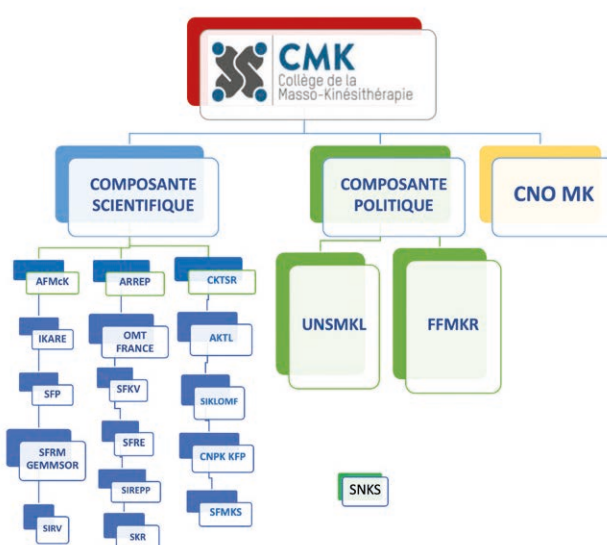
Depuis sa création, Le CMK a été sollicité sur environ 85 dossiers, soit pour participer directement à des groupes de travail, soit pour proposer des experts.

Pour exemple :

- > Groupe de travail ATIH sur le codage des actes
- > Groupe de travail à la CNAMTS sur la rééducation vestibulaire
- > Groupe de travail à la CNAMTS sur la réhabilitation respiratoire
- > Groupe de travail HAS sur un guide de bonne pratique accueil des personnes en situation de handicap
- > Groupe de travail à la CNAMTS sur L'amélioration du parcours de soin du patient lombalgique
- > Adaptation de l'oxygénothérapie d'effort du patient insuffisant respiratoire avec la HAS
- > Evaluation fiche PRADO AVC avec la CNAMTS
- > Auto-massage des cicatrices
- > Fiche mémo lombalgie commune avec la HAS
- > GROUPE DE TRAVAIL ET GROUPE DE LECTURE avec la HAS sur le thème « Rééducation et réadaptation de la fonction motrice des personnes porteuses de paralysie cérébrale »

Parmi ces dossiers, celui sur la pratique par un kinésithérapeute du « DRY NEEDLING » ou « puncture kinésithérapique par aiguille sèche », avec le CNO MK, a mobilisé de nombreuses ressources depuis 2018 ; Afin d'assurer la sécurité du patient et la bonne pratique, le CMK en accord avec le CNOMK, après consultation de l'ensemble des parties prenantes, délivre les attestations de compétence en Dry-Needling. Une première session d'examen sur dossier a été effectuée jusqu'en début 2020 pour les professionnels

Les structures qui composent le CMK



qui avaient suivis la formation entre le 1^{er} janvier et le 15 septembre 2019. Pour les professionnels ayant terminé leur formation après cette date, des sessions d'examens pratiques d'évaluation seront organisés pour valider la compétence, et la faire valoir auprès des CDO pour permettre son exercice.

L'action du CMK dans le cadre de l'épidémie de Covid 19

Nos experts de différentes spécificités de la masso-kinésithérapie ont participé à l'élaboration d'avis, de communiqués et de R.R.

- > AVIS sur la prise en charge MK en ville des patients atteints de mucoviscidose en contexte pandémique COVID-19
- > AVIS sur la Prise en charge des patients COVID+ en Kinésithérapie Respiratoire
- > COMMUNIQUE portant sur la Définition d'un acte prioritaire non reportable en exercice libéral
- > Participation groupe de travail et groupe de lecture avec la HAS sur les fiches :

« Réponses rapides dans le cadre de COVID 19 - Prise en charge des patients infectés en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et à domicile »
et

« Réponses rapides dans le cadre de COVID 19 - Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR) »

Retrouvez toutes ces infos et plus de détails sur le site du CMK

<http://www.college-mk.org/>



Allcare innovations

La science du mouvement,
made in France



**Les solutions Allcare innovations, ce sont les praticiens qui en parlent le mieux.
Marc Alfonso revient sur son expérience d'utilisation de Kysio et imoove.**

Marc Alfonso est kinésithérapeute à Aguessac en Aveyron (12). Diplômé en 1990, il s'installe 2 ans plus tard dans ce village de 1 000 âmes, pour devenir ce qu'il appelle un kiné rural, au sein d'une maison médicale. Après son diplôme il s'intéresse et se forme à l'ostéopathie, puis à l'orthopraxie : « J'ai compris que l'humain était un bipède et qu'il était capital de le traiter assis ou debout puisque c'est sa station naturelle. » Et depuis 2016, date d'acquisition de la première de ses deux solutions Allcare innovations, il a totalement changé sa manière de travailler : « Dès que j'ai pu travailler avec imoove, (lorsque mon associé a pris sa retraite), je me suis séparé de mes poulies et de tout mon attirail pour me concentrer sur la proprioception et le travail en gravitation. Il est capital d'envisager toute rééducation de manière globale, selon les chaînes musculaires concernées. Faire bouger une épaule, sans y associer la colonne vertébrale ou le bassin n'a, pour moi, pas de véritable sens. »



« Le patient ne se lasse pas et il constate les résultats »

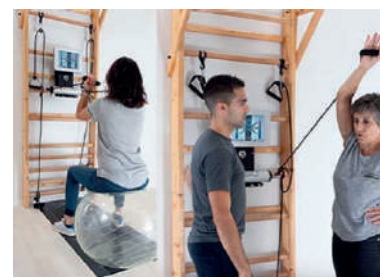
La solution imoove et son plateau au mouvement élisphérique permettent cela, mais pas seulement : « Je peux tout contrôler et faire rapidement progresser mes patients. La plateforme n'oblige pas à des mouvements de grande amplitude, je peux ainsi travailler en isométrie et en proprioception. Des progrès d'autant plus rapides que le patient travaille sans s'en rendre compte. Il se concentre sur l'interface, avec son côté ludique. Il oublie le mouvement, il déconnecte la partie volontaire et réalise les exercices sans efforts. Et comme l'appareil me permet de travailler l'intégralité des chaînes musculaires, avec des patients de tous âges et de toutes natures, aussi bien des sportifs que des seniors et même des hémiplegiques, mon imoove tourne du matin au soir... »

Dans le même esprit, Marc Alfonso s'est doté de Kysio, qui transforme l'escalier pour le rendre intelligent et interactif (primé Rééduca Innov') et qui offre un feedback pour un travail sur-mesure qualifié-quantifié et de qualité. Avec Kysio, je travaille le mémoriel : « Comme pour imoove, je peux m'appuyer sur le côté ludique de la console. Sur un plan pratique il s'agit de reproduire au mieux un mouvement. Ici, on est davantage dans la conception du mouvement... » Un choix d'équipement pour son cabinet, que Marc Alfonso justifie amplement : « Il faut savoir ce que les patients attendent et se mettre en accord avec notre conception de la rééducation. Avec ces deux appareils je sais que je fais progresser mes patients. Sans oublier que ces solutions de soin par le mouvement me permettent de travailler en autonomie et donc dégager du temps, prendre l'affluence de patient pour cette reprise post-covid et pouvoir avoir la sérénité des distanciations et les respects d'hygiène. »

A PROPOS DE ALLCARE INNOVATIONS

Le sens des valeurs

Allcare innovations est un concepteur et un fabricant français de solutions novatrices. Il s'agit d'une entreprise familiale basée dans le sud-est de la France, qui cumule les brevets et les récompenses, mais qui se distingue surtout par sa proximité avec ses clients et son conseil. Marc Alfonso résume ces qualités simplement : « Ils sont toujours disponibles. Je peux me rendre chez eux pour assister aux formations autant que je le souhaite. Et puis j'ai fait le choix du « made in France », c'est bien aussi de faire cocorico. »



www.allcare-in.com

La santé au travail

Oui aux solutions connectées

La nouvelle étude réalisée par Mercer Marsh Benefits, Mercer et Oliver Wyman intitulée « Santé à la carte » révèle que 64% des salariés souhaiteraient que des solutions de santé connectée leur soient proposées par leur employeur. Selon l'étude « Santé à la carte » réalisée sur la base d'un échantillon de plus de 16 000 salariés et 1300 dirigeants d'entreprises dans 13 pays à travers le monde*, 68% des employeurs prévoient d'investir davantage dans les solutions de santé connectée au cours des cinq prochaines années. Cela illustre le fait que la plupart des employeurs sont déjà convaincus que les solutions de santé connectée peuvent être un moyen efficace d'aider leurs salariés à améliorer leur santé tout en répondant à leurs attentes d'accès aux meilleurs soins, à des tarifs plus abordables. Cette étude menée par Mercer Marsh Benefits, Mercer et Oliver Wyman démontre, malgré des résultats parfois divergents selon les pays, que les perspectives en matière d'innovation technologique liée à la santé intéresseraient la majorité des salariés (64%). Nombre d'entre eux (63%) ont même déclaré avoir davantage confiance dans une nouvelle solution de santé connectée si celle-ci leur était proposée par leur employeur.

La santé connectée, un vecteur de bien-être au travail évident

« Les résultats de l'étude « Santé à la carte » confirment notre conviction que les employeurs qui cherchent à la fois à instaurer une culture d'entreprise orientée sur le bien-être et à retenir leurs meilleurs talents devraient envisager d'investir dans la santé connectée » a déclaré Hervé Balzano, Leader Mercer Marsh Benefits pour la zone internationale et Président Santé & Prévoyance, Mercer. « Sans cela, le risque est grand qu'ils se fassent distancer sur le marché du travail, de plus en plus concurrentiel ». Parmi les pays ayant participé à l'étude, sept d'entre eux sont considérés comme des « pays industrialisés » (mature) et six comme des « pays émergents » (growth). L'étude démontre que l'attrait pour des solutions de santé connectée est particulièrement fort dans les pays émergents. Une liste de 15 solutions de santé connectée a été présentée aux personnes sondées et il leur a été demandé dans quelle mesure ils souhaiteraient tester chacune d'entre elles. Dans les pays émergents, les salariés souhaitent tester en moyenne 10 solutions de santé connectée, contre 5 en moyenne dans les pays industrialisés. Cette disparité pourrait dans une certaine mesure refléter une influence générationnelle. En effet, les générations Y et Z sont plus nombreuses dans les pays émergents (54% des salariés) que dans les pays industrialisés (43% des salariés), et les individus plus jeunes sont davantage disposés à adopter de nouvelles technologies. De plus, dans les pays émergents, 54% des salariés indiquent qu'ils seraient davantage susceptibles de rester en poste si leur entreprise leur proposait des outils de santé

connectée, contre 27% dans les pays industrialisés. « Les salariés des pays émergents sont plus nombreux à être déjà prêts pour la santé connectée » indique Camille Mosse, Direction Offre et Services, Département Santé & Prévoyance, MMB. « Cependant, selon l'étude, tous les pays sont ouverts aux solutions qui facilitent l'accès aux soins et les rendent plus abordables. C'est une excellente opportunité pour les employeurs d'opérer un changement de cap en proposant des solutions qui améliorent l'accès à des soins de qualité. »

Les solutions de santé connectée de proximité ont le vent en poupe

Certaines solutions de santé connectée attirent davantage que d'autres. Il a été demandé aux répondants non seulement s'ils seraient prêts à tester ces solutions, mais également quelle serait leur utilité pour eux et leurs familles. La solution plébiscitée par la majorité des salariés des pays sondés est une application qui permet de trouver le meilleur médecin ou de disposer d'un suivi médical adapté en fonction de leurs disponibilités et de leur localisation. Au Royaume-Uni, la solution la plus populaire est une technologie permettant de faciliter l'autogestion des maladies chroniques. En Chine, où 76% des salariés indiquent être responsables de la santé d'un membre de leur famille (contre 53% en moyenne dans les 13 pays), la solution de santé connectée la plus populaire est « un robot compagnon » qui aide les personnes âgées à se maintenir en bonne santé à leur domicile, une solution classée parmi les dernières préférences des 12 autres pays participants.

« En France, l'humain est important pour les assurés. Les outils de santé connectée doivent donc être considérés comme des leviers efficaces d'amélioration de notre offre de santé, mis au service des médecins qui resteront centraux dans le parcours de santé. » indique Camille Mosse, Direction Offre et Services, Département Santé & Prévoyance, MMB.

L'intérêt pour les solutions de santé connectée s'inscrit dans un mouvement plus vaste de culture de la santé et du bien-être au travail. Les employeurs sont clairement convaincus de l'importance du bien-être de leurs salariés. En effet, 95% d'entre eux déclarent que leur entreprise va accroître ou maintenir ses investissements dans les initiatives liées à la santé et au bien-être au cours des cinq prochaines années. De plus, 71% pensent que leur organisation se soucie du bien-être des salariés.

Lorsque cette même question est posée aux salariés, seuls 50% indiquent penser que leur employeur se préoccupe de ses salariés. Selon l'étude, il pourrait y avoir un moyen d'atténuer cette différence de perception. En effet, il apparaît que plus un employeur propose des solutions liées à la santé et au bien-être, que ce soit dans le cadre d'assurances ou de programmes de nutrition ou d'abonnement à des clubs de sport subventionnés, plus les salariés ont de chance de se sentir soutenus et encouragés, et moins ils sont susceptibles de quitter leur entreprise. Parmi les salariés à qui l'on proposait au moins 10 services de ce type, 75% pensaient que leur employeur se souciait d'eux, alors qu'ils étaient seulement 43% à le penser lorsqu'on leur proposait cinq services au maximum.

Six enseignements clés à prendre en considération dans vos stratégies

1 La santé connectée comme business case

24%

des salariés déclarent être moins susceptibles de quitter leurs entreprises si leur employeur favorise ou sponsorise la mise en place de solutions de santé connectée sur leur lieu de travail.



68%

des employeurs pensent qu'un investissement dans des solutions de santé connectée et de bien-être aura un impact positif sur l'engagement des collaborateurs et pensent que promouvoir ou sponsoriser les solutions de santé connectée favorisera la rétention des salariés.



44%

des employeurs sont très ou assez favorables pour investir davantage dans la santé connectée dans les cinq prochaines années.



Enseignement 1
Les solutions de santé connectée et de bien-être seront de plus en plus importantes pour retenir et attirer les talents.

2 Les solutions centrées sur le patient

Sur une liste de 15 innovations en santé connectée, les 3 suivantes ont été jugées les plus importantes par les salariés.

42%

Applications qui aident à trouver le bon médecin ou le bon soin où et quand c'est nécessaire.



37%

Applications qui aident à trouver un expert médical n'importe où dans le monde.



34%

Dossiers médicaux individuels et familiaux portables et électroniques.



Enseignement 2
Pour les salariés, les solutions de santé connectée ont un rôle important pour faciliter l'accès à des soins personnalisés.

3 Peu d'obstacle à l'adoption, confiance élevée envers les employeurs

56%

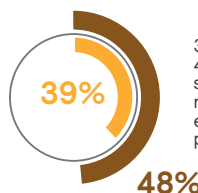


des salariés ont confiance dans la capacité de leur employeur à conserver de manière sécurisée leurs données de santé personnelles.

Enseignement 3
Les collaborateurs sont prêts à partager leurs informations de santé personnelles pour recevoir des soins personnalisés et de la plus haute qualité.

5

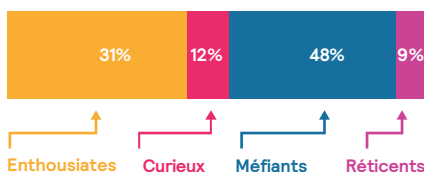
Une culture pro-santé très plébiscitée



39% des salariés et 48% des employeurs s'accordent sur la nécessité d'un environnement de travail plus favorable à la santé.

Enseignement 5
Les salariés sont favorables à une culture d'entreprise qui favorise la santé et qui promeut des solutions de santé connectée.

4 Quatre segments de salariés à engager



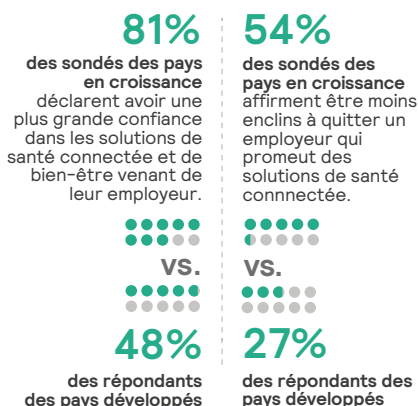
L'appétence des salariés à la santé connectée est étroitement liée à leurs prédispositions aux nouvelles technologies en général, ainsi qu'à la génération dont ils sont issus.

Près de la moitié des salariés sont désireux d'essayer les solutions de santé connectée au travail.

Enseignement 5
Les segments d'employés ont différentes attitudes envers l'innovation en santé et nécessitent des approches adaptées.

6

Différences significatives entre les marchés



Enseignement 6
une majorité des salariés dans les marchés en voie de développement sont prêts pour une transformation digitale de la santé. Sur l'ensemble des marchés, les salariés sont ouverts à des solutions de santé connectée si elles répondent directement à leurs besoins.

Développement d'un outil d'aide pour la prise de décision partagée en cas de douleurs d'épaule associées à une déchirure non-traumatique de la coiffe des rotateurs

MOTS-CLÉS

Aide à la prise de décision partagée
Chirurgie
Déchirure non traumatique de la coiffe des rotateurs
Physiothérapie
Prise de décision partagée

RÉSUMÉ

Contexte. – Les outils d'aide aux patients pour la prise de décision thérapeutique bénéficient d'un niveau de preuves fort en faveur de leur capacité à aider les patients à comprendre leur état de santé et les différentes options de traitement qui s'offrent à eux. Ces outils d'aides à la prise de décision thérapeutique font actuellement défaut pour les troubles musculosquelettiques. **Objectif.** – Le but de cet article était de synthétiser les résultats de recherche qui explorent les options de traitement pour les personnes souffrant d'une douleur d'épaule associée à une déchirure non traumatique de la coiffe des rotateurs, puis d'utiliser ces informations pour développer un outil d'aide aux patients pour la prise de décision thérapeutique.

Méthodes. – Une revue de littérature a été entreprise pour identifier les facteurs susceptibles d'influencer les choix de traitement qui s'offrent aux patients souffrant d'une douleur d'épaule associée à une déchirure non traumatique de la coiffe des rotateurs. Les données ont été rassemblées dans un format adapté à la checklist pour les utilisateurs d'outils d'aide aux patients pour la prise de décision thérapeutique de l'International Patient Decision Aid Standards Collaboration. Une deuxième revue de littérature a été réalisée à propos des préoccupations spécifiques des patients, pour leur proposer une réponse robuste, basée sur des preuves, et faciliter leur prise de décision.

Résultats. – L'outil d'aide aux patients pour la prise de décision thérapeutique qui résulte de ce travail offre un résumé de la littérature actuelle. Il reflète les préoccupations courantes des patients souffrant d'une douleur d'épaule associée à une déchirure non traumatique de la coiffe des rotateurs, qui doivent choisir entre une prise en charge chirurgicale ou non chirurgicale. L'outil propose les labels simplifiés « Vrai », « Faux » ou « Inconnu » représentatifs du niveau de preuves actuel pour qualifier les raisons identifiées qui influencent les patients dans leur choix de traitement.

Conclusion. – Un fort niveau de preuve suggère que les outils d'aide aux patients pour la prise de décision thérapeutique améliorent la compréhension des options de traitement par les patients, les aident à se sentir mieux informés et plus en capacité d'identifier ce qui est important pour eux. Il s'agit du premier outil d'aide à la prise de décision thérapeutique qui explore les options de traitement chirurgical et non chirurgical pour les patients souffrant de douleurs d'épaule associées à une déchirure non traumatique de la coiffe des rotateurs.

Niveau de preuve : 5.

© 2019 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS.

CC license Line This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

AUTEUR CORRESPONDANT

G. Deville
Pôle de Santé des Remparts d'Angoulême
51, Rue Waldec-Rousseau, 16000 Angoulême - France
E-mail : mckine@hotmail.fr

INTRODUCTION

La douleur d'épaule constitue un symptôme fréquent qui touche jusqu'à 17 % de la population sur une période de 4 semaines [1]. Chaque année, 5 % de la population consulte son médecin généraliste pour une douleur d'épaule [2,3]. Concernant les déchirures de la coiffe des rotateurs (CR), au Japon, une étude rapporte une prévalence de 20 % de déchirures transfixantes dans la population générale [4], la majorité (deux tiers) des personnes étant asymptomatiques [5]. Tandis que la prévalence des déchirures de la CR augmente avec l'âge [4], le risque de présenter une douleur associée à la déchirure n'augmente pas [5]. En l'absence de traumatisme, les déchirures de la CR peuvent potentiellement être considérées comme des modifications tissulaires liées à l'âge [6]. Ceci souligne la difficulté pour déterminer si une déchirure observée à l'imagerie est liée aux symptômes [7]. Dans la prise en charge des déchirures de coiffe non traumatiques, la chirurgie n'a pas démontré de résultats supérieurs à la rééducation [8,9]. Il est important de noter que lorsque les patients rapportent des attentes faibles à propos de la capacité de la rééducation à réduire leurs symptômes, la probabilité pour que leur choix se tourne vers la chirurgie augmente [10]. Les données issues de la littérature scientifique montrent qu'une procédure de prise en charge obtient de meilleurs résultats lorsque les attentes des patients sont en faveur de cette procédure et que leurs inquiétudes à son propos sont plus faibles. Cette observation a été faite à la fois pour la réparation chirurgicale et pour le traitement conservateur [11,12]. De plus, les patients qui ont accès à des informations à jour à propos de la douleur d'épaule en lien avec la CR rapportent des attentes plus élevées et des inquiétudes plus faibles [12]. Par conséquent, fournir aux patients des informations non biaisées, claires et à jour des données de la science peut les aider à choisir une stratégie thérapeutique adaptée à leur situation.

Même si les cliniciens peuvent choisir de rester neutres et présenter des informations exemptes de biais afin de ne pas abusivement influencer la décision d'un patient concernant sa santé, qualifié de position d'équilibre clinique [13], Minns Lowe et al. ont constaté que les cliniciens peuvent avoir de l'influence et diriger les patients vers une stratégie thérapeutique [14].

La Prise de Décision Partagée est une approche qui vise à aider le patient à faire un choix de traitement informé par les données de la science et en accord avec ses valeurs personnelles [15].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.013>

© 2019 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS.

CC license Line This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En partenariat avec

Kinésithérapie
la revue

Extrait du N°217 Janvier 2020



Ce processus peut être amélioré par l'utilisation d'outils nommés Aide pour la Prise de Décision Partagée (APDP), qui offre des informations accessibles sur les risques et les avantages des options de traitements disponibles. Stacey et al. [16] rapportent un haut niveau de preuves concernant le fait que les APDP offrent une meilleure compréhension des options de traitement, les patients se sentent mieux informés Développement d'un outil d'aide pour la prise de décision partagée en cas de douleurs d'épaule associées à une déchirure non-traumatique de la coiffe des rotateurs et plus en mesure de déterminer ce qui est important pour eux. De plus, des preuves de qualité modérée indiquent que les APDP améliorent la perception des bénéfices et des dangers, et rendent les patients plus acteurs dans le processus de prise de décision [16]. Pour finir, les décisions prises tendent à être plus en accord avec les valeurs des patients [16]. Actuellement, les APDP spécifiques aux pathologies musculosquelettiques font défaut [17]. Le but de cet article est de soutenir et de présenter la conception d'une APDP basée sur des données probantes qui présente les options de prise en charge pour les personnes souffrant d'une douleur d'épaule associée à une déchirure non traumatique de la CR.

MÉTHODES

Selon le International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration, certaines étapes clés guident la conception d'une APDP [18]. Ce processus comprend la collecte des opinions des patients, la prise en compte de la vision des cliniciens à propos des besoins pour la prise de décision, le choix du format de l'APDP, et la conduite d'une revue de la littérature pour la mise à jour des preuves et des connaissances. Le processus de conception que nous avons mis en place a consisté en trois étapes distinctes mais itératives qui comportaient toute une exploration de la littérature. Seules les études incluant des patients avec une déchirure non traumatique de la CR et publiées jusqu'en 2017 furent prises en compte. Lorsqu'un choix devait être fait entre des données scientifiques contradictoires, les résultats de l'étude de meilleure qualité étaient retenus suivant le Levels of Evidence for Primary Research Question utilisé par la North American Spine Society [19]. Les trois étapes se sont déroulées comme suit. Afin de prendre en compte la vision du patient sur les besoins décisionnels, l'auteur principal a conduit une revue non-systématique de la littérature sur Pubmed en combinant les termes Mesh suivants : Shoulder Pain, Lacerations, Patient Satisfaction, Surgical Procedures, Physical Therapy Modalities, Conservative Treatment, Qualitative Research. Pour obtenir des données sur les déchirures non traumatiques de la CR, les termes Mesh précédemment cités ont été combinés avec les mots clés non-traumatic or nontraumatic or atraumatic rotator cuff tears. Les résumés ont été lus pour identifier les articles rapportant des données sur les opinions des patients sur les options de prise en charge et les résultats de traitement de douleurs d'épaules associées à une déchirure non traumatique de la CR. Les sections Méthodes furent consultées pour confirmation. Ensuite, l'ensemble du texte des articles retenus furent examinés pour extraire des données et soutenir l'objectif de ce travail. Pour finir, les bibliographies des articles sélectionnés furent explorées à la recherche de publications additionnelles pertinentes. Ensuite, les critères de la checklist de l'IPDAS ont été pris en compte pour déterminer le format de l'APDP et s'assurer d'une présentation des informations favorisant le processus de prise de décision des patients. La littérature fut consultée pour appréhender les designs des APDP existant et offrir des idées complémentaires. L'objectif n'était pas de conduire une revue systématique sur le sujet, mais de mettre en exergue des éléments clés. Pour y parvenir, les articles furent sélectionnés au cours d'un processus continu durant l'ensemble de l'étude afin de s'informer des différents designs développés. Pour finir, une fois que les composants principaux du design de l'APDP furent déterminés, la dernière étape a consisté à identifier des données probantes dans la littérature pour enrichir le contenu de l'APDP. Pour cette

dernière étape, les articles furent sélectionnés en accord avec les résultats des deux étapes précédentes.

RÉSULTATS

La première étape a fait émerger deux études clés qui fournissent des informations pertinentes sur les opinions des patients à propos des options de traitement : un essai contrôlé randomisé (ECR) et une étude qualitative. Initialement, deux ECR furent identifiés : Lambers Heerspink's [20] and Kukkonen et al. [9]. Le dernier fut retenu puisque son score PEDro est de 9 sur 11 contre 7 sur 11 pour le premier (Tableau I). Dans cette étude, les auteurs ont comparé la kinésithérapie seule, à une acromioplastie suivie de kinésithérapie, et à une acromioplastie complétée par une suture de coiffe et suivie de kinésithérapie. La satisfaction des patients était rapportée comme critère de résultat secondaire. Le deuxième article pertinent par Minns Lowe et al. [14] présente une étude qualitative qui rapporte les raisons données par des patients pour avoir choisi ou décliné la chirurgie. Dans cette étude, les auteurs ont interrogé des patients qui ont participé à l'étude UKUFF [21], et particulièrement ceux qui avaient été randomisés pour être opérés et qui ont refusé la chirurgie, et ceux qui avaient été randomisés pour la rééducation et qui ont décidé de se faire opérer.

Lors de la deuxième étape de la conception de l'APDP, l'auteur a opté pour un format de 2 pages afin de permettre aux patients de l'utiliser avec différents professionnels de santé ainsi qu'avec d'autres personnes de leur entourage [22].

Tableau I. Score PEDro pour l'essai contrôlé randomisé de Kukkonen et al.'s [9] comparant les prises en charges non-chirurgicale et chirurgicale.

Item de l'échelle PEDro	Score de l'item
Item 1 : les critères d'éligibilité ont été précisés	1
Item 2 : les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	1
Item 3 : la répartition a respecté une assignation secrète	1
Item 4 : les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	1
Item 5 : tous les sujets étaient « en aveugle »	0
Item 6 : tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient « en aveugle »	0
Item 7 : tous les examinateurs étaient « en aveugle » pour au moins un des critères de jugement essentiels	1
Item 8 : les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85 % des sujets initialement répartis dans les groupes	1
Item 9 : tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôlée conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées « en intention de traiter »	1
Item 10 : les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	1
Item 11 : pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	1
Score PEDro total	9

Sur la première page de l'APDP (Fig. 1), la première section présente les objectifs principaux. La seconde section liste les trois options de traitement habituelles évaluées par Kukkonen et al. [9] que sont la kinésithérapie seule, l'acromioplastie suivie de kinésithérapie et l'acromioplastie combinée à une réparation tendineuse et suivie de kinésithérapie. Pour la troisième section,

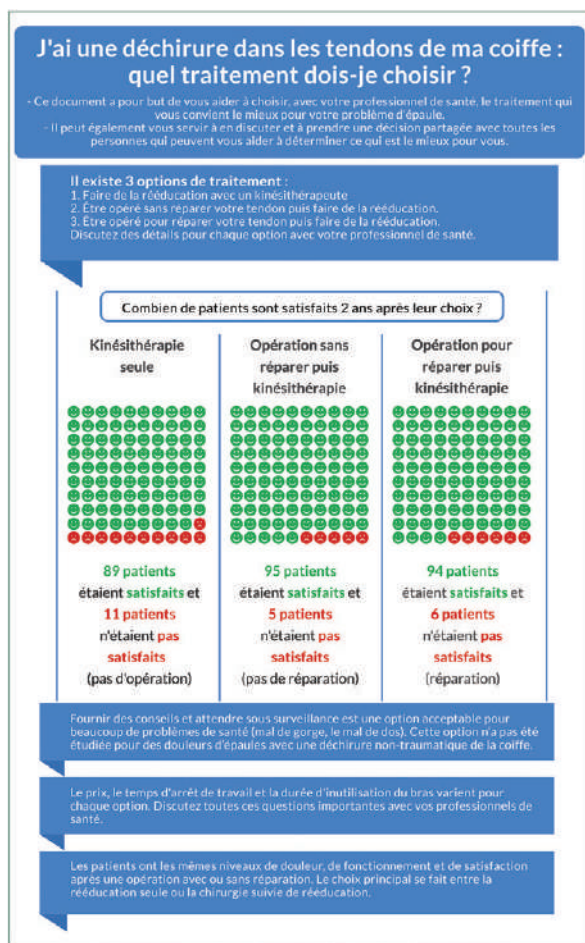


Figure 1. L'outil d'Aide pour la Prise de Décision Partagée.

les données binaires en lien avec la satisfaction des patients extraites de cet ECR ont permis une représentation visuelle sous la forme d'un pictogramme complété par une description écrite. Cette section satisfait sept items de la checklist IPDAS (Tableau II). La quatrième section souligne le fait que l'utilisation de conseils associée à une « attente sous surveillance » constitue une option, même si aucune étude n'a exploré le résultat de cette option en cas de douleur d'épaule associé à une déchirure non traumatique de la CR. La cinquième section encourage les patients à poser autant de question que nécessaires à propos des différentes procédures et satisfait 3 critères de la checklist IPDAS. La sixième section déclare que, même si Kukkonen et al. [9] ont décidé d'inclure l'option d'une acromioplastie suivie par de la rééducation dans leur étude, les données actuelles de la science suggèrent que l'acromioplastie avec ou sans suture de coiffe offre des résultats comparables [23]. La nécessité d'une décompression sous-acromiale n'est pas justifiée [24], et la combinaison d'une acromioplastie et d'une suture n'est pas supérieure à la suture seule [25]. Cette section explique pourquoi seulement deux options sont envisagées pour la page 2 de l'APDP : la kinésithérapie seule ou la suture de coiffe suivie de kinésithérapie.

La deuxième page de l'APDP (Fig. 2) présente des déclarations virtuelles de patients organisées dans une balance décisionnelle (BD) et remplit 6 critères de la checklist IPDAS (Tableau II). Une BD est un tableau permettant de répartir les avantages et les inconvénients d'un nombre défini d'options de traitement disponibles [26]. Afin de concevoir cette BD, les raisons identifiées par Lowe et al. [14] expliquant le choix ou le refus d'un traitement conservateur ou chirurgical ont été utilisées pour créer ces déclarations virtuelles de patients selon la forme : « *Je préfère me faire/ne pas me faire prendre en charge en kinésithérapie/opérer, parce que...* ». Le Tableau III contient les déclarations extraites initialement.

La revue de littérature réalisée lors de la troisième étape visait à identifier des données empiriques pour valider ou réfuter chaque déclaration. Les déclarations virtuelles de patients soutenues par les données scientifiques identifiées ont été qualifiées de « plus vrai que faux » et les déclarations contredites « plus faux que vrai ». La section en haut de la page 2 souligne cette dimension d'incertitude.

À la suite de la revue de littérature, des ajustements pour les déclarations affichées dans le Tableau III furent nécessaires. La déclaration : « *je préfère me faire opérer parce que ma douleur pourra diminuer plus rapidement* » n'est pas soutenue par l'étude de Kukkonen et al. [9] qui n'ont pas constaté de différence entre la kinésithérapie et la chirurgie suivie de kinésithérapie pour l'intensité de la douleur à 3, 6, 12 et 24 mois. Par conséquent, une distinction entre résultat à court et long terme fut ajoutée à l'APDP.

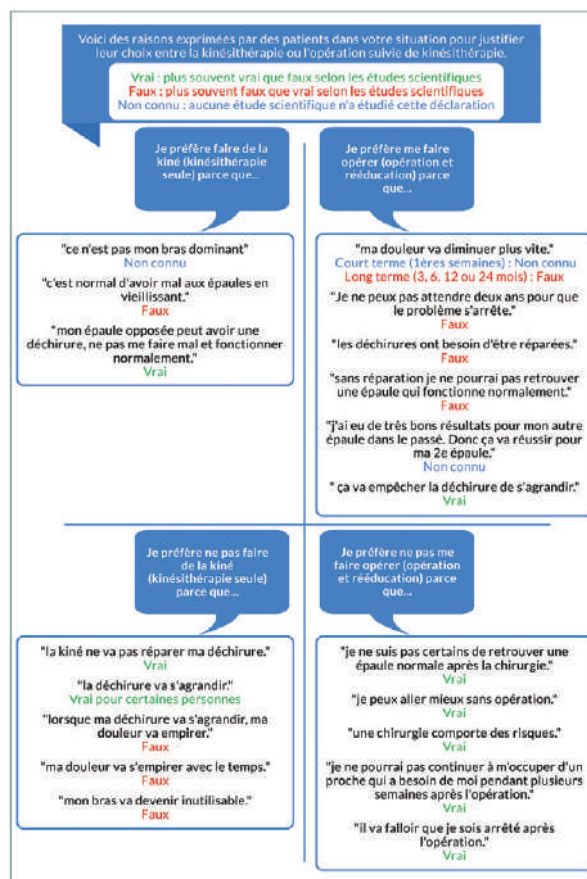


Figure 2. L'outil d'Aide pour la Prise de Décision Partagée.

Tableau II. Contenu de l'APDP en rapport avec la checklist pour les utilisateurs des outils d'aide aux patients pour la prise de décision thérapeutique de l'IPDAS.

Checklist de l'IPDAS	Disponible dans l'outil	Situation dans l'outil ou justification en cas d'absence
Est-ce que l'outil d'aide à la prise de décision partagée fournit des informations suffisamment détaillées à propos des options de traitement pour la prise de décision ?		
Décrit la pathologie	Non	Supposition : les professionnels de santé sont en capacité d'enseigner aux patients les connaissances appropriées concernant la pathologie
Liste les options	Oui	Page 1 : pictogramme et 6 ^e section
Liste l'option de ne rien faire	Oui	Page 1 : pictogramme et 4 ^e section
Décrit l'évolution naturelle sans traitement	Non	Information non disponible dans l'étude de in Kukkonen et al., et aucune étude identifiée dans la littérature ayant exploré cette question
Décrit les procédures de traitement	Non	Page 1 : la 5 ^e section incite les patients à questionner leurs professionnels de santé à propos des procédures de traitement
Décrit les aspects positifs des options de traitement (avantages)	Oui	Page 2 : Balance décisionnelle
Décrit les aspects négatifs des options de traitement (risques, effets secondaires, inconvénients)	Oui	Page 2 : Balance décisionnelle
Comprends les chances de résultats positifs/négatifs	Oui	Page 1 : Pictogramme visuel
L'outil d'aide à la prise de décision partagée présente-t-il les probabilités de résultats d'une manière compréhensible et exempte de biais ?		
Utilise des données épidémiologiques en spécifiant la population et la période	Oui	Page 1 : Pictogramme visuel
Compare les probabilités de résultats en utilisant le même dénominateur, la même période, la même échelle	Oui	Page 1 : Pictogramme visuel
Décrit l'incertitude inhérente aux probabilités	Oui	Page 2 : 1 ^{re} section
Utilise des diagrammes visuels	Oui	Page 1 : Pictogramme visuel et Page 2 : Balance décisionnelle
Utilise des moyens multiples pour présenter les probabilités (mots, nombres, diagrammes)	Oui	Page 1 : Pictogramme visuel
Permet au patient de sélectionner une manière de voir les probabilités (mots, nombres, diagrammes)	Non	Pas de sélection possible pour que ce document soit imprimable, toutes les manières sont disponibles
Permet au patient de voir des probabilités basées sur sa situation personnelle (ex : son âge)	Non	Pas de différenciation pour l'âge, le sexe ou autres caractéristiques
Positionne les probabilités présentées dans le contexte d'événements autres	Non	Les probabilités de satisfaction vis-à-vis des traitements sont disponibles seulement pour les 3 options étudiées par Kukkonen et al.
Utilise à la fois des formulation positives et négatives	Oui	Page 1 : Pictogramme visuel
Est-ce que l'outil d'aide à la prise de décision partagée contient des éléments permettant de clarifier et d'exprimer les valeurs des patients ?		
Décrit les procédures et les résultats pour aider les patients à imaginer leurs effets physiques, émotionnels et sociaux	Procédures : Non Résultats : Oui	Procédures : page 1, la 5 ^e section incite les patients à questionner leurs professionnels de santé à propos des procédures de traitement Résultats : page 1, Pictogramme visuel
Demande aux patients d'envisager quels aspects positifs et négatifs comptent le plus pour eux	Oui	Page 2 : Balance décisionnelle
Suggère des moyens pour les patients de partager ce qui compte le plus pour eux avec autrui	Oui	Page 2 : Balance décisionnelle
Est-ce que l'outil d'aide à la prise de décision partagée contient des indications structurées pour guider la réflexion et la communication ?		
Propose des étapes pour la prise de décision	Non	Supposition : les professionnels de santé peuvent appliquer de manière appropriée le concept de prise de décision partagée en utilisant le modèle des trois discussions [22]
Suggère des moyens pour discuter des décisions avec un professionnel de santé	Oui	Page 1 : la 5 ^e section incite les patients à questionner leurs professionnels de santé à propos des procédures de traitement
Contient des outils permettant de discuter des options avec autrui	Oui	Page 2 : Balance décisionnelle

La déclaration : « *je préfère ne pas faire de la kinésithérapie, la rééducation sera compliquée à cause de mon travail* » est potentiellement ambiguë. En effet, dans 80 % des cas, les patients rapportent une amélioration suite à une prise en charge en kinésithérapie [10]. De plus, cette dernière permet un retour au travail plus rapide. Toutefois, si les résultats de la rééducation ne correspondent pas aux attentes, comme c'est le cas pour 20 % des patients, ces derniers vont souffrir d'une perte de temps de travail. Il est également précisé que le délai pour reprendre le travail dépendra du type d'activité professionnelle. Même si cette déclaration n'a pas été incluse dans la BD, la cinquième section de la page 1 incite les patients à poser des questions concernant la durée d'arrêt de travail et la période d'immobilisation post-chirurgicale. Puisque ces durées varient en fonction des préférences des chirurgiens et des techniques chirurgicales, les patients doivent discuter ces questions avec leurs professionnels de santé [27]. Kukkonen et al. [9] ont déterminé que le coût des traitements peut varier de manière substantielle entre les différentes options. Une autre section encourage les patients à poser des questions à ce propos. La déclaration : « *je préfère ne pas me faire opérer car la déchirure peut guérir toute seule* » a été retirée car la justification de sa labellisation était similaire à : « *je préfère ne pas faire de la kinésithérapie car la kinésithérapie ne réparera pas ma déchirure* ». De plus, aucune étude rapportant des cas de guérison complète d'une déchirure non traumatique de coiffe n'a été identifiée. Pour finir, les trois déclarations restantes

furent labellisées comme « non connu » puisque aucune donnée de science en lien n'a été retrouvée.

Les Tableaux IV–VII listent les études sélectionnées lors de la recherche décrite dans la section méthodes. Elles justifient la classification des déclarations comme « vraie » ou « fausse ». Pour les raisons de suivre une prise en charge en kinésithérapie, des preuves de niveau III et IV soutiennent une déclaration et en rejette une autre. Pour les raisons de se faire opérer, les données issues de trois études de niveau I et une étude de niveau III ne soutiennent pas quatre déclarations, tandis qu'une étude de niveau I valide la dernière déclaration. Deux raisons de ne pas envisager la kinésithérapie sont soutenues par une étude de niveau III et une étude de niveau IV, tandis que les trois autres déclarations sont rejetées par deux études de niveau II et une étude de niveau III. Pour finir, les cinq raisons de ne pas se faire opérer sont toutes soutenues par trois études de niveau I, deux études de niveau II et une étude de niveau III. Les découvertes pertinentes des études sont décrites dans un langage qui prend en compte des difficultés de compréhension littéraires et numériques des données liées à la santé, dans le but de faciliter la transmission des connaissances des cliniciens vers les patients. En pratique courante, les cliniciens n'auront pas besoin de faire usage de tous ces détails pour justifier chaque déclaration. La quantité d'informations partagées variera en fonction du besoin d'apprentissage identifié pour chaque patient [28].

Tableau III. Balance décisionnelle comprenant les déclarations virtuelles de patients choisissant ou déclinant la chirurgie pour leur déchirure de coiffe non traumatique.

	Pas de chirurgie (Kinésithérapie)	Chirurgie (réparation tendineuse)
Avantages (Les raisons en faveur de)	« Ce n'est pas mon bras dominant. » « C'est normal d'avoir mal aux épaules en vieillissant. » « Mon épaule opposée peut avoir une déchirure, ne pas me faire mal et fonctionner normalement. »	« Ma douleur va diminuer plus vite » « Je ne peux pas attendre deux ans pour que le problème s'arrête. » « Les déchirures ont besoin d'être réparées. » « Sans réparation, je ne pourrai pas retrouver une épaule qui fonctionne normalement. » « J'ai eu de très bons résultats pour mon autre épaule dans le passé. Donc ça va réussir pour ma deuxième épaule. » « Ça va empêcher la déchirure de s'agrandir. »
Inconvénients (Les raisons en défaveur de)	« Faire de la rééducation est compliqué à cause de mon travail. » « La kinésithérapie ne va pas réparer ma déchirure. » « La déchirure va s'agrandir. » « Lorsque la déchirure va s'agrandir, ma douleur va empirer. » « Ma douleur va s'empirer avec le temps. » « Mon bras va devenir inutilisable. »	« Je ne suis pas certain de retrouver une épaule normale après la chirurgie. » « Je peux aller mieux sans opération. » « La déchirure peut guérir toute seule. » « Une chirurgie comporte des risques. » « Je ne pourrai pas continuer à m'occuper d'un proche qui a besoin de moi pendant plusieurs semaines après l'opération. » « Il va falloir que je sois arrêté après l'opération. »

Tableau IV. Les raisons en faveur de la kinésithérapie et les données de littérature correspondantes.

Déclaration incluse dans l'APDP et la classification simplifiée associée	Études	Niveau et type d'étude	Données issues des études (dans un langage accessible)
Je préfère faire de la kinésithérapie car c'est normal d'avoir mal aux épaules en vieillissant. Faux	Parsons et al. 2007 [1] Teunis et al. 2014 [6]	Niveau IV, étude transversale (sondage) Niveau III, revue systématique	Les douleurs d'épaule diminuent à partir de 64 ans (critère de résultat principal de l'étude) Les tissus des tendons de l'épaule changent avec l'âge. Savoir si un changement dans les tissus des tendons est nouveau ou est la cause des douleurs est difficile (critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère faire de la kinésithérapie puisque mon épaule opposée peut avoir une déchirure, ne pas me faire mal et fonctionner normalement. Vrai	Yamaguchi et al. 2006 [29]	Niveau IV, étude transversale rétrospective (analyse de dossiers médicaux)	Pour 100 personnes qui ont mal à l'épaule et une déchirure dans un tendon, 35 ont une déchirure dans un tendon de leur épaule opposée non douloureuse (et 21 ont un début de déchirure) (critère de résultat principal de l'étude)

DISCUSSION

L'APDP qui résulte de ce travail (Figs. 1 et 2) est un outil pratique qui regroupe un large éventail d'informations, liées à la fois aux valeurs du patient et aux données de sciences actuelles, afin d'aider les personnes souffrant d'une douleur d'épaule associée à une déchirure non traumatique du CR à décider entre un traitement chirurgical et non-chirurgical.

Les APDP ont démontré leur capacité à favoriser la compréhension des patients concernant les options de traitement et à aider au processus de prise de décision [16].

Malgré la nécessité reconnue de prendre en compte les valeurs et préférences des patients dans les décisions thérapeutiques [35], les pathologies musculosquelettiques souffrent d'un manque d'APDP à jour des dernières données de la science [17].

Pour faciliter la compréhension des patients concernant les options de traitement, cette APDP propose les taux de satisfaction de patients en utilisant à la fois un pictogramme visuel et une description écrite. La satisfaction du patient évalue la capacité de l'option de traitement à rejoindre ses attentes, à influencer son comportement et présente une corrélation avec l'observance, l'utilisation de soins, les poursuites pour faute professionnelle et le pronostic [36]. Les représentations visuelles facilitent la compréhension, le rappel et sont plus rapide à explorer qu'une information chiffrée correspondante [37]. L'ajout de descriptions écrites proposent à la fois des formulations positives et négatives afin d'équilibrer les influences potentielles liées à des informations positives ou négatives [38]. Les coûts, les conditions d'immobilisation, le délai de reprise du travail et la durée de la rééducation varient mais les patients

sont préoccupés par ces questions [14]. Dans un sondage où 63 % des patients souhaitaient discuter des coûts de traitement avec leur docteur, seulement 15 % l'ont fait [39]. Les patients ne se sentent pas à l'aise pour initier cette conversation [40]. Une section visant à briser cette barrière incite les patients à demander cette information afin de faciliter leur implication active pendant la consultation [41,42]. Les déclarations virtuelles sont présentées sous la forme d'une BD, comparant les raisons de choisir ou refuser la kinésithérapie ou la chirurgie. Une BD peut réduire le risque de regret post-décisionnel [43] et constitue un outil approprié pour les cliniciens qui décident d'adopter une posture neutre [44]. Des patients ont mentionné que la BD facilite les interactions et la compréhension pendant le processus de prise de décision [45], qu'elle est facile à lire, facile à utiliser, aidante, et que le temps nécessaire à son utilisation est acceptable [46]. Pour finir, les témoignages de patients influencent les choix de traitement [47], cette donnée justifie l'utilisation de déclarations en lien avec des inquiétudes de patients rapportées précédemment [14].

La construction des déclarations a suivi les recommandations pour les interventions adaptées aux difficultés de compréhension littéraires en santé de McCaffery et al. [48] en combinant des termes clairs, des nombres simples et des techniques visuelles, ainsi que la possibilité pour les professionnels de santé de délivrer l'APDP pendant la consultation. Le format de l'APDP permet aux cliniciens de fournir une copie imprimée aux patients qui peuvent discuter avec toutes les personnes dont l'opinion peut compter comme des membres de leur famille, des amis ou d'autres professionnels de santé. Cette possibilité est fidèle au concept d'implication du patient et de sa famille qui selon Carman et al. peut renforcer le processus de Prise de Décision Partagée [49].

Tableau V. Les raisons en faveur de la chirurgie et les données de littérature correspondantes.

Déclaration incluse dans l'APDP et la classification simplifiée associée	Études	Niveau et type d'étude	Données issues des études (dans un langage accessible)
Je préfère me faire opérer car ma douleur va diminuer plus vite. Faux	Kukkonen et al. 2014 ; Kukkonen et al. 2015 [8,9]	Niveau I, essai contrôlé randomisé	Les personnes qui ont seulement de la rééducation ou une réparation de leur tendon puis de la rééducation auront les mêmes niveaux de douleur 3, 6, 12 et 24 mois après le début du traitement (critère d'évaluation secondaire de l'étude)
Je préfère me faire opérer car je ne peux pas attendre deux ans pour que le problème s'arrête. Faux	Kukkonen et al. 2014 [8]	Niveau I, essai contrôlé randomisé	Les personnes qui ont seulement de la rééducation ou une réparation de leur tendon puis de la rééducation parviendront à utiliser leur épaule de la même manière 3, 6, 12 et 24 mois après le début du traitement (critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère me faire opérer car les déchirures ont besoin d'être réparées. Faux	Carr et al. 2017 [21]	Niveau I, essai contrôlé randomisé	Pour 100 personnes dont le tendon a été réparé, 1 an après la chirurgie : 58 auront un tendon guéri et 42 auront un tendon à nouveau déchiré. Les personnes avec un tendon guéri et celles avec un tendon à nouveau déchiré décrivent des résultats de traitement identiques pour la douleur et le fonctionnement de leur épaule (pas le critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère me faire opérer car sans réparation, je ne pourrai pas retrouver une épaule qui fonctionne normalement. Faux	Collin et al. 2015 [30]	Niveau III, étude de cohorte rétrospective, étude interventionnelle	6 mois après l'opération, il n'existe pas de lien entre l'absence de guérison du tendon et la capacité des personnes à reprendre leur travail ou leurs activités (pas le critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère me faire opérer car ça va empêcher la déchirure de s'agrandir. Vrai	Kukkonen et al. 2015 [9]	Niveau I, essai contrôlé randomisé	En moyenne, 2 ans après le début du traitement, la taille de la déchirure des patients traités par acromioplastie puis kinésithérapie a augmenté de 0,8 mm, 2,6 mm pour les patients traités par kinésithérapie seule, et la taille de la déchirure pour les patients traités par acromioplastie, réparation chirurgicale puis kinésithérapie a diminué de 4,2 mm (pas le critère de résultat principal de l'étude)

Tableau VI. Les raisons en défaveur de la kinésithérapie et les données de littérature correspondantes.

Déclaration incluse dans l'APDP et la classification simplifiée associée	Études	Niveau et type d'étude	Données issues des études (dans un langage accessible)
Je préfère ne pas faire de kinésithérapie car la kinésithérapie ne réparera pas ma déchirure. Vrai	Maman et al. 2009 [31]	Niveau IV, étude de cohorte rétrospective, étude pronostic	Dans un groupe de 100 personnes ayant une déchirure qui n'a pas été créée par un traumatisme, la taille de la déchirure va diminuer de 5 mm ou plus pour 3 personnes et la taille de la déchirure ne va pas diminuer de 5 mm ou plus pour 97 personnes (critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère ne pas faire de kinésithérapie car la déchirure va s'agrandir. Vrai pour certains	Yamamoto et al. 2017 [32]	Niveau III, étude cas-témoin	Après 19 mois, la taille de la déchirure aura diminué pour 47 patients sur 100, peu importe leur âge ou le niveau d'utilisation de leur épaule. L'augmentation de la taille d'une déchirure n'est pas plus fréquente chez les patients plus âgés, ni pour les patients qui utilisent plus leur épaule (critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère ne pas faire de kinésithérapie car lorsque la déchirure va s'agrandir, ma douleur va empirer. Faux	Yamamoto et al. 2017 [32]	Niveau III, étude cas témoin	Chez 100 personnes pour qui la taille de leur déchirure avait diminué, 23 avaient une douleur plus forte, tandis que pour 100 personnes pour qui la taille de la déchirure n'avait pas augmenté, 20 avaient une douleur plus forte. L'augmentation de la taille de la déchirure et l'augmentation de la douleur ne sont pas liées (pas le critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère ne pas faire de kinésithérapie car ma douleur va s'empirer avec le temps. Faux	Kijima et al. 2012 [33]	Niveau II, étude de cohorte prospective de faible qualité, étude pronostic	Après 13 ans de traitement conservateur (pas d'opération), sur 100 personnes, 88 n'ont pas de douleur ou une douleur légère (critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère ne pas faire de kinésithérapie car mon bras va devenir inutilisable. Faux	Kijima et al. 2012 [33]	Niveau II, étude de cohorte prospective de faible qualité, étude pronostic	Après 13 ans de traitement conservateur (pas d'opération), sur 100 personnes, 72 personnes vivent leur vie normalement (critère de résultat principal de l'étude)

Selon les standards de l'IPDAS, la conception de cette APDP comporte quelques limitations et pourrait être améliorée. Tout d'abord, les données qualitatives utilisées pour concevoir les déclarations n'ont pas été collectées spécifiquement pour le design de cette APDP. Plus de déclarations auraient pu émerger d'une étude dédiée. Malgré tout, les inquiétudes rapportées par les patients à propos des options de traitement dans l'étude qualitative de Minns et al. [14], correspondent aux besoins de l'APDP. Toutefois, seules les données disponibles dans l'article publié ont été utilisées, pas les données brutes de l'étude. Aucune étude qualitative pour explorer les opinions des cliniciens n'a été conduite. Les cliniciens impliqués dans la conception de cette APDP sont tous des kinésithérapeutes. Par conséquent, des biais d'interprétation et de sélection ont pu se produire. La future phase de test alpha de l'APDP peut potentiellement inclure les opinions de chirurgiens ou d'autres professionnels de santé [18]. Elwyn et al. [50] ont constaté qu'une des barrières à l'utilisation clinique peut être le désaccord des cliniciens avec le contenu de l'APDP. Cette donnée confirme la nécessité d'explorer l'avis d'un échantillon plus vaste de cliniciens avant de tester l'outil formellement en pratique clinique. Dans son format actuel, l'APDP priorise les informations basées sur les patients. Cette particularité peut potentiellement augmenter la probabilité que les décisions soient influencées par les valeurs des patients et que l'outil favorise une pratique centrée sur le patient [51]. Pour terminer, la quantité importante d'informations apportées par l'APDP peut potentiellement provoquer une surcharge cognitive, perturber les patients et provoquer leurs désengagement du processus de prise de décision [52]. Cette question doit être évaluée auprès des patients. Dans un souci de ne pas ajouter d'informations supplémentaires, l'APDP ne propose pas d'explication sur comment une épaule peut être non douloureuse et fonctionner normalement en présence d'une déchirure. Si les patients ne parviennent pas à le comprendre, ils sont peut-être bloqués dans leur cycle d'apprentissage au stade de la conceptualisation [28], et risquent de ne pas pouvoir assimiler les informations contenues dans l'APDP. Il incombera aux cliniciens d'aborder cette question et d'utiliser des compétences éducatives appropriées pour faciliter la compréhension de leurs patients.

Une évaluation future de cet outil en pratique par des patients et des cliniciens permettra d'établir ses niveaux de compréhensibilité, acceptabilité, applicabilité et d'utilité [18].

L'implémentation de l'APDP pendant la consultation nécessite une maîtrise de compétences en communication de la part des cliniciens permettant d'estimer les besoins d'apprentissage, et de faciliter et d'évaluer l'apprentissage effectif [28]. Weymiller et al. [53] ont constaté que les bénéfices des APDP sont plus importants lorsqu'ils sont utilisés pendant une séance avec une meilleure précision dans la perception des risques par les patients et une amélioration du processus de Prise de Décision Partagée. Le modèle des « trois-discussions » offre une structure à la consultation, aidant les cliniciens à utiliser le processus de Prise de Décision Partagée pour faciliter la compréhension des données actuelles de la science par les patients et pour les aider à construire des préférences informées [22,54]. Les compétences en entretien motivationnel favorisent une approche collaborative en permettant aux cliniciens de construire l'alliance thérapeutique et à accompagner les patients en évitant le paternalisme [13]. Les cliniciens qui utilisent la Prise de Décision Partagée vont adopter une position de neutralité afin de ne pas influencer le choix des patients vers une option [44]. Pour les douleurs d'épaules associées à une déchirure non traumatique de la CR, la kinésithérapie et la réparation chirurgicale ont montré des résultats similaires et satisfaisants [9]. Les attentes des patients sont corrélées aux résultats de traitement autant pour la rééducation des douleurs d'épaules [55] que pour la réparation de la CR [11]. Par conséquent, la prise en compte et le travail sur les croyances des patients font partie du traitement. L'APDP proposé offre aux patients des informations fondées sur des données scientifiques en lien avec des inquiétudes habituelles, afin de leur donner le pouvoir de prendre une décision plus en accord avec leurs valeurs qu'avec leurs croyances initiales [22].

Tableau VII. Les raisons en défaveur de la chirurgie et les données de littérature correspondantes.

Déclaration incluse dans l'APDP et la classification simplifiée associée	Études	Niveau et type d'étude	Données issues des études (dans un langage accessible)
Je préfère ne pas me faire opérer car je ne suis pas certain de retrouver une épaule normale après la chirurgie. Vrai	Collin et al. 2015 [30]	Niveau III, étude de cohorte rétrospective, étude interventionnelle	6 mois après leur opération, dans un groupe de 100 patients, 20 patients n'auront pas repris leur travail ou leurs activités habituelles, et 80 auront repris leur travail ou leurs activités habituelles (critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère ne pas me faire opérer car je peux aller mieux sans opération. Vrai	Dunn et al. 2016 [10]	Niveau I, étude de cohorte prospective ; étude pronostic	Dans une étude où des patients qui n'arrivaient pas à aller mieux se faisaient opérer, à 1 an, pour 100 personnes ayant d'abord suivi un programme de rééducation, 80 se sont améliorés et ont décidé de ne pas se faire opérer, et 20 ne se sont pas suffisamment améliorés et ont décidé de se faire opérer. Cette décision fut prise après environ 4 mois de rééducation (critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère ne pas me faire opérer car une chirurgie comporte des risques. Vrai	Carr et al. 2017 [21]	Niveau I, essai contrôlé randomisé	Pour 1000 personnes qui se font opérer, 7 auront un problème infectieux et 15 auront besoin de se faire réopérer (pas le critère de résultat principal de l'étude) D'autres complications plus rares existent (voir Parada et al. 2015 pour une liste plus exhaustive)
Je préfère ne pas me faire opérer car je ne pourrai pas continuer à m'occuper d'un proche qui a besoin de moi pendant plusieurs semaines après l'opération. Vrai	Littlewood et al. 2015 [27] Kukkonen et al. 2014 [8]	Niveau II, revue systématique Niveau I, essai contrôlé randomisé	Certains chirurgiens vont autoriser leurs patients à bouger leur bras rapidement après l'opération, d'autres vont leur imposer de l'immobiliser pendant 6 voire 8 semaines (pas le critère de résultat principal de l'étude) Parfois des patients doivent attendre 15 semaines après l'opération avant de pouvoir débuter des exercices pour récupérer leur force (pas le critère de résultat principal de l'étude)
Je préfère ne pas me faire opérer car il va falloir que je sois arrêté après l'opération. Vrai	Littlewood et al. 2015 [27]	Niveau II, revue systématique	Certains chirurgiens vont autoriser leurs patients à bouger leur bras rapidement après l'opération, d'autres vont leur imposer de l'immobiliser pendant 6 voire 8 semaines (pas le critère de résultat principal de l'étude)

CONCLUSION

La Prise de Décision Partagée est un concept central dans la santé moderne et les APDP ont démontré leur capacité à aider les patients à comprendre les options de traitement et à faire émerger leurs préférences personnelles.

Cependant, les APDP pour les pathologies musculosquelettiques manquent. Cette APDP est conçu pour des patients souffrant de l'épaule et présentant une déchirure non traumatique de la CR. Il offre une synthèse des données scientifiques actuelles sur le sujet à la fois aux cliniciens et aux patients. Il reflète également des inquiétudes courantes de patients au moment de choisir entre un traitement conservateur et un traitement chirurgical pour une douleur d'épaule associée à une déchirure non traumatique de la CR. L'APDP offre aux cliniciens un outil fondé sur les preuves pour aider le processus de prise de décision des patients et s'assurer que ces derniers bénéficient des connaissances appropriées pour transformer leurs croyances initiales en préférences informées. L'utilisation de cette APDP comme élément clé du processus de prise de décision partagée a le potentiel d'augmenter la probabilité de choisir des options de traitement en accord avec les valeurs des patients et de diminuer le risque de regret post-décisionnel.

Remerciements

Ce travail a été effectué pour remplir en partie les exigences requises pour l'obtention d'un Master en Sciences de Physiothérapie et d'Éducation à l'Université de Brighton. Les auteurs souhaitent remercier le professeur Tamar Pincus et le Docteur Jon Wright pour leur soutien.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur principal, Guillaume Deville, dispense des cours de formation continue dont un des thèmes est la prise de décision partagée.

ANNEXE 1. MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.013>.

RÉFÉRENCES

- [1] Parsons S, Breen A, Foster NE, Letley L, Pincus T, Vogel S, et al. Prevalence and comparative troublesomeness by age of musculo-skeletal pain in different body locations. *Fam Pract* 2007;24:308–16.
- [2] Greving K, Dorrestijn O, Winters JC, Groenhof F, Van Der Meer K, Stevens M, et al. Incidence, prevalence, and consultation rates of shoul-der complaints in general practice. *Scand J Rheumatol* 2012;41:150–5.
- [3] Tekavec E, Jöud A, Rittner R, Mikoczy Z, Nordander C, Petersson IF, et al. Population-based consultation patterns in patients with shoulder pain diagnoses. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:1.
- [4] Yamamoto A, Takagishi K, Osawa T, Yanagawa T, Nakajima D, Shitara H, et al. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. *J Shoulder Elbow Surg* 2010;19:116–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jse.2009.04.006>.

- [5] Yamamoto A, Takagishi K, Kobayashi T, Shitara H, Osawa T. Factors involved in the presence of symptoms associated with rotator cuff tears: A comparison of asymptomatic and symptomatic rotator cuff tears in the general population. *J Shoulder Elbow Surg* 2011;20:1133–7. Disponible sur : www.elsevier.com/locate/ymse [consulté le 13 fév 2018]
- [6] Teunis T, Lubberts B, Reilly BT, Ring D. A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age. *J Shoulder Elbow Surg* 2014; 23: 1913–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jse.2014.08.001>.
- [7] Lewis J. Masterclass Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties. *Man Ther* 2016;23:57–68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2016.03.009>.
- [8] Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EKJ, Kauko T, et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *Bone Joint J* 2014;96 B:75–81.
- [9] Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EKJ, Kauko T, et al. Treatment of Nontraumatic Rotator Cuff Tears: A Randomized Controlled Trial with Two Years of Clinical and Imaging Follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2015;97:1729–37.
- [10] Dunn WR, Kuhn JE, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, et al. 2013 Neer Award: predictors of failure of nonoperative treatment of chronic, symptomatic, full-thickness rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Surg* 2016;25:1303–11. Disponible sur : https://ac.els-cdn.com/S1058274616301197/1-s2.0-S1058274616301197-main.pdf?_tid=be1c13ec-13af-11e8-a85c-00000aabb0f01&acdnat=1518850805_62ecfa8f06747e4df08d1b6dc7c6a0f6.
- [11] Henn RF, Kang L, Tashjian RZ, Green A. Patients' preoperative expectations predict the outcome of rotator cuff repair. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:1913–9. Disponible sur : <http://jbjs.org/cgi/doi/10.2106/JBJS.F.00358>.
- [12] Oh JH, Yoon JP, Kim JY, Kim SH. Effect of expectations and concerns in rotator cuff disorders and correlations with preoperative patient characteristics. *J Shoulder Elbow Surg* 2012;21:715–21. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2011.10.017>.
- [13] Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : helping people change [Internet]. Guilford Press; 2013. 482 p. Disponible sur : <https://www.guilford.com/books/Motivational-Interviewing/Miller-Rollnick/9781609182274> [consulté le 6 mai 2018].
- [14] Minns Lowe CJ, Moser J, Barker KL. Why participants in The United Kingdom Rotator Cuff Tear (UKUFF) trial did not remain in their allocated treatment arm: A Qualitative Study. *Physiotherapy* 2018;104:224–31. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.09.002>.
- [15] Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 2010;341:c5146. Disponible sur : <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c5146>.
- [16] Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12;(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>.
- [17] Tousignant-Lafamme Y, Christopher S, Clewley D, Ledbetter L, Cook CJ, Cook CE. Does shared decision making results in better health related outcomes for individuals with painful musculoskeletal disorders? A systematic review. *J Man Manip Ther* 2017;25:144–50. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10669817.2017.1323607>.
- [18] Coulter A, Stilwell D, Kryworuchko J, Mullen PD, Ng CJ, van der Weijden T. A systematic development process for patient decision aids. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13:S2. Disponible sur : <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-S2-S2>.
- [19] Wright JG, Swiontkowski MF, Heckman JD. Introducing levels of evidence to the journal. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85:1–3. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12533564>.
- [20] Lambers Heerspink FO, van Raay JJAM, Koorevaar RCT, van Eerden PJM, Westerbeek RE, van 't Riet E, et al. Compartmental surgical repair with conservative treatment for degenerative rotator cuff tears: a randomized controlled trial. *J Shoulder Elb Surg* 2015;24:1274–81. Disponible sur : https://ac.els-cdn.com/S1058274615002852/1-s2.0-S1058274615002852-main.pdf?_tid=fca423e8-13af-11e8-9a6f-00000aabb35f&acd-nat=1518850910_8a281dfdd98804e7001d29d9efb8dfc9.
- [21] Carr A, Cooper C, Campbell MK, Rees J, Moser J, Beard DJ, et al. Effectiveness of open and arthroscopic rotator cuff repair (UKUFF). *Bone Joint J* 2017;99-B:107–15. Disponible sur : <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/lookup/doi/10.1302/0301-620X.99B1.BJJ-2016-0424.R1>.
- [22] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27:1361–7.
- [23] Ryölä A, Laimi K, Äärämaa V, Lehtimäki K, Kukkonen J, Saltychev M. Surgery or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. *Disabil Rehabil* 2017;39:1357–63.
- [24] Familiari F, Gonzalez-Zapata A, Iannò B, Galasso O, Gasparini G, McFarland EG. Is acromioplasty necessary in the setting of full-thickness rotator cuff tears? A systematic review. *J Orthop Traumatol* 2015;16:167–74.
- [25] Song L, Miao L, Zhang P, Wang W-L. Does concomitant acromioplasty facilitate arthroscopic repair of full-thickness rotator cuff tears? A meta-analysis with trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Springerplus* 2016;5:685. Disponible sur : <http://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-016-2311-5>.
- [26] Collins SE, Carey KB, Otto JM. A new decisional balance measure of motivation to change among at-risk college drinkers. *Psychol Addict Behav* 2009;23:464–71. Disponible sur : <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0015841>.
- [27] Littlewood C, Bateman M, Clark D, Selfe J, Watkinson D, Walton M, et al. Rehabilitation following rotator cuff repair: a systematic review. *Shoulder Elbow* 2015;7:115–24. Disponible sur : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1758573214567702>.
- [28] Cross V. The practice-based educator : a reflective tool for CPD and accreditation [Internet]. Wiley; 2006. 246 p. Disponible sur : <https://www.wiley.com/en-us/The+Practice+Based+Educator%3A+A+Reflective+Tool+for+CPD+and+Accreditation-p-9781861564221> [consulté le 30 jan 2018].
- [29] Yamaguchi K, Ditsios K, Middleton WD, Hildebolt CF, Galatz LM, Teefey SA. The Demographic and Morphological Features of Rotator Cuff Disease. A

- Comparison of Asymptomatic and Symptomatic Shoulders. *J Bone Jt Surg Am* 2006;88:1699–704. Disponible sur : <http://www.ejbs.org/cgi/content/abstract/88/8/1699>.
- [30] Collin P, Abdullah A, Kherad O, Gain S, Denard PJ, Lädemann A. Prospective evaluation of clinical and radiologic factors predicting return to activity within 6 months after arthroscopic rotator cuff repair. *J Shoulder Elbow Surg* 2015;24:439–45.
- [31] Maman E, Harris C, White L, Tomlinson G, Shashank M, Boynton E. Outcome of Nonoperative Treatment of Symptomatic Rotator Cuff Tears Monitored by Magnetic Resonance Imaging. *J Bone Joint Surgery Am* 2009;91:1898–906. Disponible sur : <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landing-page&an=00004623-200908000-00009>.
- [32] Yamamoto N, Mineta M, Kawakami J, Sano H, Itoi E. Risk Factors for Tear Progression in Symptomatic Rotator Cuff Tears: A Prospective Study of 174 Shoulders. *Am J Sports Med* 2017;45:2524–31.
- [33] Kijima H, Minagawa H, Nishi T, Kikuchi K, Shimada Y. Long-term follow-up of cases of rotator cuff tear treated conservatively. *J Shoulder Elbow Surg* 2012;21:491–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jse.2011.10.012>.
- [34] Parada SA, Dilisio MF, Kennedy CD. Management of complications after rotator cuff surgery. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2015;8:40–52.
- [35] Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet* 2017;390:415–23. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616315926>.
- [36] Xesfi ngi S, Vozikis A. Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Serv Res* 2016;16:1–7. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>.
- [37] Garcia-Retamero R, Hoffrage U. Visual representation of statistical information improves diagnostic inferences in doctors and their patients. *Soc Sci Med* 2013;83:27–33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.034>.
- [38] Paling J. Strategies to help patients understand risks. *BMJ* 2003;327:745.
- [39] Alexander GC, Casalino LP, Meltzer DO. Patient-physician communication about out-of-pocket costs. *JAMA* 2003;290:953–8. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12928475>.
- [40] Alexander GC, Casalino LP, Tseng C-W, McFadden D, Meltzer DO. Barriers to patient-physician communication about out-of-pocket costs. *J Gen Intern Med* 2004;19:856–60. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15242471>.
- [41] Fleissig A, Glasser B, Lloyd M. Encouraging out-patients to make the most of their first hospital appointment: to what extent can a written prompt help patients get the information they want? *Patient Educ Couns* 1999;38:69–79.
- [42] Hamann J, Maris N, Iosifidou P, Mendel R, Cohen R, Wolf P, et al. Effects of a question prompt sheet on active patient behaviour: A randomized controlled trial with depressed outpatients. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60:227–35.
- [43] Zeelenberg M. Anticipated regret, expected feedback and behavioural decision-making. *J Behav Decision making* 1999;106:93–106.
- [44] Miller WR, Rose GS. Motivational interviewing and decisional balance: Contrasting responses to client ambivalence. *Behav Cogn Psychother* 2015;43:129–41.
- [45] Jones RA, Steeves R, Ropka ME, Hollen P. Capturing treatment decision making among patients with solid tumors and their care-givers. *Oncol Nurs Forum* 2013;40:E24–31. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23269778>.
- [46] Hollen PJ, Gralla RJ, Jones RA, Thomas CY, Brenin DR, Weiss GR, et al. A theory-based decision aid for patients with cancer: results of feasibility and acceptability testing of DecisionKEYS for cancer. *Support Care Cancer* 2013;21:889–99. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23052911>.
- [47] Trevena LJ, Zikmund-Fisher BJ, Edwards A, Gaissmaier W, Galesic M, Han PK, et al. Presenting quantitative information about decision outcomes: a risk communication primer for patient decision aid developers. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13:S7. Disponible sur : <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-S2-S7>.
- [48] McCaffery KJ, Holmes-Rovner M, Smith SK, Rovner D, Nutbeam D, Clayman ML, et al. Addressing health literacy in patient decision aids. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13:S10. Disponible sur : <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-S2-S10>.
- [49] Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)* 2013;32:223–31. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381514>.
- [50] Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Edwards AGK, Clay C, et al. ‘Many miles to go ...’: a systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13:S14. Disponible sur : <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-S2-S14>.
- [51] Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making — The Pin-nacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med* 2012;366:780–1. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp1109283>.
- [52] Peters E, Dieckmann N, Dixon A, Hibbard JH, Mertz CK. Less is more in presenting to consumers. *Med Care Res Rev* 2007;64:169–90.
- [53] Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, Gafni A, Guyatt GH, Bryant SC, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions. *Arch Intern Med* 2007;167:1076. Disponible sur : <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.167.10.1076>.
- [54] Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ* 2017;359:1–7.
- [55] Chester R, Jerosch-herold C, Lewis J, Shephstone L. Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: A Multicentre Longitudinal Cohort Study. *Br J Sports Med* 2018;52:269–75.

+ Par Xavier Dufour, directeur ITMP

Se former à distance Bonne ou mauvaise idée ?

La période de confinement est difficile pour nous tous, les kinésithérapeutes. Les salariés sont sur le front du COVID 19 dans les hôpitaux de France et de Navarre, les libéraux sont obligés de fermer leurs cabinets et de voir leurs revenus limités à presque zéro, contrairement à leurs charges.

Les formateurs et organismes de formation sont tout aussi contraints et de nouvelles formes émergent.

Mais sont-elles adaptées à la kinésithérapie ?



Avec le confinement, interdit de se réunir, interdit de se toucher, est-il interdit de se former ? La réponse est non, vous pouvez le faire à distance, mais est-ce réellement possible ? Est-ce réellement efficace pour tout ? Sommes-nous plus libres ?

Depuis 2012, au sein d'ITMP, nous avons mis en place des processus d'apprentissage digitaux s'appuyant sur les nouvelles technologies (encore appelées NTIC ; nouvelles technologies de l'information et la communication) qui s'appuient sur différentes modalités ayant chacune des intérêts et des limites :

- La visioconférence
- Le e-learning
- Le blended-learning

Quand on sait que notre ADN c'est la pratique, cela paraît compliqué de concilier les deux.

Le e-learning

Voyons les différences entre ces différents moyens qui répondent à l'éloignement de cette période ou à l'éloignement géographique de certaines régions :

Le e-learning est un dispositif d'apprentissage qui est réalisé à distance et en ligne, à partir de l'outil informatique (ordinateur, tablette, smartphone et d'une connexion internet). Il consiste à mettre à disposition d'un apprenant ou d'un groupe d'apprenants des modules qui délivrent un contenu pédagogique à travers une plateforme et qui incluent différentes interactions comme des jeux, des QCM, des vidéos, des documents et des quiz.

Ce dispositif présente l'avantage de la liberté pour apprendre à son rythme, quand on veut (et peut). L'organisme a accès à un tracking (suivi), peut réaliser des évaluations et suivre la progression de l'étudiant. Cependant il reste difficile d'évaluer la réalité de l'apprentissage pratique, montrer les techniques ne garantit pas l'acquisition de ces dernières.

Nous avons mis en place deux parcours, un sur la technique des levées de tension s'appuyant sur 20 ans d'expérience en présentiel et un cursus complet en périnéologie.

Alors est-il possible de trouver une alternative ?



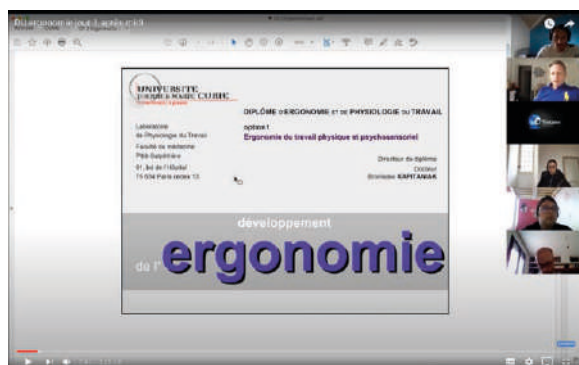


Le blended-learning

Oui avec le blended-learning, un mélange de e-learning et de présentiel. C'est que nous avons mis en place pour la Kiné du Sport et le DU (diplôme universitaire) en ergonomie. Le e-learning permet l'apprentissage de la théorie et de montrer la pratique au rythme de l'étudiant avant de se réunir pour les réalisations pratiques, les TP, les examens. Probablement réunir le meilleur des deux mondes le gain de temps et la liberté du e-learning. La qualité de l'échange, l'interaction, la sensibilité et la palpation possibles en présentiel.

Pour la kiné du sport, le programme est de 21 jours, 9 en e-learning et 12 jours répartis en 4 séminaires de 3 jours.

Pour le DU d'ergonomie, les 20 jours de formations se répartissent en 12 jours de e-learning et quatre séminaires de 2 jours pour appréhender les finesses nécessaires à l'expertise en ergonomie.



Avec le confinement, pas de rassemblement alors comment faire ?

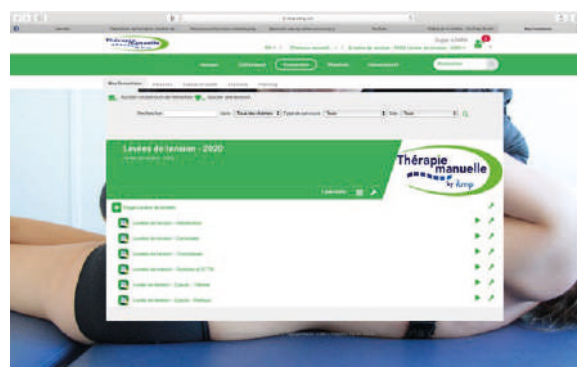
La visioconférence

Les solutions ne manquent pas pour communiquer à distance (skype, teams, zoom, whatsapp, facetime...) et ce sera probablement un effet positif lié à cette crise. Il est possible et facile de partager son écran, ses données, ses fichiers, ses images, ses vidéos et même sa caméra. Cette solution permet les échanges en direct et peut même exister à l'intérieur d'une plateforme e-learning comme Talentsoft. Est-ce la solution ultime ? Non, car les personnes doivent être présentes à l'horaire défini, des règles de bon fonctionnement doivent être établies (couper son micro, respecter les autres...) même si elles paraissent évidentes cela correspond à de nouveaux usages. Pour l'apprentissage en kinésithérapie, il est difficile de réaliser une démonstration pratique avec un sujet qui soit cadrée et visible à l'écran. Il est possible de passer une vidéo mais est-ce mieux qu'en e-learning,

pas vraiment ! Le stagiaire n'est pas plus en capacité de montrer une technique correctement.

Par contre, pour de l'apprentissage théorique et de l'interaction cela reste assez efficace. Cette solution alternative permet de poursuivre l'enseignement présentiel, à distance en ergonomie.

Les nouvelles technologies et les nouveaux moyens de communication permettent d'apporter des solutions alternatives en ces temps troublés pour la kinésithérapie et pour l'enseignement. Chaque modalité présente des avantages et des limites dont la principale reste l'apprentissage de la gestuelle.



A l'heure où notre formation initiale s'est orientée vers l'université et le savoir, la formation continue se doit de garantir un haut niveau de pratique que ces technologies ne garantissent pas sans une volonté forte de l'étudiant. ITMP a choisi d'utiliser ces technologies, mais poursuit ses enseignements reposant sur une pratique forte.

+ Par Pascal TURBIL



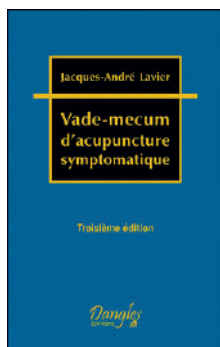
CES RONDEURS QUI NOUS HABITENT

Le dernier ouvrage du Dr Laurence Plumey offre un regard inédit et sans tabou sur le gras, à travers 320 pages documentées et illustrées. Avec humour et pédagogie, elle dévoile les dernières avancées scientifiques en la matière. L'occasion de découvrir Robert, cellule graisseuse avec laquelle elle a imaginé un dialogue pour répondre aux questions que tout le

monde se pose sur ce thème : quel est ce gras ? Pourquoi vit-il en nous ? Comment apparaît-il ? À quoi sert-il ? À quel moment en a-t-on trop ? Comment le perdre sans s'abîmer la santé ? etc. La nutritionniste apprend aux lecteurs à mieux connaître la graisse et propose son expertise pour trouver les meilleures solutions selon chacun, avec ou sans régime.

Le Dr Laurence Plumey est médecin nutritionniste. Elle exerce en milieu hospitalier dans son domaine d'expertise favori : la lutte contre le surpoids et l'obésité. Elle enseigne également à l'École de Diététique de Paris et a créé sa propre École de Nutrition (EPM Nutrition).

« *Le Monde merveilleux du Gras* » par le Dr Laurence Plumey, Éditions Eyrolles, 20 €.



ATTENTION ÇA PIQUE

Jacques-André Lavier (1922-1987) s'est distingué en France dès le début des années 1960 par ses nombreuses publications sur l'acupuncture et par ses traductions des grands classiques de la littérature médicale chinoise — notamment le Nei Jing Su Wen. L'auteur a en effet eu le rare privilège d'accéder aux sources de l'acupuncture originelle grâce à son maître le professeur Wu Wei-Ping de Taïwan avant qu'une « médecine traditionnelle chinoise » standardisée

ne commence à s'exporter abondamment en Occident. Animé par la nécessité du retour aux sources et porté par son immense érudition, Jacques-André Lavier allie à travers son travail la pleine compréhension des idéogrammes d'un paléographe sinologue à l'efficacité clinique d'un praticien aguerri. Par l'authenticité de sa démarche, Jacques-André Lavier renoue avec l'esprit de Matteo Ricci et des jésuites du XVII^e siècle qui découvraient humblement la culture traditionnelle chinoise et ses multiples champs d'application. Les acupuncteurs confirmés, tout comme les acupuncteurs en apprentissage, pourront à travers l'utilisation du Vade-mecum approfondir leur formation en mettant en regard l'approche traditionnelle remise à jour par l'auteur et les approches académiques de l'acupuncture actuellement enseignées dans les instituts de médecine chinoise. Le Vade-mecum d'acupuncture symptomatique est un véritable manuel pratique qui contient l'essentiel des informations dont peut avoir besoin un acupuncteur pour exercer l'art des « aiguilles et cautérisations ». Il s'agit bien, comme son nom l'indique, d'un ouvrage à emporter partout avec soi !

« *Vade-mecum d'acupuncture symptomatique* » par Jacques-André Lavier, éditions Dangles, 28 €



LE SPORT AU TRAVAIL

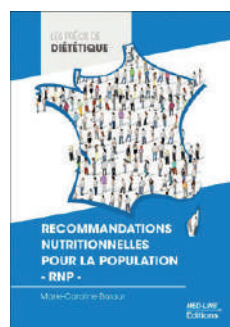
Les questions autour du sport au travail restent nombreuses : Le sport, un outil au service du bien-être au travail ? De la qualité de vie des salariés au travail ? Un vecteur de productivité ? Un outil efficace de management des équipes ? Un bon support de mobilisation et de cohésion des collaborateurs ? Un moyen pertinent pour une entreprise d'améliorer son image ? À l'initiative de Julien Pierre et Lilian Pichot, chercheurs de l'unité

de recherche « Sport et sciences sociales » de l'Université de Strasbourg, ce livre rassemble 14 contributions qui s'appuient sur trois approches scientifiques complémentaires.

- Une approche historique qui permet notamment de découvrir et d'interroger les finalités communes entre les usages d'antan (dès le milieu du XIX^e siècle) et les offres contemporaines proposées.
- Une approche sociologique qui dresse, entre autres choses, un panorama des différents jeux et enjeux (politiques, sociaux, économiques...) liés à l'introduction d'activités physiques et sportives au cœur de l'espace-temps de travail ;
- Une approche gestionnaire qui interroge l'efficacité des dispositifs de gestion par l'entremise du sport notamment dans ses usages les plus modernes comme les pratiques gamifiées par exemple.

« *Le Sport au travail* », par Julien Pierre et Lilian Pichot, éditions Octares, 25,50 €.

NOUVEAUX REPÈRES ALIMENTAIRES



Les nouvelles recommandations nutritionnelles pour la population ont été récemment rendues publiques. L'évolution des données scientifiques au cours des dix dernières années a rendu nécessaire une révision de ces repères de consommation alimentaire, avec à la clé de nouveaux objectifs de santé publique en nutrition. Cet ouvrage synthétise ces recommandations nutritionnelles pour la population.

La première partie présente un rappel pour chaque nutriment :

structure, fonctions, devenir digestif, sources ; les dernières recommandations de l'Anses ainsi que les études les plus pertinentes. La deuxième partie est consacrée aux recommandations par population. Ce livre clair et synthétique intéressera tous les diététiciens, les nutritionnistes, les étudiants, les généralistes ainsi que tout professionnel de santé.

Marie-Caroline Baraut est diététicienne nutritionniste. Ancienne hospitalière, elle débute à l'Education nationale en 2007 comme enseignante en BTS Diététique. Passionnée par la transmission de savoirs, elle crée en 2013 le premier site de cours en ligne www.cours-bts-dietetique.fr. Classes virtuelles, e-learning et forums permettent aux étudiants de s'entraîner et de s'entraider pour préparer leur examen. Elle a publié plusieurs Précis de diététique : « 21 jours - 21 rations » (mis à jour en 2019), « Le GEM-RCN, les recommandations et outils » (2016), « Les régimes courants en diététique thérapeutique » (2017), « Lait et produits laitiers, votre aide-mémoire indispensable » (2019).

Recommandations nutritionnelles pour la population, par Marie-Caroline Baraut, Med-Line éditions, 23,90 €

Réeduca

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



NOUVELLE FORMATION E-LEARNING
*Formez vous en périnéologie à votre rythme
en ligne ou en présentiel*



***Ouverture des inscriptions pour la
rentrée 2020 :***

*Paris
Province
DomTom*

Retrouvez toutes nos formations en ligne
itmp.fr