



Magazine trimestriel gratuit d'information





La source de votre inspiration Kinésithérapie - Paramédical - Forme et Bien-être



1ère Onde de Choc portable









Banque Populaire a conçu des forfaits pour vos terminaux de paiement électroniques, adaptés à vos besoins. Une solution simple et économique pour que vous puissiez consacrer plus de temps à vos patients. Prenez rendez-vous avec un chargé de clientèle Banque Populaire.

BANQUE & ASSURANCE www.banquepopulaire.fr

LA BANQUE

QUI DONNE ENVIE D'AGIR

Capatal de 467 226 960 € - Sage social : 50, avenue Pierre-Mendes-France - 7520 Faris Cedex 13 - RCS Paris in \*493 455 042 - Rdd: :0972011 - Illiansasons : Southo Mas



Ne soyez plus coincé dans votre pratique

#### Rééduca Lyon

PAGE 76

Salon Rééduca Lyon 30-31 mars 2012 Les Kinés se sont taillé la part du « Lyon »



Rencon

**Mission** Monde Lady C de réha



#### **Hommage**

PAGE 73

#### André Petit

Tu entres dans la légende Par Serge RESTLE-CLAUZEL



## Rappor

définiss de lutte



#### **Enquête**

PAGE 46

Les adolescents ont-ils encore besoin de modèles pour se construire et devenir adultes?

Qui sont les adolescents d'aujourd'hui? Quels rôles les adultes ont-ils à jouer auprès des jeunes ? Comment ados et adultes peuvent-ils communiquer?



#### **Pratique**

Recomma sont-elles

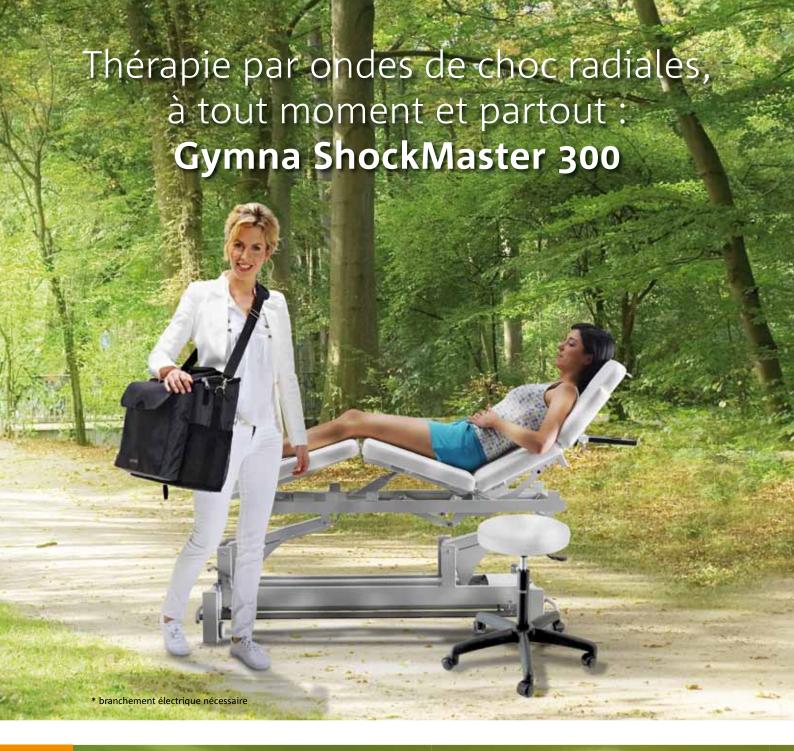


www.gymna.com

#### Santé

PAGE 70

La course pour la vie : Infarctus du myocarde, les professionnels de santé sont inquiets.





• design magnifique, avec écran tactile couleur

#### **NOUVEAU:** SAC DE TRANSPORT PRATIQUE

• développé sur mesure pour le Gymna ShockMaster 300

Venez découvrir tous les avantages : visitez www.gymna-france.com









Magazine trimestriel gratuit d'information





## La source de votre inspiration

Kinésithérapie - Paramédical - Forme et Bien-être

#### Rééduca Lyon

PAGE 76

Salon Rééduca Lyon 30-31 mars 2012 Les Kinés se sont taillé la part du « Lyon »



#### Rencontres PAGE 10

Mission Kinés du Monde auprès de Lady Cox, centre de réhabilitation



#### Rencontre

PAGE 58

#### Obésité abdominale mesure médicale...

Rencontre avec Françoise Cardon, kinésithérapeute spécialisée dans les suites de chirurgie plastique reconstructrice et en drainage lymphatique.

Elle découvre Redustim fin 2010 qu'elle utilise désormais tous les jours au sein de son cabinet de kinésithérapie situé dans le 16e arrondissement de Paris.



#### **Hommage**

PAGE 73

#### André Petit

Tu entres dans la légende Par Serge RESTLE-CLAUZEL



#### **Enquête**

PAGE 46

Les adolescents ont-ils encore besoin de modèles pour se construire et devenir adultes?

Qui sont les adolescents d'aujourd'hui? Quels rôles les adultes ont-ils à jouer auprès des jeunes? Comment ados et adultes peuvent-ils communiquer?

#### Santé

PAGE 70

La course pour la vie : Infarctus du myocarde, les professionnels de santé sont inquiets.

#### **Rapport**

PAGE 50

#### définissons une approche unifiée de lutte contre l'insécurité alimentaire



Le rapport de scientifiques internationaux propose une feuille de route pour guider l'action des dirigeants mondiaux en faveur de la création d'un système alimentaire durable.

Près d'un milliard de personnes sont sousalimentées dans le monde, alors que des millions d'autres sont atteintes de maladies chroniques dues à une consommation alimentaire excessive.

#### **Pratique**

PAGE 22

Recommandations pour le traitement de l'arthrose du genou : sont-elles applicables?

## 48° MONDIAL RÉÉDUCATION

# 12.13.14

octobre 2012 Parc Floral de Paris

vendredi et samedi : 9h30-20h / dimanche : 10h-18h





## DES CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES ET ATELIERS POUR AIDER À LA PRATIQUE



Génération

44° journées de l'INK : ...... Prise en charge Kinésithérapique du lombalgique

Samedi 13 octobre : Hernie discale : quels traitements alternatifs ?

Dimanche 14 octobre : Thérapie du bien-être : la place du kinésithérapeute en esthétique

**Génération MK :** Assistez à des Workshops et conférences scientifiques.

L'AVENIR C'EST DEUX MAINS!









N°103 juin.juillet.août 2012

Les années se déroulent et l'âge s'inscrit sur nos corps et ceux de nos patients avec la précision du plus puissant des cerveaux électroniques, sans que la main de l'homme ne puisse faire grand-chose. Pourtant, nos techniques tournées vers l'esthétique, donnent le sentiment de reculer quelque peu le vieillissement. Pourtant, nos connaissances en neurophysiologie notamment, ont amélioré nos pratiques thérapeutiques et nos gestes répondent chaque jour un peu plus aux "evidence base practice", pratiques fondées sur des preuves qui font encore défaut. Pourtant, certaines "thérapeutiques" vantées pour solutionner tous les troubles et surtout ceux à la mode, enseignées sans études scientifiques solides et validées, recueillent plus d'attention, semble-t-il, de la part de nos confrères... au détriment de notre pratique !...

Pourtant, certains praticiens creusent chaque jour le sillon qui donne à notre kinésithérapie, son éclat et sa longévité...

Je pense en particulier au tout dernier d'entre eux qui nous a quittés récemment, André Petit. Le teint toujours hâlé, le sourire éclatant et surtout ce geste de la main gauche qui vient se poser affectueusement sur le cou ou l'épaule, alors que la main droite empoigne la vôtre. Quelle belle manière d'accueillir l'autre et de lui signifier le plaisir qu'il avait à partager un peu de son temps avec un autre confrère, à discuter de ses évolutions et à entendre celles des autres. Il a été le créateur du concept de l'École du dos® et Mail 14. C'est une "institution" pour tous les kinésithérapeutes qui ont souhaité développer une pratique individuelle, et de groupe, dont le but était de parfaire la rééducation dans les pathologies du rachis, par des actions à prédominance proprioceptive n'excluant pas le ludique et donnant à celle-ci une dimension de thérapie psychosomatique qui m'a toujours séduit. Avec ses collaborateurs, il voulait investir de façon pertinente le champ de la prévention, et chacune de nos rencontres était l'occasion d'une confrontation amicale de points de vue qui nous rapprochait chaque fois un peu plus et qu'il faudra poursuivre sans lui...

L'actualité en kinésithérapie c'est aussi une réforme des études qui tarde à être finalisée et publiée. Les étudiants, les enseignants et les directions d'école sont dans l'incertitude de modifications substantielles ou pas. Pour l'enseignant que je suis, c'est surtout cet écart qui s'est installé entre l'enseignement théorique et pratique en école, et la pratique en stage, qui m'interpelle... Les enseignants ont acquis, à travers la formation universitaire post-diplôme et leur exercice professionnel, des connaissances et des compétences qu'ils partagent avec leurs étudiants. Ces derniers s'enrichissent de ces savoirs, mais ne peuvent les mettre en application. D'une part, parce qu'il y a un déficit de stages qui tend vers la chronicité, et d'autre part, parce que les tuteurs dans de nombreux lieux de stages, sont encore trop ancrés dans leurs habitudes et leurs inquiétudes. souvent légitimes, d'un avenir incertain. Enfin, il y a une "taylorisation" des pratiques thérapeutiques avec des intervenants de plus en plus nombreux, pour un même patient, dont on peut penser que cela ne favorise ni la relation thérapeutique ni l'efficacité des rééducations. Ainsi, il n'est pas rare de croiser dans les couloirs et les salles de cours des IFMK, des étudiants désabusés, préparant leur mémoire ou travail écrit... Le dernier maillon d'un diplôme d'état

sans pratique. Soyons vigilants à ce que "l'universitarisation" de nos enseignements de base ne nous fasse pas perdre l'intelligence de nos mains. Jean-Pierre Zana Kinésithérapeute Cadre de Santé

/- Pan 2/14

Magazine pour la Rééducation, Réadaptation et le Fitness. Réservé au corps médical, paramédical et aux professionnels du sport.

Directeur de la publication Louis ALGOUD

Directeur de la rédaction Philippe GOETHALS philippe.goethals@reedexpo.fr Tél.: 01 47 56 67 05

Responsable Marketing Clarisse SABLÉ clarisse.sable@reedexpo.fr Tél.: 01 47 56 67 03

Publicité Lucile JALENQUES lucile.jalenques@reedexpo.fr Tél.: 01 47 56 67 04

Maquette

Studio Reed - Frédéric ESCLAUSE

Comité de rédaction
D. Baguelin - L. Euverte - F. Gardon
P. Goethals - P. Lebas - F. Masson
C. Petit - J-P. Zana

#### Éditeur

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

#### Diffusion

38 000 exemplaires Imprimé par IMAYE Tél.: 02 43 678 690





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

Prix : 2,29 € ISSN 1778-915X







RENCONTRES

Mission Kinés du Monde auprès de Lady Cox, centre de réhabilitation

**INNOVATION** 

Kits de home testing pour détecter les allergenes et les polluants chimiques de notre environnement interieur

**U** ENTRETIEN

La kinésithérapie du surpoids. Huber® Motion Lab et Cellu M6

LANCEMENT

Voyage Médical Santé: premier tour opérateur dédié aux malades et à leurs proches

Une protéine à la fluorescence inégalée pour illuminer les cellules de l'intérieur

NEWS

PRATIQUE

Recommandations pour le traitement de l'arthrose du genou : sont-elles applicables ?

ANALYSE .....

Conséquences sociales de la crise mise en perspectives des conflits sociaux en temps de crise

TÉMOIGNAGE

Le spa des stars

...ENQUÊTE

Les adolescents ont-ils encore besoin de modèles pour se construire et devenir adultes ?

FINANCEMENT

Des crédits à chaque étape de votre vie

DADDODT

Définissons une approche unifiée de lutte contre l'insécurité alimentaire

RECHERCHE

Les essais cliniques en cancérologie en augmentation en France

RENCONTRE
Obésité abdominale mesure médicale...

TRAITEMENT

Syndrôme du canal carpien et thérapie K-Laser

62 ÉTUDE

Les bénéfices de la cryothérapie et de la compression dans les traitements et soins post PTG/LCA

RECHERCHE

Main gauche - main droite, les prématurés font le lien!

66 ÉTUDE

Porter un dentier le dernier tabou

L'ÎLE LETTRÉE

SANTÉ

La course pour la vie : Infarctus du myocarde, les professionnels de santé sont inquiets

HOMMAGE

André Petit, tu entres dans la légende...

DIÉTÉTIQUE

L'eau minérale naturelle

SALON RÉÉDUCA LYON

DÉFINISSONS UNE APPROCHE UNIFIÉE DE LUTTE CONTRE L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Le rapport de scientifiques internationaux propose une feuille de route pour guider l'action des dirigeants mondiaux en faveur de la création d'un système alimentaire durable. >>>



COMPTE-RENDU SALON RÉÉDUCA LYON 30-31 MARS 2012





Abonnement

www.salonreeduca.com

Pour recevoir gratuitement FMT Mag, merci de nous faire parvenir votre demande par e-mail à : lucile.jalenques@reedexpo.fr, ou inscrivez vous en ligne <a href="https://www.salonreeduca.com">www.salonreeduca.com</a> - Rubrique FMT Mag

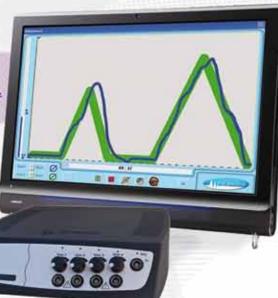
Indiquer vos coordonnées complètes : Nom, Prénom, société, adresse postale et e-mail si vous souhaitez également recevoir les e-letters.



BIOFEEDBACK
ELECTROTHERAPIE

A partir de 69.58 €/mois\*





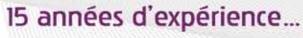
## **YSY EST EVOLUTION 4**

Pack tactile Evolution Nouveau Logiciel



MYODYN 3

Exigez la fiabilité!







## MISSION KINÉS DU MONDE auprès de Lady Cox, centre de réhabilitation



En mars dernier, Camille Petit et Laurence Euverte ont réalisé une mission exploratoire au centre de réhabilitation de Lady Cox à Stepanakert (capital de Nagorno Karabagh).

La République de Nagorno Karabagh (N.K.R.) rencontre des difficultés pour se développer suite à la guerre avec l'Azerbaidjan. Depuis le cessez le feu de 1994, la région est stabilisée. En revanche, elle ne bénéficie pas d'une reconnaissance politique à l'internationale.

Les répercussions de la guerre se ressentent sur les conditions de vie des habitants. L'impact sur la population est tel, que la politique de santé prend en charge les soins des personnes victimes de la guerre : enfants, personnes âgées et personnes en situation de handicap. D'après Mr Movessesyan Sergey, ministre de la santé de N.K.R., les blessés de guerre et les enfants en situation de handicap (autistes, infirmes moteurs cérébraux) sont en nombre préoccupant.

La réhabilitation a été développée depuis une dizaine d'années, avec notamment la création d'un centre de réhabilitation privé, initié par Mr Vardan Tadevosyan et le soutien de Lady Cox Hart Association. A l'époque, pionnier dans le domaine, Mr Vardan Tadevosyan a formé des infirmières à la réhabilitation, complétant la formation universitaire d'inspiration russe qu'il avait acquise par de la formation kinésithérapique et ergothérapique.

Il s'agit maintenant d'un centre d'état qui accueille des patients hospitalisés et des patients externes. La structure garantit la gratuité des soins aux personnes reconnues en situation de handicap par une commission.

L'équipe de rééducateurs a suivi des formations continues, mais certains domaines restent à développer afin d'en faire un centre d'excellence et de formation référent pour tout le Karabagh.

Dans la région, il existe des hôpitaux régionaux où la kinésithérapie est peu développée voire absente ou limitée à certaines techniques (massage, électrothérapie). En raison d'une méconnaissance médicale, les patients ne sont pas orientés vers le centre de réhabilitation. Un travail de repérage des besoins en réhabilitation, d'information et d'orientation est nécessaire afin d'initier les soins de rééducation le plus précocement.



Cette action de promotion de la réhabilitation cible aussi bien le milieu hospitalier que le personnel se déplaçant à domicile. En effet de nombreuses personnes en situation de handicap sont confinées dans leur maison et confiées aux soins d'aidants (familles et/ou personnels infirmiers) non informés.

Mr Vardan Tadevosyan a été à l'initiative du suivi à domicile pour les patients en situation de handicap. Il s'agit surtout de soins infirmiers (soins escarres, médicaments, équipement, prévention). L'objectif actuel est que les infirmières d'hôpitaux régionaux, les cases managers, qui se déplacent dans les villages, soient sensibilisées à la réhabilitation (dépistage, orientation, éducation, ...). Une formation spécifique est prévue à cet effet.

Un partenariat avec le centre d'appareillage est à créer, d'une part pour répondre de manière plus adaptée aux besoins réels de la population en situation de handicap et d'autre part pour améliorer la prise en charge du soin dans le centre de rééducation.

Pour répondre à ces deux objectifs, la formation conjointe du prothésiste actuel et d'un physiothérapeute du centre à la confection d'orthèses est à organiser.

L'acquisition de nouveaux équipements pour réaliser les nouvelles activités d'orthèses est à prévoir.

Un partenariat avec quelques hôpitaux de la région sud ouest de l'Arménie est également envisagée : tant sur le plan de la formation des physiothérapeutes que sur le plan de la promotion de la réhabilitation.



La mission exploratoire de l'O.N.G.« Kinés du Monde » s'est réalisée dans d'excellentes conditions d'accueil.

Les deux kinésithérapeutes ont pu constater sur place l'engagement de tous pour que la réhabilitation prenne une place plus grande dans le Haut Karabagh.

K.D.M. remercie particulièrement Mr Vardan Tadevosyan, les ministères de la santé et de la sécurité sociale, pour l'accueil chaleureux qu'ils ont réservé à ses représentantes, ainsi que de leur implication pour améliorer les soins des personnes en situation de handicap.

Camille Petit et Laurence Euverte



## Journée Mondiale de la Physiothérapie

#### Colloque:

## Qualité des soins & sécurité des patients

Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes organise le 8 septembre 2012, au Palais du Luxembourg à Paris, un colloque sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Il s'associera pour la première fois en France au «World physical therapy day», Journée mondiale de la physiothérapie, qui a lieu chaque année à cette date.

Ce colloque réunira, outre des élus ordinaux français, des représentants des ordres de nos principaux partenaires européens et mondiaux ainsi que des associations de patients, des directeurs d'Instituts de formation, des étudiants, des représentants des organisations professionnelles et des représentants des pouvoirs publics.

Parmi les intervenants : un ancien ministre, des professeurs en santé publique, des représentants des ordres internationaux et du ministère français de la Santé, et des experts juridiques. Tous s'exprimeront sur la qualité des soins et la sécurité des patients, thèmes retenus pour cette journée.

Seront ainsi abordés les problématiques de formation, de compétence, de professionnalisation, d'éducation thérapeutique, d'évaluation des pratiques ainsi que les liens entre santé publique, économie, politique, déontologie, qualité des actes et sécurité des patients. Une considération particulière sera accordée aux obligations éthiques et déontologiques pour les praticiens et aux risques judiciaires en cas de défaut d'information et de mauvaise interprétation d'un geste technique.

Seront détaillés en particulier les modèles internationaux et notamment l'exemple québécois.

Le nombre de places étant limité, il est conseillé de s'inscrire sur le site de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : www.ordremk.fr.



ema.tres@free.fr - crédits photos : © fotolia.com et © photo.com - © Garo-Phanie



KUDZU SCIENCE apporte au grand-public son expertise professionnelle avec des kits d'analyse pour mesurer chez soi les composants toxiques de l'air intérieur



## KITS de HOME TESTING

## pour détecter les ALLERGENES et les POLLUANTS CHIMIQUES de notre ENVIRONNEMENT INTERIEUR



Il est maintenant clairement établi - les nombreuses études le démontrent - que nous respirons quotidiennement des substances néfastes, présentes dans l'air de notre environnement intérieur. Aux allergènes les plus connus, présents dans l'air intérieur : acariens, moisissures, poils d'animaux, s'ajoutent des polluants tels que composés organiques volatils (COV), aldéhydes et formaldéhyde, monoxyde de carbone...

L'exposition continue à de faibles doses de ces allergènes et de ces polluants chimiques sur de longues périodes peut avoir des conséquences importantes sur notre santé : rhinite, maux de tête, gêne respiratoire, nausées, asthme, voire cancer pour certains polluants...

La question de la **qualité de l'air intérieur** est une préoccupation majeure de santé publique, car l'ensemble de la population est concerné. Nous passons en moyenne **22 heures sur 24** à l'intérieur des locaux d'habitation, de travail, de loisirs (1)... et aujourd'hui en France, **1 personne sur 4** est atteinte d'allergie respiratoire (2).

Préoccupation majeure, d'autant plus que l'amélioration de la qualité de l'air intérieur est

l'un des 4 grands chantiers du PNSE (Plan National Santé Environnement).

- S'inquiéter n'est guère utile si l'on ne peut savoir objectivement ce qu'il en est.

## Comment savoir si l'air de ma maison, de mon lieu de travail... est sain ?

Il existe désormais des kits de home testing, simples d'utilisation pour détecter et mesurer de manière fiable et objective les substances toxiques de l'environnement intérieur.

Kudzu Science lance 2 gammes de kits permettant de mesurer respectivement les allergènes et les polluants chimiques de l'environnement intérieur. Sur le principe du Home Testing, le particulier réalise lui-même des prélèvements selon un protocole précis et simple, puis les envoie à un laboratoire spécialisé qui analyse et mesure les substances détectées. Un compte-rendu très détaillé est ensuite établi, permettant de prendre des mesures pour limiter la présence de telles substances chez soi.



Si Stockphoto.com/ Jess Wiberg

(1) Bauchau et al. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent ypes of allergic rhinitis. Allergy 2005 : 60 : 350-353 (2) Source Observatoire de la Qualité de L'Air Intérieur

#### Le saviez-vous?

- Les acariens sont responsables de 80% des asthmes allergiques de l'enfant et de 50% des asthmes allergiques de l'adulte
- 52% des personnes habitant un foyer infesté par des moisissures développent des problèmes allergiques et dans 36% des foyers testés, des moisissures ont été trouvées
- Même sans chat au domicile, l'allergène de chat peut être présent chez vous. Il est très volatil, très résistant, et il est souvent véhiculé par les vêtements
- L'allergène de chien est responsable de 10 à 15% des asthmes allergiques.

## L'air que je respire chez moi est-il pollué?

### - KIT de DETECTION des ALLERGENES : acariens, moisissures, chien et chat

Par un prélèvement très simple au moyen d'un embout d'aspirateur équipé d'un filtre, tous les allergènes d'intérieur - acariens, moisissures, chien et chat - présents dans la poussière de maison sont analysés par un laboratoire expert.

>>> II est ainsi possible :

- de connaître avec précision le niveau d'exposition aux 4 allergènes d'intérieur les plus répandus
- de prendre des mesures adaptées afin de limiter la présence de ces allergènes . de vérifier l'efficacité des mesures d'éviction mises en oeuvre chez soi.

L'achat d'un kit Kudzu pour mesurer 4 allergènes comporte : un embout d'aspirateur universel, un filtre de prélèvement, un mode d'emploi détaillé, une enveloppe retour prépayée, l'analyse par le laboratoire des 4 allergènes, et un rapport complet et personnalisé. → 199 € TTC

Dans sa gamme «Allergènes», Kudzu Science propose également des kits permettant de mesurer indépendamment les Acariens et les Allergènes de Chat → à partir de 99 € TTC

## - KIT D'ANALYSE DE L'AIR INTERIEUR : 34 polluants chimiques

Par un prélèvement très simple au moyen de 2 badges à déposer 7 jours dans la pièce à analyser, ce kit permet de réaliser un bilan global de la qualité de l'air intérieur chez soi. Tous les polluants chimiques, Composés Organiques Volatils (COV) et Aldéhydes, les plus dangereux pour la santé sont analysés par le laboratoire spécialisé Kudzu Science, doté des dernières technologies utilisées notamment dans l'industrie pharmaceutique. On peut ainsi connaître les substances toxiques présentes chez soi, en mesurer précisément les concentrations et prendre des mesures pour limiter les sources de polluants.

L'achat d'un kit permettant l'analyse de 34 polluants chimiques comporte : deux badges de prélèvement, un mode d'emploi détaillé, une enveloppe retour prépayée, l'analyse par le laboratoire de 34 polluants (26 COV et 8 Aldéhydes), un rapport complet et personnalisé. Kit complet → 196 € TTC

Plus d'infos : www.kudzuscience.com

## Les machines à profiter de la vie





#### LA KINÉSITHÉRAPIE DU SURPOIDS

## **HUBER** MOTION LAB ET CELLU M6:

## Les machines à donner une belle qualité de vie

Si l'obésité (IMC > 30) est devenue une priorité pour l'OMS c'est parce qu'elle concerne aujourd'hui 10% des Français et que ce chiffre ne cesse d'augmenter. En effet, selon le dernier rapport ObEpi Roche, 33% des Français seraient en surpoids (IMC > 27), représentant ainsi de futurs candidats à l'obésité. La prise en charge de l'obésité a beaucoup progressé ces dernières années grâce à de nouvelles thérapies médicamenteuses et chirurgicales; mais le traitement des personnes en surpoids reste quant à lui le parent pauvre malgré son rôle clé de prévention.



Qui d'autre que le Masseur-Kinésithérapeute pour jouer ce rôle préventif et traiter efficacement les personnes en surpoids?

Leur approche pluri-disciplinaire (physiologique, anatomique, esthétique,..) du corps humain, associée à des technologies brevetées et prouvées scientifiquement comme le CELLU M6 et HUBER sont des atouts uniques. Car audelà de la seule augmentation de masse grasse, l'état de surpoids implique lui aussi de nombreuses comorbidités: cardio-vasculaires, ostéoarticulaires, respiratoires...

La MECANO-**STIMULATION** LPG®: pour une réactivation de la lipolyse naturelle.

La stimulation de la lipolyse naturelle créée par le traitement avec le CELLU M6 a été démontrée par deux études publiées\* et joue un rôle déterminant pour défibroser et décloisonner les graisses, notamment

celles résistantes à l'exercice physique et aux régimes alimentaires (graisses glutéofémorales chez la femme, et abdominales chez l'homme). En ciblant les récepteurs pro-lipolytiques, le processus de déstockage naturel des adipocytes est réactivé, favorisant l'élimination des araisses de +70%.

#### **HUBER® MOTION LAB** pour une oxydation rapide et ciblée des graisses.

L'entraînement multi-sensoriel unique proposé par HUBER permet d'atteindre en seulement 3 minutes d'effort la zone d'intensité où la lipolyse des graisses est maximale. De plus, la combinaison des technologies permet d'obtenir des résultats inégalés sur la perte en masse grasse, démontrés par la récente étude ESP Consulting\*\* sur 60 suiets: le traitement CELLU M6 en 1ère intention améliore notablement la réponse des cellules graisseuses à une stimulation adrénergique ensuite générée par

l'entraînement sur

HUBER.

#### **CELLU M6® et HUBER® MOTION LAB:** l'association parfaite pour le traitement des pathologies liées au surpoids.

L'état de surpoids est générateur de nombreuses pathologies que le MK, à l'aide de son équipement HUBER et CELLU M6, sera à même de traiter de façon rapide et efficace afin de répondre à une attente globale de santé et de mieuxêtre de ses patients.

L'hypertension artérielle et les différents troubles cardio-vasculaires par exemple, peuvent être prévenus en amont entre autre grâce à une prise en charge sur HUBER. En effet, l'entraînement sur HUBER permet de contrôler l'intensité de l'exercice sans augmentation de la pré-charge cardiaque; et cela pour tous les stades du surpoids jusqu'à un véritable handicap dans la mobilité.

On remarque après 24 séances\*\*\*, une amélioration de l'économie du déplacement en diminuant la fréquence cardiaque de 10 battements par minute et la consommation d'énergie durant l'effort.

Les personnes en surpoids peuvent également souffrir de troubles circulatoires et notamment d'insuffisance veineuse. Grâce à ses propriétés drainantes et défibrosantes, le CELLU M6 permet d'accélérer le débit veineux et de soulager rapidement et durablement les jambes

lourdes. D'autre part, l'entraînement sur HUBER agit spécifiquement sur les muscles profonds des jambes appelés muscles posturaux, or nous savons que ces muscles ont 4 fois plus d'importance pour les retours veineux que les muscles plus superficiels.

Les personnes présentant un surpoids sont souvent aussi celles dont l'activité physique est réduite ; leur masse musculaire se révèle donc souvent insuffisante pour jouer son rôle de soutien et de protection du système ostéoarticulaire.

Or le surpoids augmente la pression sur les articulations porteuses ; et la colonne vertébrale, qui supporte l'ensemble des parties hautes du corps, peut subir des déformations. Celles-ci seront à l'origine de **mal de dos**, et de complications plus importantes.

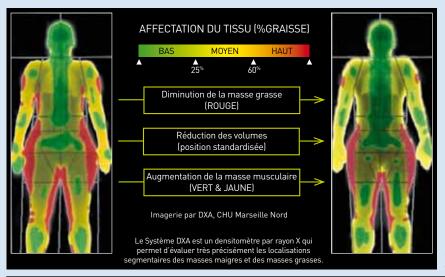
À ce titre, HUBER permet de traiter les lombalgies via une mobilisation passive puis un gainage actif de la sangle abdo-lombaire, ou les dorsalgies via un soulagement des tensions de manière passive et un renforcement des muscles profonds de la colonne vertébrale. Le CELLU M6 a également son rôle à jouer et permet de relâcher les contractures musculaires et libérer les mobilités articulaires grâce à un travail précoce et infra-douloureux des plans de glissement aponévrotiques.



Protocoles spécifiques adaptés au surpoids



AVANT APRÉS 16 SÉANCES



Pour traiter le surpoids et lutter contre la sédentarité, le Masseur-Kinésithérapeute peut grâce au HUBER MOTION LAB, agir simultanément et efficacement sur tous les points de recommandation du Ministère de la Santé: endurance, proprioception, souplesse et renforcement musculaire. Avec MY LPG® Program, véritable synergie des techniques LPG validé scientifiquement, il devient précurseur dans la «kinésithérapie du surpoids», en proposant une solution sur-mesure et individualisée adaptée à la morphologie et au métabolisme de chaque patient.

Etude ESP-Consulting 2011. Résultats d'un programme combinant le CELLU M6 et HUBER MOTION LAB.

<sup>\*</sup> MARQUES MA. et al. Impact of a mechanical massage on gene expression profile and lipid mobilization in female gluteofemoral adipose tissue. Obes Facts. 2011;4(2):121-9. LAFONTAN M. et al. Use of the microdialysis technique to assess lipolytic responsiveness of femoral adipose tissue after 12 sessions of mechanical massage technique. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008, 22, 1465-1470.

<sup>\*\*</sup> EtudeEfficacité d'un programme combinant mécano-stimulation et renforcement musculaire avec Huber Motion Lab® sur la composition corporelle et les réponses métaboliques à l'exercice

\*\*\* Etude ESP- Consulting



## Voyage Médical Santé

## premier tour opérateur dédié aux malades et à leurs proches







## ► Rendre la monde accessible à tous

Né à l'initiative de deux infirmiers libéraux, confrontés au quotidien aux problématiques liées à l'isolement et au cloisonnement des malades et de leurs proches. Vovage Médical Santé est un tour opérateur d'un genre unique. Son but, proposer une aide au voyage à destination des personnes dont l'état de santé exige une prise en charge spécifique, quel que soit le handicap ou la pathologie. Selon les chiffres de l'INSEE, plus d'un français sur quatre souffre d'une incapacité, d'une limitation d'activité ou d'un handicap. La plupart d'entre eux sont exclus des offres de service développées par les agences de voyage traditionnelles en raison de contraintes trop lourdes, dues à la fois à l'obligation d'un accompagnement médical, aux aménagements nécessaires au confort de leur séjour ainsi qu'au déploiement d'une couverture assurance adaptée. Lancé le 21 mars 2012, Voyage Médical Santé s'attaque à ce qui est vécu par les malades comme une forme de discrimination pour permettre à tous, enfants, adultes et séniors de profiter de son droit à la détente et à la découverte et d'assouvir ses envies d'ailleurs.

#### Un service personnalisé pour des solutions globales

Pour ce faire, le site développe une approche individualisée des besoins et des contraintes médicales de chacun de ses clients, dont le projet est étudié spécifiquement. En fonction des impératifs de santé, Voyage Médical Santé propose des solutions graduelles, allant du simple aménagement de confort lors du séiour à la mise en relation avec des équipes de santé sur place pour un suivi régulier jusqu'à l'accompagnement permanent pour les pathologies les plus lourdes. L'objectif est de fournir une offre de service globale, clé en main, planifiant aussi bien les éléments du séjour, voyage, hébergement, activités sur place, que le suivi médical et la couverture assurance. Ainsi, il suffit, lors de l'inscription de remplir un questionnaire de santé et de soumettre son projet de voyage pour recevoir une étude de faisabilité. Une fois le séjour déterminé en fonction des envies du client et de son profil médical, le plan de soin est ratifié par le médecin référant qui peut, le cas échéant, être associé au protocole, afin de permettre au malade de partir en toute confiance.

#### Un surplus de liberté pour le malade et pour ses proches

Par ailleurs, parce que 50% des personnes lourdement dépendantes sont assistées en permanence par leurs proches, qui subissent au travers du malade les mêmes problématiques d'isolement, Voyage Médical Santé développe des solutions de séjour comprenant une prise en charge à domicile. Afin de donner à l'entourage la possibilité de rompre avec le quotidien et de s'octroyer des vacances avec l'assurance que le bien être du malade sera respecté durant leur absence.

Première agence de voyage spécialisée dans l'élaboration de séjours pour personnes présentant des problèmes de santé,

#### Voyagemedicalsante.com

Le but, proposer des solutions personnalisées pour rendre au malade et à ses proches la liberté de voyager, découvrir, s'évader.

## ST RZ MEDICAL

## LE PROGRÈS NE S'ARRÊTE JAMAIS!





## Une protéine à la fluorescence inégalée

## pour illuminer les cellules de l'intérieur

Des scientifiques du CNRS, de l'ESRF, du CEA, de l'Université Joseph Fourier et des Universités d'Amsterdam et d'Oxford ont réussi à créer une molécule capable d'éclairer l'intérieur des cellules vivantes avec une lumière turquoise, trois fois plus brillante qu'auparavant. Cette nouvelle molécule permettra d'étudier les interactions entre protéines à l'intérieur de cellules vivantes avec un niveau de sensibilité inégalée : une avancée en imagerie cellulaire qui fait l'objet d'une publication le 20 mars 2012 dans Nature Communications.

Les protéines fluorescentes cyan (CFP) sont très utilisées en biologie cellulaire car elles rendent visibles, comme dans un film, les processus à l'oeuvre à l'intérieur d'une cellule et les changements

de conformation des molécules biologiques. Elles permettent, depuis le début des années 1990, d'observer des processus auparavant invisibles, comme le développement des cellules nerveuses dans le cerveau ou la propagation des cellules cancéreuses dans le corps. Cependant, ces molécules ont longtemps souffert d'un signal de fluorescence faible, ne convertissant à peine que 36 % de la lumière bleue incidente en lumière cyan (1).

Afin de pallier ce problème et d'améliorer la technique, l'équipe dirigée par Antoine Royant de l'Institut de Biologie Structurale (CNRS/CEA/ Université Joseph Fourier) et les chercheurs des Universités d'Amsterdam et d'Oxford et de l'ESRF (European Synchrotron Radiation Facility) ont collaboré à un travail de recherche en trois étapes.

D'abord, l'équipe de Grenoble, avec celle d'Oxford, a décelé grâce aux rayons X du synchrotron ESRF, d'infimes détails qui ont permis d'expliquer comment les CFP stockent l'énergie incidente avant de la réémettre sous forme de lumière fluorescente. Les chercheurs ont produit des cristaux microscopiques de ces CFP améliorées, les ont soumis aux rayons X du synchrotron ESRF, et ont ainsi pu inspecter le chromophore, le « coeur » de la CFP à l'origine de l'émission de lumière et donc responsable de l'efficacité de fluorescence. Ils ont pu comprendre la fonction de différents atomes individuels à l'intérieur des CFP et identifier la partie de la molécule qui avait besoin d'être modifiée pour augmenter le signal de fluorescence. En parallèle, l'équipe d'Amsterdam dirigée par le Professeur Theodorus Gadella s'est

servie d'une technique de criblage innovante pour étudier des centaines de molécules CFP modifiées, mesurant leur durée de vie de fluorescence au microscope, afin d'identifier les protéines dont les propriétés avaient été améliorées. Le résultat de cette conception rationnelle est une nouvelle CFP, appelée mTurquoise2. En combinant leurs efforts de biologie structurale et cellulaire, les chercheurs ont pu montrer que mTurquoise2 avait un niveau de fluorescence de 93 %, jamais atteint jusqu'ici pour ce type de protéine.

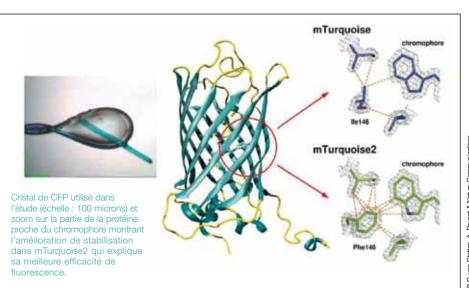
Cette nouvelle molécule permettra d'étudier les interactions entre protéines à l'intérieur de cellules vivantes avec un niveau de sensibilité inégalé. La haute sensibilité est cruciale pour les réactions rapides où le temps nécessaire pour l'accumulation de la lumière fluorescente est très court et dans des processus biologiques où quelques protéines seulement sont impliquées et les signaux extrêmement faibles. Grâce à cette nouvelle protéine, de nombreuses recherches pourront être réalisées avec des niveaux de précision et de détail jamais égalés. Par cette nouvelle approche basée sur la connaissance de la dynamique structurale de la protéine, les chercheurs espèrent maintenant concevoir des protéines fluorescentes améliorées avec des couleurs différentes pour d'autres applications.

(1) Les protéines fluorescentes cyan (CFP) cartographient des processus à l'intérieur d'une cellule vivante lorsqu'elles sont attachées à une protéine impliquée dans une interaction ou un changement de forme. La protéine fluorescente réagit en émettant une couleur cyan caractéristique, lorsqu'on l'illumine en lumière bleue. Cela permet de la localiser à l'intérieur de la cellule.

#### Bibliographie

Structure-guided evolution of cyan fluorescent proteins towards a quantum yield of 93%, J. Goedhart, D.von Stetten, M. Noirclerc-Savoye, M. Lelimousin, L. Joosen, M. A. Hink, L. van Weeren, T. W. Gadella Jr, and A. Royant, Nat. Commun. (2012)

1 Image d'une cellule dont le noyau est rendu visible grâce à mTurquoise2.





Rencontres

2" Journées d'échanges

Sages-femmes « Kinésithérapeutes

rééducation périnéale

14 15 septembre 2012

ASIEM - 6 rue Albert de Lapparent - 75007 Paris

KS & THE

à deux mains

#### NOS PROCHAINS CONGRÈS

#### RENCONTRES À DEUX MAINS

Les 14 & 15 septembre 2012 ASIEM - 6, rue Albert de Lapparent - 75007 Paris

#### **VENDREDI 14 SEPTEMBRE 2012**

#### ATELIERS: 14H30 - 18H00

- Prévention des plagiocéphalies.
- Rééducation digitale.
- Hypertonie et vaginisme
- Hygiène de vie alimentaire, gérer la constipation, acquisition de la propreté chez l'enfant, né sans pathologie organique.
- Le bassin.
- Prolapsus du post-partum.
- Fasciathérapie et gymnastique sensorielle périnatale.
- Pédagogie perceptive du périnée.
- Travail posturel en pré et post-partum.
- Constipation.
- Ateliers pessaires.
- Atelier sexo-corporel.
- Complémentarité ses sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes autour de la rééducation post-natale dans un réseau de périnéologie
- La consultation en sexologie
- Massage bébé et portage physiologique des clés pour commencer.
- Le ventre et le K-Taping.
- Un soignant peut-il agresser un patient en le touchant ?
- Massages des cicatrices.
- Prise en charge de la femme enceinte en sophrologie.

#### SAMEDI 15 SEPTEMBRE 2012

#### CONFÉRENCES

- · Autour de la prématurité : impact psychique sur le couple et le vécu corporel de la femme.
- Episiotomie ou déchirure.
- Les désinsertions du muscle pubo-rectal.
- Incontinence urinaire après accouchement.
- · Incontinence aux gaz et équilibrage alimentaire
- · La grossesse, événement de vie, quelle prise en charge ?
- Prise en charge du périnée complet compliqué.
- Rééducation manuelle ou biofeedback.
- Gymnastique abdominale hypopressive.
- · Clinique et perception de la béance vulvaire : apport de la fasciathérapie.
- · Diagnostic et suivi neuromusculaire de la fonction périnéosphinctérienne
- Place de l'osthéopathie en pré et post-partum.
- · Effet au long cours des vibrations par plateforme oscillante sur le périnée.
- · Sexualité, maternité ou paroles de femmes.



#### PRISE EN CHARGE KINÉSITHÉRAPIQUE DU LOMBALGIQUE

Les 12 & 13 octobre 2012

Parc Floral - Esplanade du Château de Vincennes - 75012 Paris

#### VENDREDI 12 OCTOBRE 2012

- Définitions et classifications des lombalgies.
- L'imagerie médicale du lombalgique.
- · Les hypothèses diagnostiques et leurs orientations thérapeutiques.
- Le massage dans le traitement des lombalgies : quel intérêt ?
- La physiothérapie antalgique
- · Le concept de Maitland.
- Lombalgie et méthode Mézières.
- Technique manuelle du concept Sohier dans le traitement de la

#### SAMEDI 13 OCTOBRE 2012

- . Le programme de reconditionnement fonctionnel du rachis.
- · Renforcement musculaire du rachis.
- Validation actuelle de l'approche McKenzie dans le traitement des lombalgies.
- Comparaison de plusieurs techniques de prises en charge.
- · Apport en thérapie manuelle orthopédique de l'analyse en 3D in vivo des mouvements du rachis.
- Proprioception du rachis lombaire.
- Revue de littérature.



#### LYMPHATIQUES ET CANCER

Le 17 novembre 2012

Théâtre Adyar - 4 square Rapp - 75007 Paris

#### SAMEDI 17 NOVEMBRE 2012

- Système lymphatique et dissémination du cancer.
  - Effets des curages sur le système lymphatique.
     Effets de la chimiothérapie sur le système lymphatique.
- Effets de la chimiothérapie sur les systèmes lymphatico veineux et neurologique.
- Lymphatiques après curage : thromboses lymphatiques superficielles
- Résultats d'un programme de kinésithérapie après cancer du sein : prévention du lymphoedème.
   Actualités en DLM et bandages de l'AKTL. Infections des lymphoedèmes.
  - - Poumon post radique et rééducation respiratoire.
    - DLM et douleur en oncopédiatrie.
       Validation fluorique des effets du drainage manuel.

    - Drainage manuel : entre dérive et drainage.
       Kinésithérapie des lymphœdèmes cancérologiques et hospitalisation.
       Le mélanome et le système lymphatique.

      - La chirurgie du mélanome et risques de lymphoedèmes.
         Suivi du traitement des lymphoedèmes par pressothérapie.
        - Sport et risque de lymphoedème
  - Kinésithérapie des séquelles lymphatiques après cancer ORL, où en est-on?



### La mutation du récepteur

## des acides gras oméga-3 favorise l'obésité

Les acides gras insaturés comme les oméga-3 sont connus pour leurs effets bénéfiques sur le système cardiovasculaire. Ils jouent aussi un rôle clé dans la régulation du poids et du métabolisme, comme vient de le montrer pour la première fois une équipe franco-anglo-japonaise menée par le professeur Philippe Froguel du laboratoire Génomique et maladies métaboliques (CNRS/Université Lille 2/Institut Pasteur de Lille, Fédération de recherche EGID et Imperial College London) (1). La mutation du gène GPR120, produisant le récepteur cellulaire des acides gras insaturés, augmente de 60% le risque d'obésité chez l'homme. De plus, des souris dont ce récepteur a été inactivé, soumises à un régime riche en graisses, ont développé rapidement une obésité associée à un diabète et à d'autres anomalies métaboliques. Ces travaux, publiés en ligne le 19 février 2012 sur le site de Nature, précisent les mécanismes d'action des acides gras de type oméga-3 dans le maintien de l'équilibre métabolique et ouvrent la voie à des médicaments nouveaux contre les maladies hépatiques et lipidiques liées à l'obésité.

Au niveau sociétal, l'épidémie mondiale d'obésité est due aux modifications de notre mode de vie. Mais au niveau individuel, l'hérédité joue un grand rôle : chaque individu réagit différemment à l'environnement et notamment, à une alimentation déséquilibrée.

Les chercheurs se sont penchés sur un aspect particulier de cette hérédité. Les cellules de certains organes comme le foie, mais surtout les intestins, possèdent des récepteurs spécifiques qui captent les lipides alimentaires et transmettent un signal au cerveau, au foie, au pancréas et au tissu adipeux. Ce signal commande l'appétit, la préférence alimentaire et le stockage des graisses ingérées. L'un de ces récepteurs, spécifique aux acides gras insaturés comme les oméga-3, est codé par le gène GPR120. Ce récepteur est particulièrement important car son activation stimule la production d'insuline et la sécrétion de peptides de la satiété, hormones qui coupent l'appétit. Il intervient aussi dans le goût pour les graisses et la production de nouvelles cellules adipeuses qui stockent les graisses.

Pour mieux comprendre le rôle du gène GPR120, les chercheurs ont créé une lignée de souris chez qui ce gène est muté et par conséquent, chez qui le récepteur n'est pas fonctionnel. Ils les ont ensuite soumises à un régime riche en graisse et en glucides. Résultat : ces souris ont développé une obésité bien plus rapidement que les souris témoins. Elles ont aussi développé un diabète et une infiltration lipidique du foie, anomalies qui ressemblent en tout point à celles que l'on observe chez les personnes obèses et qui peuvent déboucher sur des maladies mortelles telles que la cirrhose et le cancer du foie, ou l'athérosclérose accélérée.

Parallèlement, les chercheurs ont séquencé le gène GPR120 et ont découvert une mutation, R270H, qu'ils ont analysée chez 14 500 personnes obèses. Celle-ci, présente chez 3% des obèses, invalide complètement le récepteur. Ils ont montré que cette mutation augmente de 60% le risque de développer ! une obésité. Chez les porteurs de la mutation, les acides gras insaturés ne déclenchent pas le signal qui active les voies métaboliques telles que la production d'hormones de la satiété. Parmi ces hormones on trouve le GLP1, utilisé comme médicament du diabète car il favorise la production d'insuline.

Ces travaux montrent que GPR120 pourrait devenir une cible pour de futurs traitements contre l'obésité et les maladies hépatiques liées au surpoids. En effet, l'activation pharmacologique du récepteur des acides gras insaturés pourrait permettre d'induire certaines réactions métaboliques s'avérant bénéfiques à l'organisme, même en absence d'alimentation équilibrée et riche en acides gras oméga-3.

(source cnrs)

(1) Travaux réalisés en collaboration avec le Professeur Gozoh Tsujimoto (Université de Kyoto, Japon) et plusieurs groupes européens.

#### Références

Lipid-sensor GPR120 invalidation leads to obesity in both Mouse and Human

Atsuhiko Ichimura, Akira Hirasawa, Odile Poulain-Godefroy, Amélie Bonnefond, Takafumi Hara, Loïc Yengo, Ikuo Kimura, Audrey Leloire, Ning Liu, Keiko Iida, Hélène Choquet, Philippe Besnard, Cécile Lecoeur, Sidonie Vivequin, Kumiko Ayukawa, Masato Takeuchi, Kentaro Ozawa, Maithé Tauber, Claudio Maffeis, Anita Morandi, Raffaella Buzzetti, Paul Elliott, Anneli Pouta, Marjo-Riitta Jarvelin, Antje Körner, Wieland Kiess, Marie Pigeyre, Roberto Caiazzo, Wim Van Hul, Luc Van Gaal, Fritz Horber, Beverley Balkau, Claire Lévy-Marchal, Konstantinos Rouskas, Anastasia Kouvatsi, Johannes Hebebrand, Anke Hinney, Andre Scherag, François Pattou, David Meyre, Taka-aki Koshimizu, Isabelle Wolowczuk, Gozoh Tsujimoto, Philippe Froguel Nature, en ligne le 19 février 2012.-

#### Face aux résistances du cancer, de nouvelles molécules voient le jour

Une équipe franco-italienne menée par des chercheurs du CNRS et de l'Inserm (1) vient de découvrir une nouvelle famille de composés qui pourrait permettre de traiter de nombreux cancers, notamment des tumeurs cérébrales et des cancers de la peau. Brevetées par le CNRS, ces molécules bloquent la voie de signalisation Hedgehog, une chaîne de réactions moléculaires dont le dérèglement serait impliqué dans plusieurs cancers. Ces composés pourraient à terme constituer de nouveaux médicaments, mais, dans un premier temps, ils devraient s'avérer de précieux outils pour mieux comprendre le rôle de la voie Hedgehog dans le développement de ces tumeurs et la résistance aux traitements de celles-ci. Effectués en collaboration avec le Laboratoire d'innovations thérapeutiques (CNRS / Université de Strasbourg), ces travaux sont publiés dans le Journal of Medicinal Chemistry.

La voie de signalisation Hedgehog est une cascade de réactions biochimiques complexes. Très active lors de l'embryogenèse, elle participe à la prolifération et à la différenciation des cellules, ainsi qu'à la mise en place de nombreux tissus. Chez l'adulte, elle joue notamment un rôle clé dans le maintien de cellules souches dans le cerveau. Le dérèglement de cette voie participerait au développement de nombreux cancers, notamment de tumeurs cérébrales très agressives chez l'enfant.

A l'origine des dysfonctionnements affectant la voie Hedgehog, on trouve notamment des mutations d'un récepteur membranaire appelé Smoothened, maillon essentiel permettant l'activation de cette voie. Plusieurs laboratoires pharmaceutiques ont développé des molécules capables de bloquer Smoothened. Grâce à ces composés antagonistes (2) du récepteur, ils sont parvenus à enrayer le développement de certaines tumeurs. Cependant, les expériences menées sur des modèles animaux et chez l'Homme font état de l'apparition de résistances à ces traitements. De nouvelles mutations de Smoothened dans les cellules tumorales rendent inefficaces les antagonistes chargés de l'inactiver. Voilà pourquoi il est important d'en trouver de nouveaux et de mieux comprendre les mécanismes liés à ces résistances. Pour découvrir de nouveaux composés antagonistes de Smoothened, l'équipe de chercheurs coordonnée par Martial Ruat a adopté une stratégie originale : un criblage virtuel de banques de molécules informatisées. Parmi quelque 500 000 molécules répertoriées dans ces banques, ils ont recherché celles dont la structure serait susceptible de produire le même effet que les molécules connues pour bloquer Smoothened. Sur une vingtaine de molécules candidates, les chercheurs en ont sélectionné une. <mark>Puis, en modifiant légèrement sa</mark> tructure afin de l'optimiser, ils ont découvert une famille de composés, appelés MRT lls ont ensuite testé leur activité biologique sur des cellules de souris en culture. Résultat : les composés MRT, et plus particulièrement l'un d'entre eux, l'acylguanidine MRT83, bloquent la prolifération des cellules suspectées d'être à l'origine de tumeurs cérébrales. De plus, ces nouveaux composés inhibent Smoothened avec une activité égale ou supérieure à celle de composés déjà connus. Plusieurs années de tests sont nécessaires avant que de nouvelles molécules prometteuses telles que les composés MRT puissent être commercialisées comme médicaments. Néanmoins, leurs propriétés pourraient permettre d'en savoir plus sur le fonctionnement, la structure tridimensionnelle et la localisation des récepteurs Smoothened. Ces composés MRT aideraient ainsi à comprendre l'origine des résistances que développent les tumeurs. Ces travaux pourraient déboucher sur la découverte de nouvelles cibles et stratégies thérapeutiques pour combattre certains cancers.

- (1) Au sein de l'Unité « Neurobiologie & développement » (CNRS), en lier avec l'Université de Sienne (Italie)
- (2) Est antagoniste une substance qui, en se fixant sur les mêmes récepteurs cellulaires qu'une autre substance, empêche d'obtenir l'ensemble ou une partie des effets produits habituellement par la cellule. Ici les antagonistes ont un effet « inverse » de celui du récepteur « muté ».

#### Référence

Acylthiourea, Acylurea and Acylguanidine Derivatives with potent Hedgehog inhibiting Activity. Antonio Solinas, Hélène Faure, Hermine Roudaut, Elisabeth Traiffort, Angèle Schoenfelder, André Mann, Fabrizio Manetti, Maurico Taddei and Martial Ruat. Journal of Medicinal Chemistry. 23 février 2012.

## Adhérez à l'Angak

L'Association de Gestion Agréée des Professionnels de Santé

et Choisissez la Stabilité : 6 Ans sans augmentation de la Cotisation

## 190 € seulement!

Gratuit: Un logiciel qui a fait ses preuves
COMPTA EXPERT

Des formations Comptables Gratuites

Des Conseils Comptables, juridiques, fiscaux

Des Services Complémentaires Adaptés





Renseignez-vous vite!

sur: www.angak.com

## Nouveaux diplômés :

Venez nous rejoindre et Adhérez dans les

5 premiers mois de votre Activité Libérale





## **DEMANDE DE DOCUMENTATION:**

Nom :	Prénam : .	 
Ville :		تتت
A renvoyer à l'Angak : 6, rue Emi Tél. 05.61.99.52.10 - Fax. 05.61.2		

\*La loi de Finances 2006 prévoit une majoration de 25% de votre bénéfice imposable si vous n'étes pas adhérent d'une association de gestion agréée

Association Nationale de Gestion Agréée de Professions de Santé



## Recommandations pour le traitement

## de l'arthrose du genou : sont-elles applicables ?\*

#### Résumé

Objectifs : Malgré l'existence de recommandations pratiques pour le traitement de la gonarthrose, des discordances dans leur application par les cliniciens et par les patients ont été constatées, entraînant des résultats incomplets. Les données de la littérature montrent que la simple diffusion de recommandations thérapeutiques n'entraîne pas l'adhésion. La recherche suggère que les obstacles à leur mise en application devraient être identifiés et explicitées afin d'améliorer l'adhésion. Le but de cette étude a été d'identifier les obstacles à l'utilisation des recommandations concernant le traitement conservateur de la gonarthrose tant de la part des patients, que des médecins généralistes et des kinésithérapeutes. Méthode : Après avoir effectué une revue systématique des résultats et des recommandations de la littérature, douze recommandations thérapeutiques principales ont été élaborées sur quatre thèmes : médicaments, exercices physiques, autogestion, activités professionnelles. Des groupes de discussion ont été formés comprenant des patients souffrant de gonarthrose, des médecins généralistes et des kinésithérapeutes, dans le but d'établir les obstacles à la mise en application de ces recommandations.

Résultats: Les patients et les médecins généralistes sont apparus comme généralement fatalistes concernant la gonarthrose, alors que les kinésithérapeutes étaient plus positifs vis-à-vis de l'amélioration à long terme de la gonarthrose. Pour les traitements médicamenteux, des discordances ont été mises à jour entre les recommandations et l'opinion des cliniciens. Tant les patients que les médecins généralistes ont

semblé ambivalents vis-à-vis des exercices physiques et de l'activité physique, reconnaissant leur utilité mais les identifiant dans le même temps comme des causes possibles de gonarthrose. Les patients et les médecins généralistes ont semblé considérer l'amaigrissement comme un objectif particulièrement difficile à réaliser.

Conclusion: Des obstacles spécifiques à la mise en pratique de chaque recommandation du traitement de la gonarthrose pour chacun des groupes de sujets concernés ont été identifiés. Nous avons élaboré des recommandations pour combattre ces obstacles. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour développer des stratégies de mise en application afin de surmonter les obstacles identifiés, dans le but de faciliter l'utilisation des recommandations et d'améliorer l'évolution de la gonarthrose.

Niveau de preuve : non adapté

Stéphane Poitrasa, Michel Rossignolb, Jérôme Avouacc, Bernard Avouacd, Christine Cedraschie, Margareta Nordinf, Chantal Rousseauxl, Sylvie Rozenberge, Bernard Savarieaul, Philippe Thoumieh, Jean-Pierre Valatl, Éric Vignoni, Pascal Hilliquink

En partenariat avec **Kinésithérapie** 

> Extrait du N°122 février 2012



#### Introduction

Afin d'optimiser la prise en charge de la gonarthrose, plusieurs recommandations pratiques basées sur les données scientifiques de la littérature ont été élaborées [1,2]. Néanmoins, les études ont mis en évidence les limites de leur acceptabilité et de leur utilisation à la fois par les professionnels de santé et par les patients, entraînant une prise en charge et une évolution non optimale [3-7]. Les raisons de ce défaut d'assimilation, les obstacles à l'utilisation et les stratégies pour améliorer la mise en pratique ont peu été étudiés [8]. L'analyse de la qualité des recommandations actuelles pour la gonarthrose avec l'instrument AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) [9] a montré que deux éléments clés de la mise en application avaient été négligés : l'implication des personnes concernées et l'applicabilité en pratique clinique [1,2]. L'applicabilité est déterminée principalement en évaluant les obstacles à l'utilisation avec les personnes concernées [9]. L'évaluation de l'applicabilité aide à comprendre pourquoi les recommandations sont utilisées ou non.

Si l'étude des obstacles à l'utilisation des recommandations pour le traitement de la gonarthrose a été considérée comme une priorité de la recherche [8,10], ceci n'a été réalisé que pour deux modalités thérapeutiques : les médicaments [11-16] et les exercices physiques [17]. Ces études n'évaluent qu'un seul type d'intervention thérapeutique ou qu'un seul type de personnes concernées à la fois, ce qui en constitue une des limites. Toutefois. l'utilisation des recommandations est déterminée par l'interaction entre les diverses propositions thérapeutiques proposées et les personnes impliquées. De plus, on ne connaît pas le degré de concordance entre les points de vue du patient et du clinicien concernant le traitement de la gonarthrose. Une autre limite de ces études a été de ne prendre en compte que des médecins spécialisés (chirurgiens orthopédistes et rhumatologues) et non les intervenants de proximité ou de première ligne comme les médecins généralistes (MG) et les kinésithérapeutes (MK) qui constituent la pierre angulaire, à la fois de la prise en charge précoce et du suivi à long terme des patients atteints de gonarthrose. Une





prise en charge de proximité efficace peut diminuer ou retarder l'utilisation de méthodes spécialisées et coûteuses. Deux études se sont intéressées aux obstacles à la mise en application chez différentes personnes concernées, incluant les patients et les MG, mais elles ne l'ont pas fait avec des recommandations thérapeutiques explicites [18-20]. De plus, l'évaluation de ces obstacles ne constituait pas le principal objectif de ces études.

Le but de notre étude a été d'évaluer l'applicabilité des recommandations de la prise en charge primaire de la gonarthrose, en identifiant les obstacles à leur utilisation perçus par les patients, les MG et les MK.

#### Méthodes

## Développement et sélection des recommandations cliniques

Pour cette étude, nous avons réuni un panel de 13 cliniciens chercheurs (5 rhumatologues, 3 MK, 2 MG, un physiatre, un médecin du travail et un psychologue). Initialement, les membres du panel ont réalisé et publié deux revues systématiques des études [21] et des recommandations [1]. Sur la base de ces revues de la littérature, le panel a conçu des recommandations thérapeutiques et quatre thèmes thérapeutiques ont été identifiés : traitements médicamenteux, exercices thérapeutiques, autogestion et activités professionnelles. Les recommandations ont été développées par étape, alternant des réunions de sous groupes de travail et des sessions plénières des membres

du panel, jusqu'à ce qu'un consensus soit trouvé. Au début de la démarche, 36 recommandations avaient été élaborées. Les 12 recommandations les plus importantes ont été ensuite sélectionnées par la méthode Delphi, car il fut considéré qu'il s'agissait là du nombre maximum de recommandations qui pouvait être discutées dans les groupes. Les membres de l'équipe ont été interrogés individuellement par enquête sur le choix des 12 recommandations ayant le plus d'impact sur la gonarthrose. Les résultats ont ensuite été adressés à tous les membres. Au cours d'une réunion ultérieure, les résultats ont été discutés entre les membres. La discussion s'est poursuivie jusqu'à l'obtention d'un consensus sur les 12 recommandations (tableau I). Celles-ci sont caractéristiques des recommandations actuelles pour la gonarthrose [1, 2].

#### Design de l'étude

L'étude a été faite en employant des méthodes qualitatives dans la mesure où l'utilisation des recommandations impliquent des éléments complexes, multidimensionnels et à plusieurs niveaux [22]. Une approche par étude de cas a été utilisée avec analyse des points de vue et des perceptions des participants, c'est-à-dire des MG, des MK et des patients représentant les cas [23]. Des groupes de discussion ont été formés pour collecter les données concernant les obstacles à l'utilisation des recommandations. Trois groupes de discussion ont été formés pour chaque type de participants (MG, MK et patients) afin de limiter les éventuels censures pouvant être induites par la perception hiérarchique au sein des groupes.

#### Recrutement des sujets

La taille de chaque groupe a varié entre 6 et 12 membres, ceci pour stimuler une discussion de réflexion et augmenter l'interactivité [24]. Dans la mesure où les groupes de discussion se sont réunis à Paris (France), les sujets ont été recrutés dans la région parisienne. Les MG ont été recrutés et invités par contact téléphonique à partir d'un réseau de MG ayant un intérêt pour les pathologies rhumatologiques et travaillant dans la région parisienne. Les MK ont été recrutés par sélection randomisée dans des cabinets de kinésithérapie en utilisant les pages jaunes de la région parisienne. Les cabinets ont été contactés par téléphone et un seul MK par cabinet a été invité à participer à l'étude. Un échantillon de patients a été sélectionné en demandant à des cliniciens connus par les membres du panel et impliqués dans le traitement de la gonarthrose, de recruter des participants parmi leurs patients atteints de gonarthrose. Nous avons eu le souci de recruter des patients variant par le sexe, l'âge, l'ancienneté et la sévérité de leur gonarthrose, ainsi que des cliniciens ayant des durées d'exercice variables. Ceci dans le but de favoriser la diversité des réponses et l'exhaustivité. Le recrutement a été poursuivi jusqu'à obtenir le nombre de 6 à 12 participants pour chacun des groupes de travail. Au cours du recrutement, le consentement verbal a été obtenu de la part de chaque participant puis confirmé avant la réunion des groupes de discussion, à l'aide d'un texte standardisé. Le caractère éthique de l'étude a été approuvé par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

#### Tableau I. Recommandations pour le traitement de la gonarthrose ayant été sélectionnées pour l'étude.

#### 1. Traitements médicamenteux

- 1.1. L'objectif du traitement médicamenteux est de soulager la douleur et d'améliorer la mobilité articulaire afin de permettre le maintien d'une activité fonctionnelle satisfaisante pour les patients.
- 1.2. Le paracétamol devrait être utilisé de première intention pour soulager les douleurs de la gonarthrose.
- 1.3. Les AINS peuvent être utilisés en remplacement ou en association avec le paracétamol si le soulagement de la douleur est insuffisant. La posologie des AINS doit être la plus faible possible capable d'apporter le soulagement espéré par le patient. L'utilisation prolongée des AINS doit être évitée dans la mesure où la fréquence de ses effets indésirables augmente avec la durée de traitement.

#### 2. Exercices physiques

- 2.1. Les patients devraient être encouragés à reprendre et à maintenir leurs activités quotidiennes. Pour les patients nécessitant une aide, un programme d'exercices supervisé par un professionnel de santé peut être utilisé. Les exercices physiques peuvent majorer temporairement la douleur mais n'aggravent pas le processus arthrosique.
- 2.2. Les patients qui effectuent des activités physiques exposant à des traumatismes devraient être incités à changer de type d'activité.
- 2.3. Les patients et les professionnels de santé devraient fixer ensemble les objectifs des exercices physiques dans le but d'optimiser les résultats sur la douleur et la fonction. Le type d'exercice devrait être déterminé par le professionnel de santé en accord avec les besoins et les atteintes du patient.
- 2.4. Les patients devraient être encouragés à réaliser régulièrement des exercices physiques, idéalement 15 à 30 minutes au moins trois fois par semaine. Pour exemple, ces exercices peuvent être la marche, la natation ou un programme d'exercices supervisé. L'intensité des exercices peut être adaptée aux variations de l'intensité de la douleur.

#### 3. Autogestion

- 3.1. L'activité est nécessaire au bon état de l'articulation du genou.
- 3.2. Les patients devraient participer activement au traitement de leur pathologie articulaire, en discutant avec les professionnels de santé sur leurs besoins et leurs attentes. A chaque étape du traitement, les professionnels de santé devraient évaluer l'adhésion du patient au programme thérapeutique mis en place.
- 3.3. Chez les patients obèses, les activités physiques aideront à stabiliser ou à perdre du poids. L'amaigrissement améliore la douleur et la fonction articulaire, alors que la prise de poids aggrave la douleur et la fonction articulaire.

#### 4. Activités professionnelles

- 4.1. Les patients devraient être incités à reprendre ou à maintenir leurs activités professionnelles dans la mesure où la douleur le permet et avec une exposition minimale
- 4.2. S'il y a une exposition à des traumatismes, l'environnement professionnel devrait être adapté pour diminuer cette exposition. Si cela n'est pas possible, un reclassement professionnel devrait être proposé.



# FACE AUX RISQUES

Groupe Pasteur Mutualité s'associe à Catherine Destivelle, alpiniste, professionnelle de santé et femme de passion

PRÉVOYANCE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
ASSURANCE DE PRÊTS
RC PROFESSIONNELLE
ASSURANCE VIE
HABITATION / AUTO

Pour plus d'informations

0 810 229 505

www.gpm.fr

AGMF Prévoyance - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Registre National des Mutuelles n°775 666 340 - 34 boulevard de Courcelles 75809 Paris cedex 17



## Développement des guides d'entrevue, recueil des données et analyse

Un guide d'entrevue a été créé par un des membres du panel (SP). Le contenu de ce guide a été basé sur la théorie du comportement planifiée d'Ajzen [25] qui établit que le comportement est influencé par les attitudes et les croyances (les croyances influencent le comportement et produisent une conséquence donnée), l'auto-efficacité (perception de la facilité ou de la difficulté à accomplir une action) et les normes sociales (perception des autres ou de la société). Ce modèle a été validé dans différentes circonstances, dont l'utilisation de recommandations cliniques [26]. Les thèmes abordés dans le guide d'entrevue ont été ensuite validés par tous les membres du panel. Au sein de chaque groupe de travail, les discussions ont été structurées et facilitées par un enquêteur professionnel, assisté d'un des membres du panel (SP). Dans chaque groupe, les opinions générales quant à la gonarthrose ont été discutées initialement, suivies par les discussions pour chaque recommandation. Les réunions des groupes spécialisés ont été enregistrées en audio et en vidéo, et retranscrites mot pour mot, la véracité des transcriptions ayant été vérifiée par un des auteurs participants. L'analyse du contenu des transcriptions a été réalisée dans le but d'organiser les données de manière systématique, selon un format structuré. Les retranscriptions des discussions ont été analysées selon une analyse thématique à l'aide d'un tableau mixte de codage [27]. Celui-ci a été conçu en utilisant le cadre conceptuel mentionné plus haut et les transcrits ont été ainsi codés. Le logiciel d'exploitation des données qualitatives QSR NVivo V7 [28] a facilité le recueil et le codage de ces données. Lors d'une première étape de réduction des données, les éléments discutés par les participants ont été identifiés et classés, puis organisés au sein d'une matrice au cours de la deuxième étape. L'analyse comparative des cas a été

faite au sein de chaque groupe pour préciser la convergence (la plupart des participants sont d'accord sur le même thème) ou la divergence (la plupart des participants rapportant un même thème mais étant en désaccord avec son impact) des thèmes. Les thèmes identifiés par un seul participant ont été exclus. L'analyse comparative des groupes a ensuite été réalisée en comparant les thèmes convergents entre les groupes. Dans de la troisième étape, les conclusions ont été élaborées lors de discussions au sein du panel, à partir des résultats obtenus au cours du processus de recueil et d'analyse des données.

#### Résultats

Onze patients atteints de gonarthrose, sept MG et dix MK ont participé aux groupes de discussion. Les caractéristiques des participants sont présentées au tableau II. Les réunions des groupes de travail spécifiques se sont déroulées en juin 2008 et ont duré entre 2 heures et demi et 3 heures chacune.

#### Opinions générales sur la gonarthrose

La plupart des patients avaient un point de vue fataliste sur la gonarthrose, déclarant qu'il s'agissait d'une condition liée à un âge avancé, résultant du processus normal de vieillissement et qu'il fallait vivre avec, une fois qu'elle était apparue. Ils pensaient que les MG partageaient cette vision fataliste et étaient peu intéressés par le traitement de cette pathologie, pensant que les spécialistes (rhumatologues et chirurgiens orthopédistes) étaient plus intéressés. La plupart des patients pensaient que le système de santé était basé essentiellement sur les traitements médicamenteux et chirurgicaux, et peu sur les autres modalités thérapeutiques comme les exercices physiques. Les MG ont repris l'opinion fataliste des patients, la

plupart déclarant que la gonarthrose était un problème de santé peu intéressant sur lequel il ne pouvait avoir que peu d'influence et qu'il ne pouvait pas guérir. Certains ont déclaré que la gonarthrose était rarement le motif principal d'une consultation mais était le plus souvent diagnostiqué en tant que comorbidité non attendue. La gonarthrose étant une pathologie chronique, la plupart des MG pensaient que l'accent n'était pas assez porté sur la prévention primaire. Néanmoins, la plupart des MG pensaient que leur contribution était essentiellement limitée au diagnostic et au traitement médicamenteux.

Les MK avaient des opinions plus diversifiées sur la gonarthrose, certains trouvant cette pathologie techniquement stimulante alors que d'autres la considéraient comme faisant partie de la routine. Tous les MK ont souligné la nécessité de la kinésithérapie pour rééduquer efficacement les patients souffrant de gonarthrose, dans la mesure où ils pensaient que les MK avaient la connaissance et la possibilité de prendre en charge correctement la gonarthrose et jugeant que la majorité des MG n'avaient pas cette compétence. La plupart des MK ont déclaré que les potentialités de la rééducation dépendaient de l'ancienneté du handicap, les meilleurs résultats étant obtenus lors de prises en charges précoces. Tous ont dit que le bénéfice était obtenu à long terme, ce qui était souvent contradictoire avec les attentes des patients d'un bénéfice à court terme.

### Thème 1. Traitement médicamenteux Recommandation 1.1.

L'objectif du traitement médicamenteux est de soulager la douleur et d'améliorer la mobilité articulaire afin de permettre le maintien d'une activité fonctionnelle satisfaisante pour les patients.

Les commentaires des patients concernaient principalement la difficulté de maintenir un niveau d'activité selon leurs souhaits. Ils exprimèrent leur frustration de ne pas

Tableau II. Caractéristiques des participants à l'étude.

Age (ans)*	Patients 68 (55-82)	Médecins généralistes 53 (48-77)	Kinésithérapeutes 46,5 (24-69)
Sexe : femmes/hommes	9/2	2/5	4/6
Années d'exercice*	-	22 (10-46)	18 (2-39)
Pourcentage de la clientèle ayant une arthrose			
- moins de 10 %	-	3	2
<b>- 10-24 %</b>	-	4	7
- 25-49 <b>%</b>	-	-	1
Ancienneté de la gonarthrose*	20 (3-50)	-	-
Intensité moyenne de la douleur au cours de la semaine précédente			
(échelle numérique de 0 à 10)*	7 (3-9)	-	-
Score de Lequesne*	12 (5-21)	-	-

<sup>\*</sup> médiane (extrêmes).

# <5 ans

#### ARTICLES DE SOUTIEN

Visitez notre boutique en ligne pour une liste plus exaustive de nos produits www.kines-du-monde.org

59€

59€

Affiche [50x50cm]4€



39€

68€

4 Cartes Postales [peintes à la main]



#### Linge Pro

#### Tunique Professionnelle [AVEC pressions]



65% polyester, 35% coton 3 pochés col officier couleur: blanc marquage: coeur, dos tailles: XS, S, M, L, XL, XXL

#### Drap Housse [spécial table de soins]



éponge grain serré dimension: 65x195cm matière extensible couleurs: blanc (BC), bleu clair (BL), vert clair (V), orange (O)

## Accessoires Pro

#### Crème de Massage [lot de 2 au choix]



crème FLUIDE massage court et rapide crème NEUTRE massage long contenance: 1 litre crèmes peu grasse

39€

#### Tunique Professionnelle [SANS pression]



65% polyester, 35% coton 3 poches col officier couleur: blanc marquage : coeur, dos tailles : XS, S, M, L, XL

#### Drap Housse jetable [non tissé]



lot de 15 draps en sachets individuels 80cm x 190cm x 15cm produit ultra léger idéal en déplacement

#### 100 cartons [prise de rendez-vous]



#### Textile

#### T-Shirt [femme]



tissu microfibre séchage rapide

marquage: coeur, dos couleurs: blanc, noir tailles : S, M, L, XL

#### 27€ Polo [homme]



100% coton manches droites marquage: coeur couleurs: blanc, kaki,

violet tailles: M, L, XL 31€

#### T-Shirt Collector «25ans» 25€ [mixte]



100% coton col rond marquage: coeur, dos

couleur : noir tailles : S, M, L, XL

#### Vos coordonnées (ou cachet professionnel)

Nom:			
Prénom:			
Adresse:			
Tél:			
E-mail :			

Article et/ou Lot [FMT mai 2012]	Taille	Couleur Modèle	Qté	P.U.	Somme
Montant total des ar					
Participation aux frais de port 7€ quelque soit le nombre d'articles commandés (frais de port gratuits pour le caducé et les cartes postales)					7,00 €
Don ou Adhésion adhésion 46€ (23€ pour les étudiants)					

Total commande (je joins un chèque du montant correspondant)

#### Kinésithérapeutes Du Monde

14, rue Colbert - 38000 Grenoble - France tél: 04 76 87 45 33 - fax: 04 76 47 32 82 e-mail: kdm.siegesocial@kines-du-monde.org 18€ arifs valables du 1er



être capables d'accomplir les activités souhaitées du fait de leur douleur. Ils insistèrent tout particulièrement sur l'impact négatif des poussées de la maladie sur leurs activités, le caractère imprévisible de ces poussées rendant difficile la planification de leurs activités. En conséquence, la plupart des patients limitaient leurs activités dans la crainte des poussées, avec des conséquences négatives sur leur vie sociale. L'utilisation des traitements médicamenteux pour juguler les poussées était variable selon les patients, certains prenant des médicaments avec régularité, d'autres en prenant avant une activité, les derniers n'en prenant qu'en cas de poussée douloureuse. Toutefois, la plupart ont exprimé leur déception concernant l'efficacité des médicaments pour prévenir ou soulager les symptômes de leurs poussées de gonarthrose.

La plupart des MG étaient déçus par le peu d'effet des traitements médicamenteux sur la physiopathologie de la gonarthrose, leur intérêt se limitant essentiellement au soulagement temporaire de la douleur. Certains ont déclaré que la littérature actuelle et les recommandations actuelles négligeaient la contribution des antiarthrosiques d'action lente (comme la glucosamine, la chondroïtine, la diacéréine et/ou les insaponifiables d'avocat et de soja) dont ils pensaient qu'ils pouvaient agir sur la physiopathologie de la gonarthrose à long terme.

Les MK aussi ont déclaré que les traitements médicamenteux actuels avaient pour principal effet le soulagement de la douleur et non la guérison de la gonarthrose. La majorité des MK a déclaré que plusieurs méthodes thérapeutiques devraient être utilisées avant d'avoir recours aux médicaments, ces méthodes incluant les mesures préventives, la kinésithérapie et les produits de santé naturels. Certains MK voyaient les médicaments comme un dernier recours dans la prise en charge thérapeutique, leur utilisation étant le témoin d'une prise en charge inadaptée au stade précoce de la gonarthrose.

#### Recommandation 1.2.

Le paracétamol devrait être utilisé de première intention pour soulager les douleurs de la gonarthrose.

Le terme de paracétamol a été mal compris par les patients. Quand l'interviewer eut fourni une aide en donnant les noms des spécialités commerciales du paracétamol, tous les patients ont admis qu'il s'agissait du médicament de première intention. La plupart des patients pensaient que le paracétamol était souvent suffisant pour traiter la douleur en ayant l'avantage d'une bonne tolérance. Mais ils pensaient également que le paracétamol avait peu d'efficacité pendant les poussées.

Certains MG ont déclaré que les patients étaient insatisfaits quand le paracétamol leur était prescrit, dans la mesure où ils le percevaient comme inefficace, non spécifique de la gonarthrose et en vente libre. D'autres MG déclarèrent qu'il était de leur rôle d'éduquer les patients sur l'intérêt du paracétamol en tant que traitement de première intention. Certains MG ont souligné que le paracétamol étant en vente libre, cela encourageait l'automédication. Certains MG, tout en étant d'accord avec la première intention attribuée au paracétamol, pensaient que les recommandations surévaluaient le rôle du paracétamol au détriment des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et que ses risques étaient sous-estimés dans les recommandations. Si presque tous les MK étaient d'accord avec la première intention du paracétamol, la plupart ont souligné que d'autres méthodes thérapeutiques, dont la kinésithérapie, devraient être utilisées avant le paracétamol. Certains pensaient que le paracétamol pouvait masquer la douleur et la problématique physique sous-jacente, diminuant la capacité du patient à évaluer sa propre évolution et gênant le MK pour une prise en charge adaptée.

#### Recommandation 1.3.

Les AINS peuvent être utilisés en remplacement ou en association avec le paracétamol si le soulagement de la douleur est insuffisant. La posologie des AINS doit être la plus faible possible capable d'apporter le soulagement espéré par le patient. L'utilisation prolongée des AINS doit être évitée dans la mesure où la fréquence de ses effets indésirables augmente avec la durée de traitement.

Comme pour le paracétamol, la plupart des patients n'avaient pas une idée claire sur la notion d'AINS. Après avoir pris connaissance des noms des spécialités commerciales, la notion devint plus claire pour certains, mais restait floue pour environ la moitié d'entre eux. Les patients habitués aux AINS les prenaient pour traiter les symptômes des poussées de gonarthrose. Toutefois, la plupart d'entre eux limitaient leur utilisation du fait de la crainte ou de l'expérience personnelle des effets indésirables digestifs. La plupart des MG considéraient les AINS, non comme des antalgiques, mais comme des traitements purement anti-inflammatoires. Ils considéraient qu'il existait d'autres médicaments plus appropriés pour soulager la douleur, comme les opioïdes. Certains MG considéraient que les AINS étaient parfois inappropriés, comme par exemple dans le cas de symptômes « mécaniques » de la gonarthrose, sans signe inflammatoire.

La plupart s'interrogeaient sur l'opportunité d'une prescription à la demande, plutôt que d'une prescription d'une durée fixe à prendre surtout pendant les poussées. Certains pensaient qu'une utilisation prolongée des AINS était adaptée pour traiter efficacement la gonarthrose, en citant la pratique de certains rhumatologues. Les MG ont exprimé des opinions diverses quant à l'importance de l'information sur les risques liés aux AINS qui devrait être fournie aux patients au moment de leur prescription. Certains pensant qu'une information trop alarmiste pouvait effrayer les patients et empêcher leur utilisation et l'adhésion au traitement. Ils pensaient aussi que les patients étaient déjà correctement informés sur les effets indésirables possibles des AINS. D'autres soulignant qu'il était du devoir du MG de discuter avec ses patients sur le risque associé à la prise d'AINS afin de partager la décision de leur prescription. La plupart des MG ont déclaré que l'ibuprofène constituait un AINS intéressant dans la mesure où ils pensaient que cette molécule possédait moins d'effets indésirables et était en vente libre. Les MK pensaient également que les AINS devraient être utilisés pour traiter l'inflammation et non la douleur. Les MK n'étaient pas d'accord entre eux sur l'utilité des AINS, certains adhérant à une prescription à la demande pour des périodes les plus courtes possibles, d'autres pensant que les effets indésirables dépassaient souvent les bénéfices attendus. La plupart des MK déclaraient que les effets indésirables n'étaient pas seulement observés pour les traitements prolongés, mais aussi pour les traitements de courte durée. Ils déclaraient utiliser d'autres méthodes pour traiter l'inflammation et ceci sans effet indésirable, comme les agents physiques et l'électrothérapie. Pour contrôler l'inflammation, certains MK déclaraient que les AINS seuls n'étaient pas suffisants et devaient être associés à la kinésithérapie. Certains ont aussi souligné l'importance du rôle du MK dans l'éducation du patient quant aux AINS et aux alternatives possibles.

### Thème 2. Exercices physiques Recommandation 2.1.

Les patients devraient être encouragés à reprendre et à maintenir leurs activités quotidiennes. Pour les patients nécessitant une aide, un programme d'exercices supervisé par un professionnel de santé peut être utilisé. Les exercices physiques peuvent majorer temporairement la douleur mais n'aggravent pas le processus arthrosique. Les patients ont généralement adhéré à l'accent mis sur le maintien des activités physiques malgré la gonarthrose, avec pour but d'accomplir les actes de la



## 39 %\* des masseurs kinésithérapeutes ont choisi La Médicale

#### **VIE PROFESSIONNELLE**

- RC Professionnelle et Protection Juridique
- Cabinet Professionnel
- Assurance Prévoyance (arrêt de travail, invalidité, perte de profession, prévoyance entre associés...)
- Assurance des emprunteurs

#### VIE PRIVÉE

- Complémentaire santé
- Assurance Prévoyance (capital décès rente éducation, accidents de la vie...)
- Assurance-vie, Retraite, Épargne salariale
- Assurances Automobile et Habitation

Soyez prévoyant pour vous et votre famille.

Retrouvez-nous sur





application iPhone





vie quotidienne et de participer le plus normalement possible aux activités sociales. La plupart ont trouvé cette recommandation encourageante et motivante. Néanmoins, tous ont trouvé qu'une antalgie efficace était essentielle pour maintenir ces activités physiques, ce qui était difficilement possible lors des poussées. Mais si cet objectif était considéré comme louable, la plupart des patients n'étaient pas convaincus par les bénéfices cliniques des activités physiques sur la gonarthrose et déclaraient que l'activité physique pouvait aggraver la gonarthrose et entraîner des poussées. L'impact de l'activité physique sur la gonarthrose était diversement apprécié par les MG. Certains ont cité un effet bénéfique sur la mobilité du genou et sur le bien-être général, tandis que d'autres ont souligné le risque d'aggravation des lésions arthrosiques. La plupart des MG ont déclaré qu'une antalgie efficace était nécessaire pour permettre aux patients d'accomplir leurs activités quotidiennes et que ceci était difficile à obtenir chez certains patients. Le manque de motivation des patients à rester actifs malgré leur gonarthrose, surtout quand le patient avait été sédentaire pendant toute sa vie, a été exprimé par la plupart des MG comme un obstacle fréquent à l'activité physique. Certains MG pensaient que cette recommandation d'un maintien d'activité pouvait créer un espoir irréaliste et décourager les patients trop handicapés. Tous les MK ont adhéré à cette recommandation, certains déclarant que l'activité pouvait être néfaste si elle était excessive, justifiant par là même le rôle du MK dans la prise en charge de cet aspect des activités physiques.

#### Recommandation 2.2.

Les patients qui effectuent des activités physiques exposant à des traumatismes devraient être incités à changer de type d'activité.

Tous les patients étaient d'accord avec cette recommandation, soulignant l'importance de diminuer les activités source de douleur, signe possible de détérioration articulaire. Les MG et les MK ont généralement adhéré aussi à cette recommandation.

#### Recommandation 2.3.

Les patients et les professionnels de santé devraient fixer ensemble les objectifs des exercices physiques habituels dans le but d'optimiser les résultats sur la douleur et la fonction. Le type d'exercice devrait être déterminé par le professionnel de santé en accord avec les besoins et les atteintes du patient.

La plupart des patients ont souligné que les MG fournissaient rarement des instructions spécifiques concernant les exercices physiques et pensaient que les MK avaient plus de connaissance dans ce domaine. Si les patients trouvaient le partage de décision concernant leur programme d'exercices comme un élément important, la plupart déclaraient que les cliniciens prescrivaient habituellement des exercices sans discuter de la question.

La plupart des MG ont confirmé le point de vue des patients selon lequel les MK avaient la connaissance et l'expérience pour fournir un programme d'exercices physiques plus adapté qu'ils ne pourraient le faire eux-mêmes. Certains MG pensaient que l'implication des MK était nécessaire pour motiver le patient et organiser le programme d'exercices physiques.

Les MK étaient d'accord avec la proposition selon laquelle la planification des exercices physiques relevait habituellement de leur mission, plutôt que de celle des MG. Certains MK ont remis en cause le processus de partage de décision avec le patient, argumentant que les avis et les attentes des patients reflétaient rarement leurs besoins. Ainsi, les MK, dans leur majorité, se percevaient eux-mêmes ceux sachant ce qui était le mieux pour leurs patients.

#### Recommandation 2.4.

Les patients devraient être encouragés à réaliser régulièrement des exercices physiques, idéalement 15 à 30 minutes au moins trois fois par semaine. Pour exemple, ces exercices peuvent être la marche, la natation ou un programme d'exercices supervisé. L'intensité des exercices peut être adaptée aux variations de l'intensité de la douleur.

La plupart des patients croyaient qu'un programme d'exercices n'était pas indispensable s'ils obtenaient les bénéfices liés à leurs activités quotidiennes. Les poussées de la maladie ont encore été soulignées comme étant un obstacle dans la planification et la réalisation d'exercices réguliers. La plupart des patients n'avaient pas d'idée claire quant au type et à l'intensité des exercices physiques qu'ils devaient favoriser. La plupart ont mentionné que l'arrêt des exercices pouvait être bénéfique en diminuant les contraintes sur leurs genoux, alors que des exercices trop intensifs pouvaient aggraver leur maladie. Les MG étaient en général d'accord avec les patients, déclarant que les bénéfices des exercices pouvaient être obtenus au travers des activités de la vie quotidienne. Certains MG ont souligné que la capacité

des patients à effectuer régulièrement des

exercices dépendait de plusieurs facteurs

comme la sévérité de leur handicap, leur

âge, leur état général et leur motivation.

Ainsi, ils remettaient en question la capacité

de certains patients à réaliser régulièrement ces exercices.

La plupart des MK ont estimé que cette recommandation était trop simpliste, argumentant que les programmes d'exercices devaient être déterminés au cas par cas par le MK. Toutefois, les MK n'étaient pas d'accord entre eux sur les modalités d'exercices physiques efficaces. Pour certains, les exercices devaient être effectués quotidiennement en petite quantité, tandis que pour d'autres ils devaient être plus longs mais moins fréquents. De même, certains MK estimaient qu'il était préférable d'intégrer les exercices dans les activités quotidiennes, alors que d'autres étaient favorables à des programmes d'exercices structurés avec des dates précises de début et de fin. Tous ont souligné la nécessité d'un suivi par le MK afin d'évaluer l'état du patient et de l'encourager à poursuivre ses exercices.

#### Thème 3. Autogestion Recommandation 3.1.

L'activité est nécessaire au bon état de l'articulation du genou.

Les trois groupes étaient d'accord pour penser que l'activité était nécessaire à la santé de l'articulation du genou, tout en mettant en garde sur le fait qu'une activité trop importante pouvait aggraver les lésions du genou. Mais l'avis des patients et des MG n'était pas clair concernant la quantité et le type d'activité nécessaire pour obtenir un effet positif sans aggraver la gonarthrose. Les MK ont souligné que leur rôle était de personnaliser l'activité du patient selon ses besoins et ses capacités.

#### Recommandation 3.2.

Les patients devraient participer activement au traitement de leur pathologie articulaire, en discutant avec les professionnels de santé sur leurs besoins et leurs attentes. A chaque étape du traitement, les professionnels de santé devraient évaluer l'adhésion du patient au programme thérapeutique mis en place. Les trois groupes étaient d'accord avec la nécessité de la participation active du patient au traitement de sa gonarthrose. Toutefois, la majorité des patients a insisté sur la nécessité d'être motivé pour le faire. Comme les MG, la plupart ont fait remarquer que l'adhésion du patient était essentielle pour obtenir des résultats significatifs. Les MG pensaient que la majorité des patients faisait preuve d'un fatalisme vis-à-vis de leur gonarthrose, limitant ainsi leur adhésion aux recommandations thérapeutiques. Si les MK étaient en accord avec la nécessité d'une participation active des patients, certains ont déclaré qu'il était fréquent que les patients aient des connaissances et des croyances fausses concernant la gonarthrose et qu'il était finalement du ressort du MK de



www.starvac-group.com +33 (0)534 250 770



prendre en charge les patients de manière appropriée.

#### Recommandation 3.3.

Chez les patients obèses, les activités physiques aideront à stabiliser ou à perdre du poids. L'amaigrissement améliore la douleur et la fonction articulaire, alors que la prise de poids aggrave la douleur et la fonction articulaire.

L'avis des patients était flou en ce qui concerne les bénéfices de l'amaigrissement sur la gonarthrose. La plupart s'interrogeaient sur les relations entre le poids et la gonarthrose, faisant remarquer que des personnes de poids standard, certains se trouvant dans la salle, avaient aussi une gonarthrose. La plupart estimaient que l'amaigrissement constituait plus une mesure de prévention primaire et avait une influence limitée sur une gonarthrose établie. La plupart ont estimé que si l'amaigrissement avait un effet positif sur la gonarthrose, ceci ne pouvait être qu'à très long terme. La plupart estimaient également que l'intérêt de l'amaigrissement n'était pas spécifique à la gonarthrose, mais avait surtout une influence bénéfique sur la mobilité en général. La plupart des patients ont insisté sur la difficulté de perdre du poids, compte tenu du rôle de facteurs non modifiables comme des facteurs génétiques, la composition corporelle et d'autres facteurs prédisposant. La plupart ont estimé que l'amaigrissement était encore plus difficile pour les patients atteints de gonarthrose dans la mesure où l'activité, un élément important pour perdre du poids, était entravée par la douleur et le handicap. Certains ont fait remarquer que la prise d'AINS nécessitait des prises alimentaires régulières, même en l'absence d'une sensation de faim, pour prévenir les effets indésirables gastro-intestinaux.

Les MG étaient en accord avec la plupart des opinions exprimées par les patients, déclarant que l'amaigrissement avait un impact limité sur la gonarthrose. La plupart des MG pensaient que l'amaigrissement était plus efficace en prévention primaire et n'avait que peu d'efficacité sur la gonarthrose installée. La plupart ont remis en question l'existence d'une relation physiopathologique directe entre le poids et la gonarthrose, argumentant que nombre d'autres facteurs était associé à la gonarthrose comme des facteurs traumatiques ou génétiques. L'amaigrissement était considéré comme particulièrement difficile à obtenir chez les patients atteints de gonarthrose, non pas seulement du fait de la diminution générale des activités, mais aussi parce que les patients étaient généralement plus âgés, moins actifs et avaient un métabolisme plus lent. Ainsi, la plupart des MG considéraient que la diminution des apports alimentaires était une méthode plus pertinente que l'activité pour perdre du poids. Comme cela a été dit par les patients, la plupart des MG pensaient que l'amaigrissement était efficace pour améliorer la mobilité en général

et pensaient que ceci constituait une meilleure motivation pour inciter les patients à perdre du poids, que celle liée à l'influence potentielle sur la gonarthrose à long terme. L'avis des MK était différent de celui des patients et des MG dans la mesure où ils adhéraient sans réserve à cette recommandation. La plupart ont admis que la perte de poids était difficile dans la mesure où elle devait faire appel à de nombreux facteurs et nécessitait souvent un changement de mode de vie. Mais la plupart estimait que leur relation avec leur patient, développée au cours des nombreuses sessions thérapeutiques, les rendait plus à même de le convaincre d'un tel changement de mode de vie. Certains ont déclaré que l'amaigrissement n'était pas la panacée, et que d'autres éléments agissant sur le handicap fonctionnel du genou devaient être pris en charge par le MK, comme la distension ligamentaire, la force musculaire et la proprioception. Comme cela avait été dit dans les deux autres groupes, la plupart des MK ont fait remarquer que l'amaigrissement n'était pas seulement bénéfique pour le genou, mais pour la mobilité en général.

### Thème 4. Travail et activité Recommandation 4.1.

Les patients devraient être incités à reprendre ou à maintenir leurs activités professionnelles dans la mesure où la douleur le permet et avec une exposition minimale aux traumatismes.

Même si les patients jugeaient que la reprise du travail était importante pour l'insertion sociale, la plupart estimaient que la reprise des activités professionnelles était impossible une fois que la gonarthrose s'était installée, du fait de son caractère incurable. Les poussées de gonarthrose furent mises en avant comme un obstacle majeur à la reprise du travail, empêchant la planification et l'accomplissement des tâches professionnelles. Certains ont souligné l'importance de la motivation pour une reprise du travail malgré la gonarthrose, un élément influencé par la signification des activités professionnelles dans la vie du patient. Les MG ont fait remarquer que la reprise du travail était importante, apportant des bénéfices psychologiques et sociaux allant bien audelà de la gonarthrose. Même si l'objectif est d'intérêt, certains MG déclaraient que la reprise du travail n'entraînerait pas d'amélioration de la gonarthrose et que l'arrêt temporaire ou définitif du travail pouvait avoir un effet bénéfique sur la gonarthrose. La plupart des MG ont indiqué que la reprise du travail dépendait de nombreux facteurs, parmi lesquels l'âge, le degré du handicap et la profession concernée. Pour que la reprise du travail soit couronnée de succès, la plupart des MG ont insisté sur l'importance d'une reprise progressive, d'un bon contrôle de la douleur et d'un évitement des tâches professionnelles susceptibles d'aggraver la gonarthrose. Les MG n'étaient pas unanimes quant à la reprise de l'activité usuelle quand

la douleur diminuait, certains étant réticents à cause du risque d'aggravation des lésions arthrosiques, d'autres insistant sur l'effet positif de l'activité sur le bien-être général, et les derniers étant hésitants. Néanmoins, comme cela a été dit pour les patients, la plupart des MG pensaient aussi que la reprise du travail était difficile compte tenu du caractère incurable de la gonarthrose. La plupart des MG pensaient que leur rôle dans le maintien des activités professionnelles, devait être plus un rôle d'accompagnement qu'un rôle dirigiste, insistant par là même sur l'importance de discuter de cette question avec le patient. La plupart ont déclaré qu'au bout du compte, le maintien au travail dépendait surtout de l'intérêt et de la motivation du patient à le faire. Toutefois, certains MG ont insisté sur l'importance de ce message pour aller à l'encontre du fatalisme souvent exprimé par les patients à l'égard de leur pathologie.

La plupart des MK ont souligné l'importance de la reprise du travail et du maintien des activités professionnelles, principalement pour les bénéfices psychologiques associés. Ils ont aussi déclaré que le retour aux activités, y compris professionnelles, constituait un des principaux objectifs de la physiothérapie. Toutefois, la plupart des MK se sont interrogés sur la pertinence de cette recommandation, pensant que l'absentéisme professionnel était rare dans la gonarthrose.

#### Recommandation 4.2.

S'il y a une exposition à des traumatismes, l'environnement professionnel devrait être adapté pour diminuer cette exposition. Si cela n'est pas possible, un reclassement professionnel devrait être proposé.

Les trois groupes ont été en accord avec cette recommandation, mais il existait un flou et des désaccords sur le type d'activité à risque pour la gonarthrose. La plupart des MG ont fait remarquer la nécessité d'adapter l'environnement professionnel, mais a souligné leur manque de connaissance ou d'expertise dans ce domaine, précisant que ceci relevait de l'ergothérapeute. Toutefois, la plupart des MG pensaient que l'adaptation du poste de travail constituait un facteur associé principalement à la prévention primaire plutôt qu'au traitement. Les MK, quant à eux, ont fait remarquer que l'action concernant les modifications des activités professionnelles liées à la gonarthrose était limitée, pour l'essentiel, à l'ergonomie du poste de travail dans la prévention primaire, une tâche revenant aux ergonomes et non aux MK.

#### Discussion

Les obstacles à la mise en pratique des recommandations que nous avons identifiés dans cette étude fournissent des éléments

## Réagissez!







importants pour améliorer l'acceptabilité des recommandations concernant la gonarthrose par les cliniciens et par les patients. De manière générale, l'opinion selon laquelle la gonarthrose n'est pas considérée comme une maladie et le sentiment que le traitement conservateur n'est pas efficace, pourraient être des raisons expliquant une prise en compte insuffisante par les patients et les MG [8]. Cette perception de l'efficacité limitée des thérapeutiques peut être discutée dans la mesure où il a été démontré que de nombreuses méthodes thérapeutiques sont efficaces [1, 2]. Si les patients soulignent de manière répétée le rôle des poussées de la maladie sur la capacité à participer aux activités sociétales, les MG et les MK n'ont pas évoqué cette problématique des poussées, ce qui laisse penser que cette question pourrait ne pas être prise en compte de manière adaptée dans la stratégie thérapeutique établie par les

En comparaison avec les patients et les MG, les MK ont été plus optimistes sur les effets potentiels de la rééducation dans la gonarthrose et ont été confiants dans leurs propres compétences à traiter cette pathologie. Toutefois, les discordances entre les différents MK sur la question des techniques spécifiques posent la question de la logique et de l'utilité de celles-ci. Ces différences de pratique suggèrent que ce n'est peut-être pas le traitement spécifique fourni par le MK qui est crucial, mais plutôt la prise en charge générale et l'accompagnement que fournissent les MK qui jouent un rôle au sein du processus thérapeutique. Les publications concernant les exercices physiques dans la gonarthrose pourraient aller dans ce sens, car elles montrent que les exercices généraux sont aussi efficaces que les exercices spécifiques [29]. Dans d'autres pathologies, il a été démontré que l'implication des MK améliore l'adhésion aux exercices [30], mais les études manquent dans le cadre de la gonarthrose. Les questions demeurent sur les éléments de la prise en charge par le MK qui ont le plus d'impact dans la gonarthrose.

De même, les MK se positionnent eux-mêmes comme des experts dans le traitement de la gonarthrose, diminuant la participation du patient dans les décisions thérapeutiques. Ceci pourrait freiner le processus de décision partagée et limiter l'adhésion aux recommandations thérapeutiques [15]. Cette insistance concernant l'expertise et la nécessité de l'implication du MK pourrait être motivée non pas seulement par les bénéfices perçus, mais aussi par les enjeux de pouvoir et de légitimité associés à leur place au sein du système de santé dans le domaine du traitement de la gonarthrose. Les obstacles aux recommandations impliquent principalement les activités/exercices, les traitements médicamenteux et l'amaigrissement. À la fois les MG et les patients apparaissent ambivalents sur le sujet des activités et des exercices physiques, reconnaissant leur utilité thérapeutique possible et dans le même temps les identifiant comme une cause d'apparition et d'aggravation de la gonarthrose. Cette ambivalence semble être la conséquence de l'incertitude concernant le type et la quantité des activités physiques nécessaires pour obtenir un bénéfice thérapeutique sans dégrader l'articulation du genou. Les MG et les patients semblent rechercher les types d'exercices les plus appropriés pour augmenter les bénéfices et diminuer les dégâts, alors que les MK pensent que leur rôle est de définir ces paramètres. Les données de la littérature montrent cependant l'efficacité des exercices physiques de manière générale et montrent que les caractéristiques de ces exercices devraient être plus dictées par l'acceptabilité par le patient (préférences, tolérance et accessibilité) dans le but d'améliorer l'adhésion [21]. Concernant les activités professionnelles, les trois groupes ont souligné les effets psychosociaux bénéfiques du maintien au travail malgré l'existence d'une gonarthrose, mais étaient dubitatifs sur sa faisabilité du fait du caractère incurable de la gonarthrose, des risques de détérioration articulaire et des incertitudes sur la nature des tâches professionnelles à éviter. Les recherches ont cependant démontré que les activités qui devaient être évitées, étaient celles entraînant des contraintes mécaniques anormales, excessives ou répétées sur l'articulation du aenou [21, 31, 32].

Pour les traitements médicamenteux, nos résultats concernant le paracétamol semblent similaires à ceux trouvés dans une étude réalisée en Australie avec des patients et des MG [13]. Dans les deux études, des discordances se dévoilent entre les avis des patients et ceux des MG vis-à- vis du paracétamol, car les MG mettent en avant plus d'obstacles concernant l'adhésion des patients que ne le font les patients eux-mêmes. Il est possible que les MG surestiment la prévalence des patients sous-évaluant le paracétamol [33]. Les croyances des MG qui anticipent des réactions négatives de la part des patients pourraient expliquer en partie la sous-utilisation du paracétamol dans le traitement de la gonarthrose. Des données récentes, disponibles après l'élaboration des recommandations, ont cependant remis en cause l'efficacité et la tolérance du paracétamol [34]. Il est particulièrement intéressant de constater que certains, mais non tous les MG, considèrent que l'efficacité du paracétamol est surestimée et que ses risques sont sous-estimés dans les recommandations sur la gonarthrose. Leur opinion semble en accord avec les connaissances scientifiques actuelles. Ceci souligne la durée de vie limitée des recommandations [35]. Développer des recommandations, évaluer leur applicabilité et en diffuser les messages prennent du temps. Il est nécessaire de créer des méthodes plus réactives quand les recommandations sont élaborées, évaluées et diffusées. De

manière étonnante, les points de vue des patients concernant les AINS étaient plus en accord avec les recommandations que ceux des MG. Les MG participants étaient plus ou moins au courant des données de la littérature concernant l'effet analgésique des AINS, son rôle de complément par rapport au paracétamol et son utilisation limitée dans le temps, uniquement quand cela est nécessaire. Bien que les patients habitués aux AINS aient des opinions allant dans le sens des recommandations, un nombre significatif de patients ne savait pas que qu'étaient les AINS. Cette méconnaissance avait été observée dans d'autres études [15, 16]. Dans la mesure où l'utilisation des AINS devrait être guidée par l'évaluation du rapport bénéfice/risque au sein d'un processus de décision partagée entre le MG et le patient, cette méconnaissance entrave cette démarche.

Les MK semblent minimiser le rôle des médicaments dans la prise en charge générale de la gonarthrose et soulignent l'importance du traitement par kinésithérapie avant d'avoir recours aux médicaments. Les discordances d'opinion entre MG et MK concernant les traitements médicamenteux peuvent être une source de confusion pour les patients. Cette réticence vis-à-vis des médicaments apparaît non fondée dans la mesure où ces médicaments, quand ils sont utilisés correctement, jouent un rôle important dans le traitement des symptômes de la gonarthrose [1, 2]. Cette perception des choses semble en partie fondée sur des témoignages de patients pour lesquels les traitements n'ont pas été correctement utilisés, par exemple l'utilisation chronique d'AINS. Ce point de vue pourrait aussi être motivé par des enjeux de pouvoir et de légitimité, le médicament étant perçu par le MK comme entrant en compétition avec sa propre thérapeutique, au lieu de le concevoir comme complémentaire.

L'amaigrissement semble être la source des obstacles les plus importants tant chez les patients que chez les MG. La plupart remettent en question l'impact de l'amaigrissement sur la gonarthrose établie, semblant ne pas connaître les preuves démontrant cette relation. Il est possible que les patients et les MG surestiment l'importance de la perte de poids nécessaire pour obtenir des bénéfices en termes de santé. Les données de la littérature montrent qu'une perte d'environ 6 kg (ou autour de 5 % du poids corporel) est suffisante pour obtenir un effet de petite taille sur la douleur et le handicap [36]. Néanmoins, aussi bien les patients que les MG mettent en doute la capacité des patients atteints de gonarthrose à perdre du poids de manière durable. Les difficultés d'une perte de poids pérenne sont bien connues dans la population générale, mais semblent encore plus complexes dans la population âgée atteinte de gonarthrose [37]. Bien que la perte de poids ait été démontrée efficace chez les patients atteints





de gonarthrose dans des essais standardisés et supervisés [36], son efficacité dans la « vraie vie » doit être reconsidérée compte tenu des barrières émises par les participants. Si elle est inapplicable par la plupart des patients atteints de gonarthrose, il est probable que cette recommandation peut entraîner plus de mal que de bien par le biais d'une stigmatisation [38]. Bien que la perte de poids semble améliorer la gonarthrose, son effet taille est relativement modeste, au vu de ses difficultés et des facteurs impliqués. Néanmoins, les bénéfices de la perte de poids vont bien au-delà de la pathologie du genou.

#### Limites de l'étude

Comme pour toutes les études qualitatives, les résultats de cette étude sont limités au contexte dans lequel les participants ont été recrutés, c'est-à-dire dans la région parisienne en France. Néanmoins, un échantillonnage réfléchi a été effectué pour recruter des participants ayant des caractéristiques différentes, avec pour but d'obtenir une large diversité des points de vue. D'autres études sur des interventions sélectives et des personnes concernées ont trouvé des résultats similaires, augmentant la confiance dans les résultats. Les méthodes qualitatives utilisées permettent de mieux comprendre les raisons influençant la mise en application des recommandations thérapeutiques, une information qu'il est difficile d'obtenir avec des méthodes quantitatives. Toutefois, cette étude devrait être répliquée dans d'autres contextes et d'autres pays pour évaluer la transférabilité des résultats.

#### Recommandations

Auvu des obstacles précédemment mentionnés, les stratégies suivantes peuvent être utilisées dans le but de faciliter la mise en pratique des recommandations thérapeutiques :

- le fatalisme concernant la gonarthrose devrait être combattu par l'éducation des MG et des patients, pour ce qui concerne les options thérapeutiques conservatrices efficaces comme les traitements médicamenteux, les exercices physiques et la perte de poids;
- les cliniciens de proximité devraient accentuer une prise en charge thérapeutique efficace des poussées, à l'aide de traitements médicamenteux appropriés et de la gestion des activités;
- les cliniciens de proximité devraient être éduqués pour ce qui concerne l'effet antalgique des AINS à utiliser quand le paracétamol est insuffisant, mais ne devraient les utiliser que si nécessaire, comme en cas de poussée et avant des activités exigeantes;
- les MG devraient discuter du traitement par AINS avec les patients dans le cadre d'un processus de décision partagée en évaluant le rapport bénéfice/risque;
- les MK devraient être éduqués pour ce qui concerne les effets bénéfiques des traitements médicamenteux quand ils sont utilisés à bon escient, traitements qui peuvent être complémentaires de la kinésithérapie;
- les patients et les MG devraient être éduqués pour ce qui concerne les bénéfices de l'activité et des exercices physiques qui sont supérieurs aux risques d'aggravation de la gonarthrose;

- les cliniciens de proximité et les patients devraient être éduqués sur le fait que les caractéristiques des activités et des exercices physiques devraient être déterminées par le biais d'une décision partagée dans le but d'améliorer l'adhésion;
- les patients et le MG devraient être éduqués quant aux bénéfices d'une perte de poids relativement faible sur la gonarthrose établie.
   La prise en charge ne devrait cependant pas stigmatiser le patient ayant du poids à perdre;
- une aide (supervision, visites de suivi, kinésithérapie, aide familiale/sociale, diététicien) devrait être fournie aux patients ayant des difficultés concernant la reprise ou le maintien d'une activité physique, ou à ceux ayant besoin de perdre du poids;
- les cliniciens de proximité devraient être éduqués pour ce qui concerne les relations entre la gonarthrose et les activités professionnelles. Si nécessaire, les médecins de proximité devraient référer le patient à une structure de soins de seconde ligne, comme à un ergothérapeute quand se pose la question de l'activité professionnelle. Dans le but de faciliter l'utilisation des recommandations, d'améliorer la pratique des cliniciens et l'évolution des patients, des interventions basées sur les stratégies précitées devraient être développées. A l'avenir, l'efficacité de ces interventions dans l'amélioration des pratiques et de l'évolution de la gonarthrose devrait être évaluée dans des études.

Stéphane Poitrasa, Michel Rossignolb, Jérôme Avouacc, Bernard Avouacd, Christine Cedraschia, Margareta Nordinf, Chantal Rousseauxl, Sylvie Rozenberga, Bernard Savarieaul, Philippe Thoumieh, Jean-Pierre Valatt, Éric Vignoni, Pascal Hilliquink

- a École de rééducation, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada.
- b Département d'épidémiologie, de statistiques et de médecine du travail, Université McGill, Montréal, Canada.
- c Service de Rhumatologie A, Université Paris 5, Hôpital Cochin, 75014 Paris, France.
- d Service de rhumatologie, hôpital Henri Mondor, 94010 Créteil, France.
- e Division de Médecine de Rééducation Générale, Université de Genève, Suisse.
- f Service de Chirurgie Orthopédique, OIOC, Université de New York, New York, Etats-Unis.
- g Service de Rhumatologie, hôpital Pitié-Salpetrière, 75013 Paris, France.
- h Fédération de Médecine Physique et de Réadaptation, Hôpital Rothschild, APHP, 75012 Paris, France.
- i Faculté de Médecine, Université François-Rabelais, 37032 Tours, France.
- j Université Claude Bernard, 69008 Lyon, France.
- k Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, 91106 Corbeil Essonnes, France.
- I Agence Nukleus, 75013 Paris, France.

Cette étude a été financée par les Laboratoires Expansciences, Courbevoie, France, qui produisent un des médicaments évoqués dans l'article (insaponifiables d'avocat et de soja) et dont les opinions et les intérêts n'ont pas eu d'influence sur le contenu du manuscrit.

Remerciements : Les auteurs remercient l'agence Nukleus d'avoir rendu possible cette étude, ainsi que Véronique Gordin et Sylvie Délézay pour leur aide précieuse.

\* En raison de son intérêt pour les lecteurs de la revue, nous reprenons ici en français un article déjà paru dans la revue Joint Bone Spine sous la référence Joint Bone Spine 2010 ; 77 : 458-65. Nous remercions la revue Joint Bone Spine et la Société française de rhumatologie pour l'autorisation de reproduction qui nous est faite.

#### **RÉFÉRENCES**

- Poitras S, Avouac J, Rossignol M, et al. A critical appraisal of guidelines for the management of knee osteoarthritis using appraisal of guidelines research and evaluation criteria. Arthritis Res Ther 2007;9:R126.
- Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. Osteoarthritis Cartilage 2007;15:981-1000.
- Jamtvedt G, Dahm KT, Holm I, et al. Measuring physiotherapy performance in patients with osteoarthritis of the knee: a prospective study. BMC Health Serv Res 2008;8:145.
- Yazdany J, MacLean CH. Quality of care in the rheumatic diseases: current status and future directions. Curr Opin Rheumatol 2008;20:159-66.
- Mazieres B, Scmidely N, Hauselmann HJ, et al. Level of acceptability of EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis by practitioners in different European countries. Ann Rheumatol Dis 2005;64:1158-64.
- DeHaan MN, Guzman J, Bayley MT, et al. Knee osteoarthritis clinical practice guidelines - how are we doing? J Rheumatol 2007;34:2099-105.
- Mitchell HL, Hurley MV. Management of chronic knee pain: a survey of patient preferences and treatment received. BMC Musculoskelet Disord 2008;9:123.
- Carr A. Barriers to the effectiveness of any intervention in OA. Best Pract Res Clin Rheumatol 2001;15:645-56.
- Agree Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003;12:18-23.
- Foster NE, Dziedzic KS, van der Windt DA, et al. Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. BMC Musculoskelet Disord 2009;10:3.

- Fraenkel L, Bogardus ST, J.-R., Concato J, et al. Treatment options in knee osteoarthritis: the patient's perspective. Arch Intern Med 2004;164:1299-304.
- Sale JE, Gignac M, Hawker G. How "bad" does the pain have to be? A qualitative study examining adherence to pain medication in older adults with osteoarthritis. Arthritis Rheumatol 2006;55:272-8.
- Barozzi N, Tett SE. Perceived barriers to paracetamol (acetaminophen) prescribing, especially following rofecoxib withdrawal from the market. Clin Rheumatol 2009;28:509-19.
- Cavazos JM, Naik AD, Woofter A, et al. Barriers to physician adherence to nonsteroidal anti-inflammatory drug guidelines: a qualitative study. Aliment Pharmacol Ther 2008;28:789-98.
- Carnes D, Anwer Y, Underwood M, et al. Influences on older people's decision making regarding choice of topical or oral NSAIDs for knee pain: qualitative study. BMJ 2008;336:142-5.
- Fraenkel L, Wittink DR, Concato J, et al. Informed choice and the widespread use of antiinflammatory drugs. Arthritis Rheumatol 2004;51:210-4.
- Marks R, Allegrante JP. Chronic osteoarthritis and adherence to exercise: a review of the literature. J Aging Phys Act 2005;13:434-60.
- Rosemann T, Wensing M, Joest K, et al. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. BMC Musculoskelet Disord 2006;7:48.
- Brand C. Translating evidence into practice for people with osteoarthritis of the hip and knee. Clin Rheumatol 2007;26:1411-20.
- Brand C, Cox S. Systems for implementing best practice for a chronic disease: management of osteoarthritis of the hip and knee. Intern Med J 2006;36:170-9.
- Vignon E, Valat JP, Rossignol M, et al. Osteoarthritis of the knee and hip and activity: a systematic international review and synthesis (OASIS). Joint Bone Spine 2006;73:442-55.
- Saillour-Glenisson F, Michel P. Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review. Rev Epidemiol Santé Publique 2003;51:65-80.
- 23. Yin R. Case study research: design and methods 2nd ed. Beverly Hills: Sage Publishing; 1994.
- 24. Tang KC, Davis A. Critical factors in the determination of focus group size. Fam Pract 1995;12:474-5.

- Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. Chicago: Dorsey Press; 1988.
- Maue SK, Segal R, Kimberlin CL, et al. Predicting physician guideline compliance: an assessment of motivators and perceived barriers. Am J Manag Care 2004;10:383-91.
- Miles MB, Huberman M. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks, CA Sage; 1994
- 28. QSR. NVivo qualitative data analysis software. 8th ed; 2008.
- Roddy E, Zhang W, Doherty M. Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. Ann Rheumatol Dis 2005;64:544-8
- Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD003180.
- Jensen LK. Knee osteoarthritis: influence of work involving heavy lifting, kneeling, climbing stairs or ladders, or kneeling/squatting combined with heavy lifting. Occup Environ Med 2008;65:72-89.
- 32. Maly MR. Abnormal and cumulative loading in knee osteoarthritis. Curr Opin Rheumatol 2008; 20: 547-52.
- Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. Soc Sci Med 1989:28:577-82.
- 34. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. Osteoarthritis Cartilage 2010;18:476-99.
- Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001;286:1461-7.
- Christensen R, Bartels EM, Astrup A, et al. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and metaanalysis. Ann Rheumatol Dis 2007;66:433-9.
- Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, et al. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. Am J Clin Nutr 2005;82:923-34.
- Friedman JM. Modern science versus the stigma of obesity. Nat Med 2004;10:563-9.

## Les insectes sont capables d'élaborer des concepts abstraits

Le cerveau des insectes est capable de fabriquer et de manipuler des concepts<sup>(1)</sup> abstraits. Il peut même utiliser simultanément deux concepts différents afin de prendre une décision face à une situation nouvelle. Ce résultat totalement inattendu a été obtenu par l'équipe du professeur Martin Giurfa au centre de recherches sur la cognition animale (CNRS/Université Toulouse III - Paul Sabatier)(2). Cette capacité, que l'on croyait propre aux humains et à quelques primates, montre que des analyses cognitives sophistiquées sont possibles en l'absence de langage et malgré une architecture neurale miniaturisée. Ces travaux, publiés dans la revue PNAS, remettent en cause de nombreuses théories dans des domaines tels que la cognition animale, la psychologie humaine, les neurosciences et l'intelligence artificielle.

La cognition humaine, et notamment nos capacités mathématiques et linguistiques, se base sur notre capacité à manipuler des concepts» ?

Dans la vie de tous les jours, les concepts qui relient des objets distincts par des règles de relation de type « même », « différent », « plus que », « au-dessus de », prennent une place prépondérante. Par exemple, l'automobiliste est guidé par un réseau complexe de concepts : codes couleur, flèches, panneaux... L'utilisation de tels concepts, que l'on a souvent crue propre à l'homme et à quelques primates, pourrait être en fait beaucoup plus répandue dans le règne animal.

Les chercheurs ont en effet montré que les abeilles sont capables de générer puis de manipuler des concepts afin d'accéder à une source de nourriture. Pour cela, ils ont pris un groupe d'abeilles qu'ils ont entraîné à pénétrer dans une enceinte, afin de récolter de la solution sucrée. Dans cette enceinte, les abeilles rencontraient deux stimuli placés chacun sur une cloison. Chaque stimulus était composé de deux images distinctes soit l'une au-dessus de l'autre (voir photo ci-contre), soit l'une à côté de l'autre. Au milieu de ces paires d'objets était placé un orifice délivrant, soit une récompense, de l'eau sucrée, soit une punition, une goutte de quinine. Ainsi, les abeilles étaient récompensées sur un concept (par exemple « au-dessus de ») et punies sur l'autre (« à côté de »). Les images variaient constamment tout en maintenant les relations « au-dessus de » et « à côté de » ainsi que leurs associations respectives à la récompense et la punition. Au bout d'une trentaine d'essais les abeilles reconnaissaient sans faute la relation qui les guiderait vers l'eau sucrée.

L'un des tests consistait à placer ces mêmes abeilles devant de nouvelles images. Le seul point commun avec les figures de l'entraînement était leur disposition : « l'une au-dessus de l'autre » et « l'une à côté de l'autre ». Les abeilles, bien que n'ayant jamai s vu ces nouvelles images, ont choisi correctement la cible ! en fonction de cette relation d'ordre abstrait.

Mais ce n'est pas tout : lors de l'entraînement, les images au milieu desquelles se trouvait la récompense étaient toujours différentes entre elles (photo ci-contre). Pour savoir si les abeilles avaient aussi appris cette relation de différence, les chercheurs ont confronté les abeilles à des stimuli nouveaux où les images constituantes respectaient la relation récompensée (par exemple « l'une audessus de l'autre ») mais qui étaient soit différentes, soit identiques. Les abeilles ont ignoré les stimuli faits d'images identiques, montrant qu'en plus des concepts « au-dessus / au-dessous » et « à côté », elles manipulaient simultanément le concept de « différence » pour prendre leur décision.

Cette étude remet en question l'idée que des cerveaux mammifères (dont le nôtre), plus importants en taille, sont nécessaires à l'élaboration d'un savoir conceptuel. Elle démontre aussi que la formation de concepts est possi ble en l'absence de langage. D'un point de vue philosophique, elle apporte de nouveaux éléments à la discussion sur ce qui serait propre à l'homme. A l'heure actuelle, l'équipe de Martin Giurfa s'attèle à l'identification des réseaux neuronaux responsables de cette conceptualisation.



Abeille entrainée à choisir des stimuli en fonction des relations « au-dessus / dessous de » et « différence ». L'abeille choisit des stimuli composés de figures jamais vues auparavant dans le cas où ces images satisfont les deux concepts simultanément : l'une et au-dessus de l'autre et toutes deux sont différentes l'une de l'autre.

(1) Ici, le terme « concept » est employé dans le cadre des sciences cognitives et il détermine une relation abstraite liant des objets indépendamment de leur nature physique (par exemple, les concepts « au-dessus de / à côté de / différent de... »).
(2) en collaboration avec Adrian Dyer, de l'Université de Melbourne

(2) en collaboration avec Adrian Dyer, de l'Université de Melbourn (Australie)

#### Références

neirourie ness Simultaneous mastering of two abstract concepts by the miniature brain of bees, Aurore Avargués-Weber, Adrian G. Dyer, Maud Combe et Martin Giurfa - Proceedings of the National Academy of Sciences, publié en ligne le 19 avril 2012



# CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA CRISE mise en perspectives des conflits sociaux en temps de crise

Ce n'est pas parce que le sujet est sensible et brûlant que nous ne pouvons pas en parler dans une revue résolument tournée vers l'avenir. Nous en appellerons à la bienveillance de votre lecture, pour que ce libre propos alimente des échanges nourris et construits entre vous, entre nous peut-être. FMT Mag

choix de ce thème est la confluence de réflexions personnelles comme professionnelles, œuvrant depuis plus de 30 ans dans le champ thérapeutique et depuis plusieurs années sur les problématiques de la santé au travail. J'ai toujours prétendu faire du "social" et tous les kinésithérapeutes par le rôle de "re-socialisation" de notre pratique permettant à nos patients d'améliorer leur capacité de communication avec les autres en retrouvant leur autonomie ; mais surtout en favorisant leur reprise du travail jouent quotidiennement un rôle social de qualité. C'est un regard certes non neutre mais nuancé, depuis un poste d'observateur et de praticien. J'ai la chance, et je suis loin d'être le seul, d'être depuis longtemps aux avant postes de ces réalités qui n'oublient jamais qu'il y a des hommes et des femmes dont la vie personnelle, professionnelle se trouve tout à coup bouleversée par l'accident, la maladie. Conscient de ces drames, il est souvent difficile de résister à ne pas tomber dans les schémas tout blancs, tout noirs, les salauds de patrons d'un côté et les pauvres salariés de l'autre, et inversement.

La mise en perspectives des conflits sociaux récents, dernièrement masqués sous la dimension psychosociale qui voudrait tendre à les individualiser, conduit à s'interroger sur les raisons et les facteurs sous-jacents conduisant à de telles situations. Des réorganisations, des fermetures, des baisses de productivité, il y en a de nombreuses dont on n'entend pas parler, alors pourquoi certaines prennent elles une telle tournure? Et comment sommes-nous passés de conséquences sur la santé physique à des conséquences sur la santé mentale?

L'analyse de ces conflits fait ressortir une conjonction de plusieurs facteurs aussi bien conjoncturels que structurels. Le premier, et non des moindres, incombe au management et à l'état d'impréparation globale du projet : une motivation économique défaillante, une pédagogie du « pourquoi » très insuffisante, des incohérences flagrantes avec les discours tenus jusqu'à présent aux salariés, une surévaluation des suppressions de postes au regard de la situation économique, sous couvert des plans massifs se déroulant au même moment. Bref. un oubli de l'humain qui est au bout du processus, et à qui le respect impose d'expliquer avant tout pourquoi son poste sera supprimé, et d'être cohérent avec ce qu'on lui a dit jusqu'à présent, sous peine de faire émerger un sentiment légitime de trahison.

Le deuxième facteur, repose sur une fragilisation des relations sociales au sein des entreprises concernées. Crise du syndicalisme aidant, pendant des années certaines entreprises ont connu un affaiblissement du corps syndical, du contenu du dialogue social, et n'ont pas pris la peine d'accompagner l'émergence de partenaires pour pouvoir dialoguer. Une fois la crise venue, il n'y a donc plus d'interlocuteur capable de s'opposer de façon constructive, de dialoguer, de porter des plateformes revendicatives cohérentes et de négocier. C'est laisser la place aux dérapages d'une base incontrôlée, à l'émergence de coordinations porteuses d'intérêts contradictoires et incapables d'établir des priorités entre les différentes revendications. Il convient aussi de noter l'incapacité des organisations syndicales à attirer et à faire émerger une relève, imposant de sortir de positions idéologiques et de stratégies d'opposition systématique.

Enfin, ajoutons, sans viser l'exhaustivité, la situation économique nationale et européenne, mais surtout des bassins d'emploi concernés qui, dans certains cas, peut légitimement pousser au désespoir des salariés persuadés de ne pas pouvoir retrouver d'emploi dans l'immédiat face à l'ampleur de la crise. La dépendance très forte de certains territoires et bassins d'emploi à l'égard de certaines filières industrielles traditionnelles (sidérurgie, automobile) constitue en effet un facteur amplificateur des effets de la crise à prendre en compte. Confrontées à une concurrence accrue, les réorganisations industrielles voire les fermetures de sites, engendrent un effondrement de pans entiers de certains tissus économiques locaux, les effets se propageant à l'ensemble de la filière, sous-traitants et fournisseurs, fragilisant par la même la situation de l'emploi dans ces bassins.

Au-delà de l'analyse de ces facteurs, on peut se demander si ces situations ne sont elles pas inéluctables ?

Force est de constater en effet depuis 30 ans que le mouvement de désin dustrialisation est bel et bien engagé, et que la crise n'a fait qu'accélérer le mouvement, dans une économie plus ouverte à la concurrence internatio-

nale, et ce, au profit d'un accroissement du niveau de vie général.

S'il paraît bien vain de croire pouvoir arrêter ce mouvement, il est de la responsabilité de chacune des parties prenantes entreprises, syndicats, pouvoirs publics, de veiller à accompagner les plus fragilisés pour que les effets de la crise n'entraînent une multiplication et une radicalisation des conflits portés par des salariés désespérés. Quelle place pourrait prendre alors le kinésithérapeute pour accompagner aussi ces patients engagés dans cette tourmente?

A chaud, il convient que chacune des parties prenantes assument pleinement son rôle et ses responsabilités. Avec du temps et de l'argent, me direz-vous ?

Certes, mais du temps pour expliquer, du temps pour négocier, du temps pour étaler les départs, si la situation de l'entreprise le permet. De l'argent évidemment, mais pas un chèque à la valise, plutôt des mesures d'accompagnement renforcées pour faciliter le retour vers l'emploi, la reconversion professionnelle éventuelle, la mobilité géographique et éviter des situations de déclassement social, et tout simplement, pour assurer un portage de plus longue durée le temps que la situation économique redémarre. L'inflation déraisonnée des plans issus des conflits les plus durs, est une fausse victoire sociale, nuisant à l'image et à l'attractivité de notre pays auprès des investisseurs internationaux et dont nous ne tarderons pas à subir collectivement les dégâts collatéraux. Pour le kinésithérapeute, un renforcement de ces pratiques qui aborde le corps physique et psychique.

Des prises en charge qui doivent être plus globale, plus centrée sur la recherche d'un équilibre corps-esprit. Il faut revenir à nos fondamentaux de réadaptation fonctionnelle qui tendent de plus en plus à disparaître dans les centres de rééducations où l'activité thérapeutique se morcelle entre les kinés, les ergos, les psychos, les profs de gym...

A froid, ces crises soulignent l'impérieuse nécessité d'une part de réinvestir le champs du social et d'autre part, d'adresser des problématiques de fond qui sous-tendent un soutien actif et un retour à l'emploi pour des populations les plus fragilisées.

Si la question de la représentativité syndicale a fait l'objet de rénovation récente, en









La table Haut de gamme a un nouveau nom...



Réservées aux plus exigeants!











Par Jean-Pierre Zana

revoyant des règles posées dans la période d'après guerre, il importe pour les directions d'entreprises de faire émerger des partenaires pour dialoguer et d'alimenter le dialogue social. Sans en faire un contrepouvoir, nous ne sommes pas dans la cogestion, comment faire en sorte de leur conférer ce rôle de partenaire représentatif, comme en Allemagne ou dans certains pays scandinaves ?

## Faut-il obliger les salariés à se syndiquer ? Autant de questions qu'il faudrait se poser peut-être

Tout appelle à redonner du sens au travail et à prendre à bras le corps des situations de fragilité, sources de conflits à venir :

- L'accompagnement des seniors : il s'agit d'éviter une fracture des générations, avec des "papyboomers" qui ont connu l'époque du plein emploi, de l'emploi à vie dans le même groupe, que l'on remercie du jour au lendemain, que l'on sort à coup de préretraites couperets, coûteuses, déstabilisantes car le travail constituait souvent le seul groupe de socialisation.

- L'accompagnement des jeunes, et notamment des moins qualifiés: Il devient impératif de valoriser les actions d'intégration des jeunes et des chômeurs longue durée en évaluant ces actions et en facilitant la reconversion professionnelle ou la mobilité géographique. Il n'est pas normal que celle ci soit financièrement moins avantageuse que le licenciement.
- L'accompagnement de ceux qui restent dans l'entreprise : 30 années de chômage de masse ont conduit à reléguer la question du travail, des conditions dans lesquelles il s'exerce et la satisfaction qu'il procure au second plan. Alors que les politiques publiques se concentrent principalement sur le développement ou le maintien du stock d'emplois existants, les entreprises et administrations se réorganisent : polyvalence, individualisation des objectifs et rémunérations, accélération des mobilités et réorganisations...

Ces évolutions ont été acceptées par les salariés sans réaction collective. Le développement des effets pathologiques de ces évolutions du travail se font sentir de manière croissante. Il est grand temps d'aborder la guestion. - La mise en place d'une dynamique de gestion des emplois et compétences à l'échelle des territoires de façon à permettre une meilleure connaissance du tissu économique local et de ses besoins et aider les acteurs locaux à développer une vision sur le court, moyen et long terme fluidifiant le marché du travail local, et permettant d'orienter à bon escient les fonds publics en matière de revitalisation des territoires.

Bref, c'est un long et difficile labeur collectif qu'on fait apparaître les conflits sociaux récents. Le changement n'étant pas le propre de l'homme, il appartient donc aux différents acteurs du corps social de l'accompagner, en veillant au maintien de solidarités ne laissant personne sur le bord du chemin. Dans ce chantier qui ne pourra manquer de s'ouvrir dans les tous prochains mois ou années, le kinésithérapeutes aura son rôle à jouer, à lui d'en être conscient et préparé.

## FORCE D'INNOVATION

Fidèle à sa réputation, le groupe **DJO Global** a profité de ce printemps REEDUCA pour y exposer ses dernières nouveautés lors du salon de Lyon.



### 3 nouveautés majeures y ont ainsi été exposées :

La toute nouvelle gamme de tables **CHATTANOGA MONTANE**. L'accueil fut enthousiasmant autour de cette nouveauté qui renouvelle le cœur du cabinet de chaque praticien. Une gamme large qui propose des tables en 2, 3, 5 et 7 sections, Bobath ou encore fixe avec un positionnement haut de gamme.

L'ARTOMOT ACTIVE-K: première attelle motorisée au monde permettant une prise en charge de la rééducation du genou jusqu'à 10 semaines post-traumatiques avec Mobilisation passive, Travail actif avec biofeedback, Coordination/proprioception et schémas thérapeutiques intégrés. Une révolution dans le monde de la mobilisation et une nouvelle plate-forme de thérapie pour les kinés libéraux de plus en plus soumis à une prise en charge post-chirurgicale précoce.

Le Mobile RPW, dispositif portable pour la prise en charge par Ondes de Choc Radiales proposant design, ergonomie et simplicité d'utilisation sans précédent. Le Mobile RPW s'affiche comme un choix des plus judicieux pour les praticiens à la recherche d'un dispositif d'Ondes de Choc Radiales afin de compléter leur plate-forme technique en cabinet.



L'équipe DJO France se tient à disposition pour tout renseignement T. : 05 59 52 80 88

physio@djoglobal.com

• www.salonreeduca.com : Un service gratuit de petites annonces en ligne



## Thérapie par ondes de choc BTL-6000

«Maîtrisez vos tendinopathies rebelles









BTL c'est également :

- La physiothérapie
- La pressothérapie

La thérapie par ondes courtes





Guéridon en option





BTL, 5° constructeur mondial de matériel de physiothérapie et de cardiologie, prend désormais une place de plus en plus importante dans les cabinets de kinésithérapie en France.

-			- 2
Coupon	réponse à	renvoy	<i>ier</i> a

#### Kine Qua Non

Rue de Hermée, 316 • B-4040 Herstal Tél.: +32 (0)4 239 21 99

> Fax: +32 (0)4 239 21 89 E-mail: info@kinequanon.be

	О	
84	•	

Tél.:

## Adresse:

Je suis intéréssé par :

- . La théraple par ondes de choc BTL
- Uultrason BTL 4000 Topline
- L'ultrason BTL 4000 Professional
- ☐ Les tables de traitement Kine Qua Non

## Prénom:

## E-mail:

C-man.

- La magnétothérapie BTL 5000
- La Vibrosphère\*
- La pressothérapie BTL 6000
- Le laser BTL 5000
- □ La thérapie par ondes courtes BTL-6000

# EN-MOTION

## LE TAPIS ROULANT DE KINÉSITHÉRAPIE ET DE RÉÉDUCATION PAR EXCELLENCE





Ecran couleur TFT haute résolution, informations claires, contrôle par carte à puce (logiciel En-Track, option), représentation graphiques des profils d'exercices...

DUAL SLOPE TECHNOLOG réglage électronic sur le panneau de comman des angles d'inclinaison positifs ou néga

25 ans de partenariat et de confiance

Pour plus d'information, appelez ou écrivez à :

Enraf Nonius S.A. 15, rue Paul Langevin ZAC les Beaudottes 93274 Sevran Cedex Tél.: 01 49 36 18 18 - Fax: 01 43 84 76 49 - enraf-noniusfrance@enraf-noniusfrance.com



#### **EXCLUSIVITÉ!**

**FONCTION AUTO-SPEED:** adaptation automatique de la vitesse : de 0,4 à 18 km/h, le capteur de mouvement adapte automatiquement la vitesse du tapis au rythme de marche du patient.



Charge jusqu'à 235 kg: permet au thérapeute d'assister encore plus efficacement son patient.



Réglage électrique des barres latérales multifonctionnelles de maintien.



que,

nde, tifs.

## La Gamme de Thérapie Active Enraf Nonius

Une gamme complète, avec des appareils de la plus haute qualité pour un entrainement médicalisé et sportif, adapté et sécurisé dans le cadre d'un traitement préventif, curatif ou palliatif.





**En-Dynamic Quadriceps** 



**En-Dynamic Membres Inférieurs Squat** 





**En-Dynamic Dorsi Haut** 



**En-Dynamic Rotator** 









# lespadesstars

A l'occasion de son 40° anniversaire STARVAC est présent au festival de Cannes. Une cabine est installée pour recevoir des personnalités qui sont prises en charge par nos kinésithérapeutes référents. Le savoir-faire de nos professionnels associé aux techniques de pressothérapie et palper-rouler permettront de soulager les problèmes de jambes lourdes, les douleurs musculaires ou le mal de dos souvent engendré par une longue journée sur talons hauts. C'est un espace d'écoute où les kinésithérapeutes sont attentifs aux problèmes rencontrés quotidiennement par les personnalités, apportant des solutions innovantes, montrant l'efficacité et l'étendue de leur travail associé à nos dernières technologies. Le DXtwin traite la levée des douleurs grâce à ses têtes exclusives de palper-rouler pendant que la Pulstar PSX apporte du bien-être au travers du drainage lymphatique.

## CYRIL BERDOULAT

kinésithérapeute à Verfeil 31590, nous parle du DXtwin

- « Je suis un « vieil » utilisateur des appareils STARVAC, mais le DXtwin m'a réellement impressionné. En effet le fonctionnement est novateur, notamment avec l'EVO3D et son principe de trois rouleaux pour une action tridimensionnelle, qui lui confèrent des qualités que je n'avais pas trouvées jusque-là. De plus les accessoires sont légers, ce qui apporte un confort d'utilisation au quotidien. Aujourd'hui je m'en sers 10 à 15 fois par jour! »
- « Je l'utilise d'abord dans le domaine des soins, en stimulation neuro-végétative, sur les zones de sensibilité, mais aussi pour traiter un grand nombre de problèmes liés aux pathologies rhumatologie, traumatologie, orthopédie : œdèmes, hématomes, etc. Mais je l'utilise aussi beaucoup dans le domaine du bien-être, pour un drainage lymphatique, un massage de relaxation, un massage circulatoire, le traitement de la cellulite ou encore un traitement d'amélioration de la silhouette. Il permet par exemple de travailler sur l'adhérence d'une cicatrice, sur une sciatalgie, une lombalgie ou encore une neurologie sur un défaut de circulation et de sensibilité. »

## **JACQUES ESCALIN**

kinésithérapeute à Niort 79000, utilisateur de la PSX

« Je connaissais la renommée de STARVAC pour ses appareils de pressothérapie PULSTAR, leurs qualités et leur système de double gradient de pression. Il y a quelques mois j'ai franchi le pas et j'ai acheté leur pressothérapie nouvelle génération : la PSX qui intègre un nouveau brevet, l'Active Wave!

Je dois dire que je suis ravi de cette acquisition et mes patients aussi, les résultats sont vraiment là ! L'Active Wave apporte en plus un confort et une légèreté plébiscitée par ma patientèle. »

« Dans mon cabinet, la pressothérapie est devenue une technique incontournable, elle agit de manière très bénéfique sur la circulation sanguine qu'elle stimule. Elle améliore durablement les problèmes circulatoires sanguins ou lymphatiques, atténue la cellulite et les varices, apaise les sensations de jambes lourdes. »



kinésithérapeute sur l'île de la Martinique, utilise le DXtwin et le PSX dans son cabinet :

- « J'associe les deux techniques, elles apportent un résultat parfait en matière d'amincissement et de remodelage de la silhouette. STARVAC offre la possibilité de travailler à différents niveaux. Grâce au palper-rouler du DXtwin et au drainage que j'effectue ensuite avec la PSX, j'obtiens une relance de toutes les fonctions du corps qui réagit plus rapidement et plus efficacement. Ils associent performance et bien-être. »
- « Une efficacité de résultats pour une rentabilité optimale. J'ai énormément gagné de temps sur mes journées de travail grâce à l'application main-libre de la prèssothérapie. D'un côté cela me permet de diminuer le temps de soin du DXtwin et de l'autre, prendre un patient pendant que le premier reçoit le drainage par la PSX. Je peux donc faire une facturation plus importante pour un temps de travail identique! »



## ABONNEZ-VOUS À KINÉSITHÉRAPIE, LA REVUE



KINÉSITHÉRAPIE, LA REVUE est la revue professionnelle incontournable de tous les masseurs-kinésithérapeutes, en formation ou en exercice

Tous les mois, la revue diffuse les meilleurs travaux de la kinésithérapie afin d'établir le lien entre la technique, la pratique et les savoirs.

Chaque numéro présente par ailleurs l'actualité essentielle de votre profession.

1ère revue francophone à être indexée dans une base de données internationale.

**INDEXATIONS**: CINAHL, Heracles, EMBASE, Pascal-INIST-CNRS, REEDOC-IRRN, SPORTDiscuss-SIRC, ScienceDirect, Scopus

## 🗩 LE MENSUEL DE RÉFÉRENCE PROFESSIONNELLE DE TOUS LES KINÉSITHÉRAPEUTES



À RENVOYER À : Elsevier Masson

COORDONNÉES

Service Abonnements - 62 rue Camille-Desmoulins 92442 Issy-les-Moulineaux cedex - www.elsevier-masson.fr

## **BULLETIN D'ABONNEMENT 2012**

OUI, je souhaite m'abonner à KINÉSITHÉRAPIE, LA REVUE pour un an

COOKBONNEES
☐ Mme ☐ Mile ☐ M.
Nom
Prénom
Adresse
CP Ville Ville
J'accepte de recevoir des informations commerciales de la société Elsevier Masson par e-mail :
OUI NON E-mail
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6/1/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous à : Elsevier Masson - Service Abonnements – 62 rue Camille-Desmoulins 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  R12A516009
AIDEZ-NOUS À MIEUX VOUS CONNAÎTRE
☐ Etudiant : en IFKM ☐ Autre : ☐ Masseur-kinésithérapeute : ☐ en libéral ☐ en établissement
MASSON

TARIFS TTC FRAN	CE 2012				
□ Etudiant*	□Particulier	□Institution			
78 €	144 €	285 €			
* Sur justificatif Pour les tarifs à l'étranger, veuillez cont	acter notre Service Abonnements : 01	71 16 55 99 - infos@elsevier-masson.fr			
RÈGLEMENT					
Ci-joint mon règlement	d'un montant de :	€TTC			
☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre d'Elsevier Masson					
$\square$ Par carte bancaire : $\square$ Visa $\square$ Eurocard / Master Card					
N°					
Cryptogramme visuel (3 derniers n° au dos de votre 0	CB): Signature obliga	atoire :			
N°					
Date d'expiration :					
1 1 1/1 1 1					



## LES ADOLESCENTS ONT-ILS ENCORE BESOIN de modèles pour se construire et devenir adultes ?

Qui sont les adolescents d'aujourd'hui ? Quels rôles les adultes ont-ils à jouer auprès des jeunes ? Comment ados et adultes peuvent-ils communiquer ?

Telles sont les thématiques définies et abordées par le 8<sup>ème</sup> Forum Adolescences qui s'est tenu à Paris le 4 avril.

« Les adolescents ont-ils encore besoin de modèles pour se construire ? ». L'enquête inédite Ipsos Santé/Fondation Pfizer<sup>[1]</sup> en regards croisés ados-adultes sur les relations intergénérationnelles, réalisée pour le Forum Adolescences, révèle que 85% des jeunes ont besoin de leurs

aînés pour devenir adultes. Une opinion que peu d'adultes partagent : 73% sont persuadés que les adolescents peuvent se passer d'eux. Cet écart flagrant de perception illustre les malentendus et incompréhensions entre les générations.

Pendant cinq mois, au sein de leurs lycées, 500 jeunes ont réfléchi, échangé leurs idées et confronté leurs opinions sur ces différents thèmes afin de partager leurs points de vue lors du 8<sup>ème</sup> Forum national organisé par la Fondation Pfizer présidée par le Professeur Philippe Jeammet, psychanalyste et psychiatre, et ses partenaires – le ministère de l'Éducation nationale, l'Inserm et France Télévisions/Curiosphère.tv.

## Les grands-parents : un rôle de transmetteurs à jouer

Les ados communiquent relativement peu avec leurs grands-parents: ils sont 58% à échanger en face-à-face avec leurs aînés contre 84% avec leurs parents. Parmi les moyens de communication utilisés, le téléphone fixe reste privilégié par 37% des adolescents interviewés. Néanmoins, 6% des grands-parents ont déjà eu recours à des « médias ados » type SMS, portable, réseaux sociaux pour converser avec leurs petits-enfants.

Contrairement à l'impression que peuvent avoir les adultes, la satisfaction que les adolescents expriment dans leur relation avec eux, en général, est réelle : 86% des jeunes interrogés sont contents de leur relation avec les adultes.

Néanmoins, 55% d'adolescents regrettent de ne pas nourrir davantage d'échanges avec eux. Un comble sachant que 59% des adultes souhaiteraient également partager plus avec la jeune génération. Cette étude révèle que ces échanges intergénérationnels auraient des répercussions positives sur le bien-être des adolescents. 51% d'entre eux considèrent même que les adolescents pourraient leur apporter beaucoup, voire énormément.

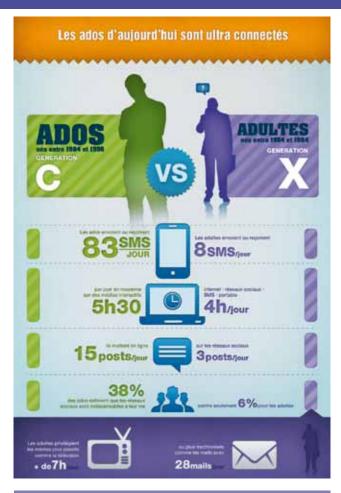
Si la tradition est jugée importante pour 71% des adolescents, les grands-parents sont au coeur de la problématique de la transmission puisque, selon les adolescents interviewés, les grands-parents sont les mieux placés, après les parents, en tant que transmetteurs de valeurs (41%), de tradition (38%) et de savoir-vivre (37%).

## A propos de la Fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent

La Fondation Pfizer a pour ambition de contribuer à accompagner les jeunes générations dans la construction de leur personnalité, en prévenant les risques de santé propres à cet âge de transition, et de les conduire vers l'âge adulte dans les meilleures conditions médicales, psychologiques, sociales et professionnelles. Une approche sociétale inédite qui répond à un réel besoin de prise en compte globale, et non simplement médicale, de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. Dotée d'un conseil d'administration

et d'un conseil scientifique, experts et garants de son indépendance dans l'exercice de sa mission, elle soutient initiatives et projets de recherche qui répondent aux trois priorités qu'elle s'est fixée:

- l'étude des conséquences médicales, psychologiques, affectives, familiales ou socioprofessionnelles de maladies graves et chroniques, notamment à travers ses appels à projets et le suivi de cohortes d'anciens enfants malades
- le bien-être des adolescents et une compréhension plus fine du monde de l'adolescence par les adultes
- la solidarité entre les générations.



## A propos des partenaires du 8ème Forum Adolescences

- La Direction Générale de l'Enseignement Scolaire du ministère de l'Education nationale (DGESCO) www.education.gouv.fr
- L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) www.inserm.fr
- La direction des actions éducatives de France 5/Curiosphère.
   tv, plateforme web éducative de France Télévisions
   www.curiosphere.tv

## La stimulation et le biofeedback Sans fil...



**VIVALTIS** 

Parc Euréka - 200 rue de Thor - 34000 Montpellier Tél. : 04 67 27 48 89 Fax : 04 67 27 15 49 dialogue@vivaltis.com

Je souhaite recevoir une documentation sur le Adresse
PHENIX liberty E.mail ...







## DES CRÉDITS à chaque étape de votre vie

Des années d'étude jusqu'à la fin de l'activité professionnelle, la vie d'un kinésithérapeute de cabinet est marquée par la nécessité d'être bien accompagné financièrement.

Quelles sont les solutions de financement qui comptent pour le kinésithérapeute?

• Denis Baguelin, responsable du marché des libéraux de la MACSF, a dressé les différentes formules de crédit qui s'offrent aux kinésithérapeutes tout au long de sa vie.

## Financement de cabinet : Préparez bien votre projet

L'achat d'un cabinet, de part de cabinet dans le cadre d'une association et/ou le financement de travaux sont souvent des postes financiers très importants dans un projet d'installation ou de reprise. Vous allez certainement être amené à compléter votre apport personnel par un financement bancaire. Afin d'obtenir ce prêt, vous devez convaincre de la viabilité du projet au travers de la réalisation d'un budget prévisionnel clair et argumenté.

La construction d'un budget prévisionnel doit se composer de deux supports :

Le bilan prévisionnel de votre projet (Actif / Passif)

Le compte de résultat prévisionnel (Recettes / Charges) de votre activité future

Ce travail aura un double intérêt, il structurera la vision de votre activité future et permettra d'obtenir l'avis favorable de votre financeur qui sera rassuré sur votre capacité à honorer vos échéances. Attention, votre situation personnelle (impôt, train de vie, crédits en cours...) est également un élément important à mentionner dans votre projet.

#### D'un point de vue comptable :

- le bien sera mis à l'actif de votre bilan.
- les intérêts d'emprunt seront déductibles à la rubrique « frais financiers » de votre compte de résultat.

Dans le cadre crédit travaux, les intérêts sont également déductibles dans la même rubrique et possibilité d'amortir les travaux dans la rubrique « dotation aux amortissements ». Un certain nombre d'acteurs peuvent aujourd'hui vous accompagner dans la réalisation de votre budget prévisionnel, Les Associations de Gestion Agrées ainsi que les experts comptables.

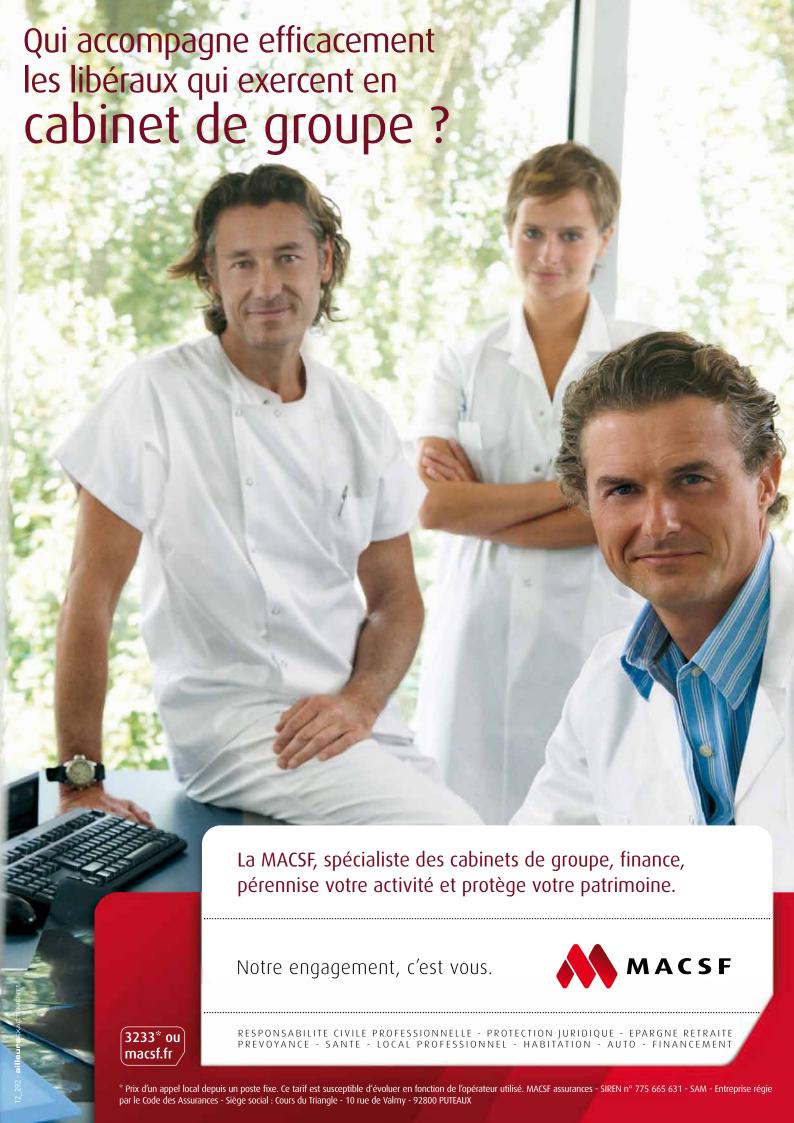
## L'avis de la MASCF

La MACSF vous simplifie le crédit en vous faisant bénéficier des avantages que nous avons négocié pour vous avec nos partenaires financiers avec les avantages suivants :

- Sans frais de dossier
- Des taux parmi les plus bas du marché négociés pour vous au niveau national
- Un rendez-vous sous 48 h avec notre partenaire financier
- Un suivi personnalisé de votre dossier de votre demande jusqu'à sa concrétisation.
- Une assurance emprunteur adaptée à votre profession.









## DÉFINISSONS UNE APPROCHE unifiée de lutte contre l'insécurité alimentaire

Le rapport de scientifiques internationaux propose une feuille de route pour guider l'action des dirigeants mondiaux en faveur de la création d'un système alimentaire durable

rès d'un milliard de personnes sont sous-alimentées dans le monde, alors que des millions d'autres sont atteintes de maladies chroniques dues à une consommation alimentaire excessive. Malgré l'accroissement de la demande mondiale de produits agricoles et la hausse des prix alimentaires, environ un tiers des aliments produits pour la consommation humaine est perdu ou gaspillé. Le changement climatique menace d'accroître la fréquence des sécheresses, inondations et attaques d'organismes nuisibles, et le monde perd 12 millions d'hectares de terres agricoles chaque année à cause de la dé-

croissance démographique, à la pauvreté, à la flambée des prix alimentaires, et à la dégradation des écosystèmes. Le rapport met en évidence des opportunités spécifiques dans le cadre des mandats du Sommet de la Terre Rio+20, de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), et du Groupe des 20 (G20).

« L'insécurité alimentaire et le changement climatique nuisent déjà au bien-être humain et à la croissance économique dans le monde entier, et ces problèmes ne feront que s'aggraver, déclare Sir John Bedding-





gradation des sols. Le déboisement et des pratiques inefficaces font de l'agriculture la principale source de pollution par émission de gaz à effet de serre sur la planète.

Pour trouver une solution à cette situation alarmante, une commission indépendante d'éminents scientifiques issus de 13 pays a rendu public aujourd'hui un ensemble détaillé de recommandations destinées aux décideurs politiques et portant sur la manière d'atteindre la sécurité alimentaire dans le cadre du changement climatique. Dans son rapport, la Commission sur l'agriculture durable et le changement climatique propose des réponses politiques spécifiques au défi international d'alimenter un monde confronté au changement climatique, à la

ton, président de la Commission. Des mesures politiques décisives sont nécessaires si nous voulons préserver la capacité de la planète à produire suffisamment de nourriture à l'avenir. » Le rapport a été diffusé lors de la Conférence « Planète sous pression », dans le cadre de laquelle des scientifiques du monde entier recherchent des solutions aux défis mondiaux de la durabilité en vue du Sommet de Rio, qui se tiendra du 20 au 22 juin au Brésil.

## Faire de la sécurité alimentaire mondiale et de la stabilisation climatique une réalité

La Commission a formulé sept recommandations conçues pour être mises en oeuvre simultanément par un vaste ensemble de gouvernements, institutions internationales, investisseurs, producteurs agricoles, consommateurs, entreprises agroalimentaires et chercheurs. Elles appellent des changements dans les politiques, la finance, l'agriculture, l'aide au développement, les choix alimentaires et le gaspillage de nourriture, ainsi qu'une redynamisation des investissements dans les systèmes de connaissance pour soutenir ces changements. Selon le professeur Judi Wakhungu, directrice générale du Centre africain pour les études technologiques (ACTS), « en tant que Commission, nous étions chargés de compiler le meilleur des connaissances scientifiques et des solutions pratiques accumulées dans les récents rapports d'évaluation de la sécurité alimentaire et du changement climatique. Ensemble, nous en avons soigneusement dégagé les sept principales manières dont les décideurs politiques peuvent faire de la sécurité alimentaire et de la stabilisation climatique une réalité ».

Les recommandations de la Commission encouragent une élévation sensible du niveau d'investissement mondial dans l'agriculture durable et les systèmes alimentaires au cours de la prochaine décennie ; une intensification durable de la production agricole sur la base des terres existantes tout en réduisant les émissions de gaz à effet de serre ; et une réduction des pertes et gaspillages dans le système alimentaire. « Il est grand temps de réaliser que les exploitations agricoles de toutes tailles du monde entier sont fondamentales pour la nutrition humaine et le bien-être économique, mais qu'elles sont également confrontées à des choix critiques, ayant des conséquences significatives sur la façon dont nous gérons la planète en vue d'une autosuffisance à long terme », avertit le professeur Molly Jahn de l'Université de Madison-Wisconsin, membre américaine de la Commission.





## www.elitemedicale.fr







Par Philippe Goethals

## Mobiliser la science et les politiques pour des pratiques agricoles durables

Les pratiques agricoles alternatives présentent des avantages à la fois pour l'adaptation au changement climatique et l'atténuation de ses effets. La Commission a donc exhorté la CCNUCC à mettre en place un programme de travail pour aborder simultanément ces questions dans le cadre de son Organe subsidiaire de conseil scientifique et technologique (SBSTA). « Sans un programme de travail SBSTA intégré pour l'agriculture, on risque d'élaborer des politiques climatiques mondiales fragmentées, souligne le vice-président de la Commission, le Dr Mohammed Asaduzzaman, directeur de recherche à l'Institut d'études sur le développement du Bangladesh. Des pays comme le Bangladesh ont clairement besoin de soutien pour développer une agriculture résiliente au changement climatique, mais il nous faut également un sérieux engagement international en faveur de la réduction des gaz à effet de serre, y compris dans le secteur agricole. » L'élévation du niveau de la mer menace de vastes zones du Bangladesh, qui connaît déjà d'importantes migrations environnementales.

Le rapport de la Commission cite des preuves récentes montrant qu'en comblant l'écart entre les rendements potentiels et réels de 16 grandes cultures, la productivité peut augmenter de plus de 50 %. « Pour produire suffisamment de nourriture pour notre population en rapide expansion, un investissement nettement plus important



est indispensable pour pouvoir augmenter radicalement les rendements agricoles maintenant et à long terme, déclare le Dr Nguyen Van Bo, membre de la Commission et président de l'Académie vietnamienne des sciences agricoles. Au Vietnam, nous avons mis en place des programmes modèles pour améliorer la productivité et la qualité du riz, réduire les émissions de gaz à effet de serre et augmenter les revenus des agriculteurs. »

Intensifier de façon durable la production agricole sur les terres existantes, tout en réduisant l'émission des gaz à effets de serre par l'agriculture, est l'une des sept recommandations de la Commission. « Nous avons enregistré des succès impressionnants dans l'accroissement durable de la production agricole, mais il reste encore

La Commission a produit une vidéo d'animation montrant pourquoi et comment l'humanité doit modifier la façon dont les denrées alimentaires sont produites, distribuées et consommées, pour faire face à l'évolution du climat, de la population mondiale, des tendances alimentaires et de l'environnement. « Pour fonctionner au sein d'un 'espace sécurisé' pour la population et la planète, nous devons équilibrer la quantité de



nourriture que nous produisons, le volume de ce que nous consommons et gaspillons, et le degré auquel l'agriculture contribue au changement climatique futur », explique le professeur sud-africain Bob Scholes du Conseil de la recherche scientifique et industrielle (CSIR), membre de la Commission. La Commission présentera la vidéo décrivant l'intersection de ces limites lors de la Conférence « Planète sous pression » : http://bit.ly/SafeSpaceClimateFood

beaucoup à faire, note le Dr Carlos Nobre du ministère brésilien de la Science, de la Technologie et de l'Innovation, membre de la Commission. Au cours des sept dernières années, le Brésil a réalisé des avancées dans la lutte contre la pauvreté tout en pro-



tégeant les forêts tropicales, mais si nous ne faisons pas progresser la science et la pratique de l'intensification durable, nos forêts et nos économies agricoles seront menacées. »

En Chine, près de 400 kilos d'engrais chimiques sont utilisés pour chaque hectare de cultures. « Nous avons une possibilité et un plan pour stopper les émissions non nécessaires de gaz à effet de serre produites par des pratiques agricoles inefficaces, signale le professeur Lin Erda, membre de la Commission et directeur du Centre de recherche sur l'agriculture et le changement climatique de l'Académie chinoise des sciences agricoles. Nous avons des politiques et des budgets publics en faveur des cultures à faible émission de gaz à effet de serre et de la conservation des sols, de l'eau et de l'énergie. »

Au Mexique, l'agriculture représente 77 % de la consommation de l'eau à des fins domestiques, en partie à cause de la subvention substantielle des tarifs de l'eau et de l'électricité utilisées pour l'irrigation. « Nous devons rediriger les subventions publiques vers la promotion des pratiques agricoles saines du point de vue économique et environnemental, qui préservent les ressources naturelles non renouvelables », commente le Dr Adrian Fernández de l'Université métropolitaine de Mexico, membre de la Commission.

## Une approche exhaustive de restructuration des systèmes alimentaires

En plus des aspects liés à l'agriculture, les recommandations de la Commission reconnaissent explicitement l'importance de la « dimension de la demande » dans l'insécurité alimentaire. « Si nous ne commençons pas à utiliser les outils à notre disposition pour encourager des choix alimentaires bons pour les gens et la planète, nous devrons nous résigner à subir le poids croissant des maladies liées à l'alimentation », avertit le Dr Marion Guillou, présidente de l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) de la France et membre de la Commission.

La Commission plaide également pour des politiques et programmes explicitement conçus pour autonomiser les populations vulnérables. « Le fait de donner aux petits exploitants agricoles la possibilité d'investir dans la capacité productive de leurs terres s'est avéré porteur de résilience économique et environnementale, rapporte le Professeur Tekalign Mamo, membre de la Commission, ministre d'État et conseiller du ministère de l'Agriculture éthiopien. Nous devons nous appuyer sur ce que nous avons appris en étendant ce type de programmes, sans quoi les communautés resteront captives du cercle vicieux de la baisse de productivité, de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire. »

« La récente législation mise en place en Inde a montré que les programmes de lutte contre la pauvreté peuvent aussi prendre en compte des objectifs de durabilité environnementale, constate le Dr Rita Sharma, secrétaire du Conseil consultatif national de l'Inde et membre de la Commission. La loi nationale de garantie de l'emploi en zones rurales Mahatma Gandhi, de 2006, aide les agriculteurs et les foyers ruraux à gérer les risques, tout en améliorant la résilience au changement climatique et en atténuant ses effets à travers des projets qui rechargent les nappes phréatiques, améliorent la fertilité des sols et augmentent la biomasse. »

Le besoin d'informations améliorées et d'aide à la décision pour les gestionnaires des terres et les décideurs politiques est souligné par la Commission. « Une production alimentaire intelligente et durable exige de mettre à jour nos connaissances dans les domaines de l'eau, des sols, de l'énergie, de la météorologie, des émissions, de la production agricole et des forêts, ainsi que de comprendre comment ces éléments fonctionnent ensemble en tant que système, souligne le Dr Megan Clark, membre australien de la Commission et directrice générale de l'Organisation de recherche scientifique et industrielle du Commonwealth (CSIRO). En Australie, des chercheurs, agriculteurs et gestionnaires de données travaillent ensemble à construire une capacité intégrée pour mieux gérer les inévitables arbitrages qui font partie de nos décisions. »

### Des mesures décisives pour garantir un espace de fonctionnement sécurisé aux générations actuelles et futures

Le rapport de la Commission brosse un sombre tableau des défis à venir et appelle à élever sensiblement le niveau de l'investissement mondial dans l'agriculture durable et les systèmes alimentaires au cours de la prochaine décennie. Par exemple, elle exhorte à donner plus fortement suite aux engagements pris en 2009 au G8 d'Aquila, qui prévoyaient d'investir 20 milliards de dollars EU en faveur du développement agricole dans les pays pauvres. Elle incite également à incorporer les programmes de sécurité alimentaire et d'agriculture durable au fonds « Fast Start » de la CCNUCC. À côté de cela, elle fournit également des exemples de progrès importants, en mentionnant des investissements majeurs tels que le Fonds d'adaptation du Protocole de Kyoto et les 5,3 millions d'euros du Projet d'agriculture intelligente par rapport au climat au Malawi, au Vietnam et en Zambie, financé par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et la Commission européenne.

Le rapport signale tout au long de la chaîne logistique alimentaire des opportunités de protection à la fois de l'environnement et des profits. « De nombreux dirigeants des secteurs public et privé ont déjà pris des mesures pour surmonter les barrières techniques, sociales, financières et politiques à la réalisation d'un système alimentaire durable, précise le Dr Bruce Campbell, directeur du Programme de recherche du CGIAR sur le changement climatique, l'agriculture et la sécurité alimentaire, qui a convoqué la Commission en février 2011. Le travail de la Commission expose clairement qui doit faire quoi pour faire monter en puissance ces premiers efforts. »



Le rapport encourage la poursuite des progrès accomplis par le G20 au niveau des accords de 2011, y compris l'élaboration d'une réponse rapide et de stratégies d'assurance pour protéger les populations très pauvres contre la hausse des prix alimentaires ou de faibles récoltes, ainsi que l'amélioration de la transparence du marché grâce à une nouvelle base de données sur l'agriculture et l'énergie. Au Sommet de la Terre Rio+20, les membres de la Commission ont exhorté les États à prendre des engagements financiers en faveur de la recherche, la mise en oeuvre, le renforcement des capacités et le suivi effectués au niveau régional, afin d'améliorer l'agriculture et les systèmes alimentaires. Le rapport met également en exergue les accords mondiaux, tels que les traités commerciaux de l'Organisation mondiale du commerce, et les initiatives comme l'Équipe spéciale de haut niveau des Nations Unies sur la crise mondiale de la sécurité alimen-

taire. Il souligne enfin le rôle fondamental

des agriculteurs et des industries agroali-

mentaires.



La Commission sur l'agriculture durable et le changement climatique est une initiative du Programme de recherche du CGIAR sur le changement climatique, l'agriculture et la sécurité alimentaire (www.ccafs.cgiar. org), bénéficiant du soutien supplémentaire de la Plateforme mondiale des donateurs pour le développement rural. La Commission rassemble d'éminents scientifiques, spécialistes des sciences naturelles et sociales, actifs dans les domaines de l'agriculture, du climat, de l'alimentation et nutrition, de l'économie, et des ressources naturelles. Ils sont issus d'Afrique du Sud. Australie. Bangladesh, Brésil, Chine, États-Unis, Éthiopie, France, Inde, Kenya, Mexique, Royaume-Uni et Vietnam et ont pour objectif d'identifier les changements dans les politiques et les actions nécessaires dès aujourd'hui pour aider le monde à atteindre une agriculture durable contribuant à la sécurité alimentaire et à la réduction de la pauvreté, et participant à l'adaptation au changement climatique et à l'atténuation de ses effets.

## Principales mesures recommandées par la Commission

- 1. Intégrer la sécurité alimentaire et l'agriculture durable dans les politiques mondiales et nationales
- 2. Accroître sensiblement le niveau de l'investissement mondial dans l'agriculture durable et les systèmes alimentaires au cours de la prochaine décennie
- 3. Intensifier de façon durable la production agricole tout en réduisant les émissions de gaz à effet de serre et les autres impacts de l'agriculture nocifs pour l'environnement
- 4. Cibler les populations et les secteurs les plus vulnérables au changement climatique et à l'insécurité alimentaire
- 5. Restructurer l'accès à l'alimentation et les tendances de consommation pour garantir que les besoins nutritionnels de base soient couverts et pour promouvoir des habitudes alimentaires saines et durables dans le monde entier
- 6. Réduire les pertes et les gaspillages dans les systèmes alimentaires, en particulier celles dues à l'infrastructure, aux pratiques agricoles, au traitement, à la distribution et aux habitudes des ménages
- 7. Créer des systèmes d'information complets, partagés et intégrés qui englobent les dimensions humaines et écologiques



# Guide d'utilisation des « petites annonces » Rééduca

Les « petites annonces » Rééduca ont pour but d'accompagner toujours plus les acteurs du monde de la rééducation dans leur quotidien professionnel.









# Les essais cliniques en cancérologie en augmentation en France :

## + 50 % de patients inclus depuis 2008

L'INCa publie pour la première fois un bilan des essais cliniques en cancérologie en France sur la période 2003-2010. Ce bilan encourageant montre que les objectifs d'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie fixés par le Plan cancer 2009-2013 ont été dépassés : on constate une augmentation de 57 % du nombre de patients inclus par rapport à 2008, année de référence. En 2010, 34 000 personnes (soit entre 7.5 % et 8.5 % des patients) ont pu accéder le plus tôt possible à l'innovation et aux progrès médicaux et ont permis de faire progresser la recherche médicale. Cette augmentation s'inscrit dans un contexte de fort investissement des pouvoirs publics pour contribuer à renforcer l'excellence de la recherche clinique en France.

## L'évaluation des actions et résultats de l'activité de structures en recherche clinique : des données qui permettent d'éclairer les professionnels

L'INCa a souhaité, à travers une analyse des activités et des résultats de recherche clinique, donner aux chercheurs, aux décideurs et aux financeurs les éléments de constat et de prospective concernant l'activité de recherche clinique en cancérologie en France. Afin d'analyser et de synthétiser cette activité, l'INCa mène depuis 2006 des enquêtes auprès des établissements ayant bénéficié de subventions pour recruter des personnels en recherche clinique (équipes mobiles de recherche clinique : EMRC). L'année 2008 fait figure de référence en termes de fiabilité des données, car les

chiffres d'inclusion déclarés depuis cette date comptent uniquement les essais cliniques à consentement éclairé signé par le patient. On recense depuis lors le nombre de patients inclus dans les essais cliniques, le nombre d'essais cliniques ouverts aux inclusions, le nombre d'essais promus par établissement et le nombre de personnel dédié aux activités de recueil de données, tout en estimant le pourcentage de patients inclus dans les essais cliniques. 220 établissements répondent aujourd'hui à l'enquête de l'INCa.

## Doublement des inclusions dans les structures de proximité : un objectif largement atteint

Grâce au développement de l'offre d'essais, mais aussi à une meilleure information des professionnels et des malades, la participation des patients aux essais cliniques en cancérologie a augmenté de 57 % entre 2008 et 2010, dépassant ainsi la cible fixée par le Plan cancer 2009-2013. L'évaluation effectuée par un comité ad-hoc a montré que les établissements de soins de proximité qui ont bénéficié de personnels dédiés à la recherche clinique (EMRC) financés par les Plans cancer ont doublé voire triplé le nombre de patients inclus dans les essais cliniques. Ceci montre la corrélation forte entre la présence de personnels dédiés à la recherche clinique et le nombre de patients inclus. Par ailleurs, 80 % du nombre total de malades inclus dans les essais cliniques le sont dans des essais institutionnels en raison à la fois du nombre d'essais académiques plus importants (65 % des essais ouverts à l'inclusion) et d'un recrutement plus large pour ces essais. À titre d'exemple, 12 000 patientes atteintes de cancer du sein ont été incluses depuis 2006 dans deux essais cliniques fédérateurs promus par l'INCa, les études Phare et Signal.

## Investissements financiers et moyens humains

La recherche clinique en cancérologie a bénéficié de moyens financiers supplémentaires depuis 2003. Ces financements sont assurés en toute transparence par une mise en compétition dans le cadre d'appels à projets nationaux. En parallèle de ce financement public par des fonds du ministère de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur et du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, l'INCa a notamment financé des projets et des ressources humaines au sein des établissements de soin. Les associations telles que la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) et l'Association pour la recherche sur le cancer (ARC) financent également la recherche clinique dans le cadre de leurs appels à projets recherche ou de leurs subventions départementales fléchées. On peut aujourd'hui estimer que les budgets annuels sur programmes de recherche clinique académique s'élèvent à près de 50 millions d'euros, soit près d'un tiers des financements sur projets de la recherche sur le cancer en France

Entre 2003 et 2010, on note une augmentation constante du nombre de personnels en recherche clinique dans tous les types de structures. Le nombre total de personnels impliqués dans l'inclusion des patients et le suivi des essais a été multiplié par 3 au cours de cette période. Parallèlement au développement des unités spécifiques de recherche clinique en cancérologie (URCC) intégrées aux établissements de référence, l'INCa a initié le soutien financier dédié aux équipes mobiles de recherche clinique (EMRC), relayé par des fonds du ministère de la Santé. 26 EMRC travaillent actuellement dans des structures de proximité (CH, libéraux), et représentent plus de 71.5 d'ETP (Equivalent temps plein). Ces

équipes mobiles couvrent plus de 170 établissements dans près de 135 villes en France.

## Une volonté d'associer plus étroitement les patients

Une convention de coopération entre la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) et l'INCa permettra la mise en place d'un dispositif qui associe les patients à la relecture de tous les protocoles d'essais cliniques en amont de leur conception, au sein de tout type de structure de promotion. Par le biais du Comité des patients pour la recherche clinique (CPRC), les malades apportent leurs avis sur la clarté des informations apportées et la faisabilité du schéma protocolaire. Bien que ce dispositif ait fait la preuve de son utilité, seul 1/3 des promoteurs institutionnels fait actuellement appel à ce Comité. L'objectif est d'atteindre l'exhaustivité et d'étendre ce dispositif à l'ensemble des promoteurs académiques et industriels. Cette mesure correspond à la volonté de donner la parole aux patients en tant que partenaires actifs dans l'élaboration des essais thérapeutiques par la prise en compte de leur expérience du vécu de la pathologie.

## Le Registre des essais cliniques français en cancérologie : un outil d'information pour les patients et

### les sites d'investigation

Afin de mutualiser et de rendre accessibles à tous les informations sur les essais cliniques en France, l'INCa a par ailleurs mis en place le Registre des essais cliniques français en cancérologie (RECF) qui liste les essais et affiche les sites d'investigation. Chercheurs, patients et grand public peuvent consulter librement cette base de données sur le site de l'INCa depuis 2007. Cet outil propose une information à jour et de qualité concernant l'ensemble des essais cliniques en cours : principaux critères d'inclusions, objectifs, schéma d'intervention ainsi qu'un court résumé de l'étude. Un moteur de recherche avancée, intégrant un système de géolocalisation, permet d'afficher la carte des établissements qui participent aux essais cliniques. Les utilisateurs peuvent ainsi sélectionner des essais cliniques dans une zone géographique donnée ; ils peuvent également s'inscrire pour recevoir des alertes électroniques listant les derniers essais publiés, en fonction de leurs critères de sélection. Le Registre des essais cliniques recense à ce jour plus de 1 370 essais et reçoit entre 150 000 et 200 000 visites d'internautes par mois.





Votre bien être, notre pari

Tél. 04 99 64 21 05 www.easycryo.fr olivia.beldame@easycryo.fr



# Obésité abdominale mesure médicale...

Philippe Goethals: Françoise, vous êtes aujourd'hui kinésithérapeute spécialisée dans la préparation de la peau et la reconstruction du corps, particulièrement auprès des femmes, pouvez-vous nous rappeler votre parcours et votre formation?

Françoise Cardon: « Après mon BAC D j'ai choisi de rentrer à l'Ecole de kinésithérapie de St Maurice (94). A l'époque la formation était de 3 ans et j'ai obtenu mon diplôme en 1975. Juste à la sortie et après 3 mois de travail dans un centre d'enfants handicapés, i'ai commencé à travailler en libéral et i'ai fait 5 années de kinésithérapie traditionnelle. Ce métier me plaisait mais j'avais envie de travailler principalement auprès des femmes en me concentrant sur leurs besoins. J'ai alors suivi une formation en Urologie et j'ai créé le Service de Rééducation en Uro-gynécologie à Vitry où j'ai passé 15 ans. Après cette expérience, j'ai décidé de faire une spécialité en drainage lymphatique ce qui m'a conduit à pratiquer cette technique en suite de chirurgie de reconstruction (après mastectomie) et en suite de chirurgie plastique. Bien entendu j'utilise aussi le drainage lymphatique en phlébologie. »

## **P. G. :** Quelle clientèle recevez-vous dans votre cabinet aujourd'hui et pourquoi vient-on vous consulter ?

**F. C. :** « Ma clientèle est composée à 98% de femmes et la plupart sont âgées de plus de 50 ans. Elles viennent me voir après une chirurgie du cancer du sein, pour un drainage lymphatique des membres inférieurs, pour des problèmes circulatoires, pour une préparation de la peau à la reconstruction (après mammectomie, ...) ou tout simplement pour prendre soin d'elles. Elles me parlent de ce qu'elles ressentent. Beaucoup sont gênées d'avoir pris du poids (pour diverses raisons) et se sentent mal à l'aise. Je les soigne, je les soulage, elles se confient beaucoup.»

## **P. G. :** Ménopause, grossesse, maladie, alimentation déséquilibrée,... parlez-nous de tous ces facteurs qui peuvent être responsables des bouleversements du corps ?

**F.C.:** « De nombreux facteurs sont responsables d'une transformation du corps et d'une prise de poids qui peut être gênante. La ménopause avec

les dérèglements hormonaux qui lui sont liés, la naissance d'un bébé avec la prise de poids lors de la grossesse, une mauvaise hygiène de vie,... mais aussi la prise de certains médicaments, le stress,... La prise de poids est bien souvent une des conséquences et le tour de taille augmente\*. Plus que des kilos en trop, cela peut alors s'avérer dangereux si le tour de taille dépasse un certain seuil. C'est en effet un indicateur clé, une sonnette d'alarme très importante qu'il est important de contrôler régulièrement. En effet beaucoup de femmes ou d'hommes consultent à cause du côté « disgracieux » de leur ventre et en oublient les conséquences sur leur santé. Je le répète à chaque séance. »

## **P. G.:** Par ailleurs, « avoir du ventre » pour une femme n'influe-t-il pas aussi sur la confiance en soi?

F. C.: « Après avoir traité avec elles leurs problèmes ou leurs maladies, c'est généralement là qu'elles se livrent et me confient que leurs soucis maintenant viennent de leur corps, de son aspect, de leurs formes qu'elles jugent disgracieuses. Elles sont « moralement gênées » si je puis dire par ce ventre. Elles n'osent plus le montrer. Ma clientèle recherche deux choses : des résultats et du confort. Elle est aujourd'hui prête à tout pour s'offrir des moments de détente mais elle exige de l'efficacité ! Par exemple, si elles ont des troubles circulatoires, des oedèmes, des douleurs dues à de la rétention d'eau et à une mauvaise circulation, je leur propose, une fois ces traumatismes réglés, d'essayer Redustim. Et à chaque fois elles adorent et l'adoptent. Mon équation est : Rétention d'eau + douleurs = drainage lymphatique + Redustim. Je fais d'une pierre deux coups : je les soigne et je les chouchoute. »

## P. G.: Comment avez-vous connu cette technique? En quoi ce dispositif médical luttant contre l'obésité abdominale et donc les risques liés au syndrome métabolique vous a-t-il séduit?

F. C.: « Je l'ai connu par le Dr Philippe Blanchemaison au Salon professionnel Rééduca en 2010. J'étais au départ un peu sceptique car le soin me paraissait bien trop agréable pour avoir en plus des effets bénéfiques sur la santé mais je me suis néanmoins laissé convaincre. Les résultats sont probants, Redustim est idéal ».

## **P. G.**: Quel protocole proposez-vous? Quels résultats et témoignages obtenez-vous?

F. C.: « Comme je le disais, mes clientes recherchent en 1er lieu du confort certes, mais surtout des résultats. Elles sont agréablement surprises quand on leur propose la méthode car il s'agit d'une technique non seulement efficace mais en même temps elles ne souffrent pas. Une fois dans le Redustim l'adage habituel « il faut souffrir pour être belle » disparaît : c'est génial, je les laisse seules dans la pièce profiter de ce moment à elles et elles se décontractent. Il y en a qui souhaitent dormir pendant la séance, d'autres qui viennent avec leur téléphone portable, leurs dossiers et qui travaillent pendant le soin. La plupart se détendent et profitent de ce moment en se disant « enfin un moment de détente dans ce monde de brutes. Moi qui ai testé de nombreuses sortes d'appareils, Redustim à la différence de nombreuses autres techniques, ne sollicite aucun effort : le soin est passif et le patient complètement encadré. Il se laisse porter par les effets imperceptibles des champs magnétiques (contraction musculaire insensible) sans rien subir d'autre que l'effet agréable de la micropression pour drainer les acides libérés ».

**P. G.**: Que recommandez-vous en résumé à un ou une patient(e) qui cherche à combattre son embonpoint, son tour de taille trop élevé?

F.C.: "Tout d'abord, aucun appareil ne remplacera la motivation et une bonne hygiène de vie : Manger à sa faim, sans abus, ne pas grignoter entre les repas, faire de l'exercice physique (cela passe par des petits efforts au quotidien, comme de prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur) et se faire du bien. Je leur rappelle qu'être bien dans sa tête permet d'être plus à l'aise dans son corps. Pour cela, il faut se faire aider en n'hésitant pas à utiliser les nouvelles technologies comme le Redustim. C'est un accélérateur de résultat à raison d'une cure de 12 séances 2 à 3 fois par semaine. »

#### P. G.: Pour conclure?

« Je dirais que quand les résultats sont satisfaisants tant au niveau abdominal qu'au niveau des membres inférieurs et des bras, quand la détente et le bienêtre sont liés à l'efficacité, quand les patientes sont ravies alors comme moi, on devient un praticien Redustim® addict »







**Tm CARDIO 7600** 



Tm CARDIO 4000



Tm CARDIO 2600

- → Rééducation fonctionnelle
- → Réadaptation cardiaque
- Médecine du sport
- Réhabilitation à domicile

Depuis plus de 20 ans, nous concevons des matériels sur-mesure adaptés à de nombreuses pathologies

## LES + TECH MED TM :

- Garantie de 5 ans
- Contrats de maintenance : formules à la carte
- Matériels aux normes CE : conformes à la directive 93/42 /CEE concernant les dispositifs médicaux\*

**20 ANS D'EXPÉRIENCE AU SERVICE DE VOTRE MÉTIER** 

**Tech med Tm** 

RN 6, route de St Bris • BP4 • F - 89290 Champs-sur-Yonne Tél. + 33 (0) 386 53 83 81 • Fax + 33 (0) 386 53 80 42 • contact@techmed-tm.com



# SYNDRÔME DU CANAL CARPIEN et thérapie K-Laser

Le syndrome du canal carpien est très fréquent dans l'ensemble de la population. Effectivement, certaines maladies qui augmentent l'épaisseur des tendons sont souvent associées à un syndrome du canal carpien : hypothyroïdie, polyarthrite rhumatoïde, diabète. Le syndrome du canal carpien est le résultat d'une combinaison de facteurs qui augmentent la pression sur le nerf médian et sur les tendons dans le canal carpien, ce qui peut provoquer une ischémie du nerf.

Il existe 2 mécanismes de compression. Premièrement par augmentation du volume des tendons, suite à une sollicitation importante, gestes répétitifs, combinés à de la force, type tractions et frottements des tendons trop importants. Deuxièmement par diminution du diamètre du canal carpien, quand la face antérieure du poignet est en appui sur une surface ou quand le poignet est en hyper-extension entrainant une mise en tension du ligament annulaire, diminuant ainsi le diamètre du canal et comprimant le nerf médian et les tendons sur les os du carpe.

#### **Symptômes**

Les symptômes siègent le plus souvent sur la totalité ou une partie du territoire du nerf médian. Ils prédominent sur la face palmaire des trois premiers doigts et parfois sur la totalité de la main. Le syndrome est souvent bilatéral dans plus de la moitié des cas. Il s'exprime par des picotements, des engourdissements, des fourmillements ou des décharges électriques dans les doigts. Le malade est obligé de mobiliser sa main, elle lui parait gonflée, engourdie, endormie, voire comme morte comme si la circulation semble arrêtée. Il se sent maladroit avec une faiblesse de la pince pouce -index, voire une diminution de la masse musculaire au niveau de l'éminence thénar. L'apparition de ses symptômes est progressive et les douleurs sont nocturnes.

## **Examen clinique**

L'examen clinique va nous montrer parfois des troubles vasomoteurs (acrocyanose ou doigts bleus) avec hypersudation. L'examen musculaire va nous montrer une perte de la force musculaire. C'est surtout le déficit des muscles antépulseurs de la colonne du pouce (antépulsion contrariée, mesurable) qui est très constant. Deux tests sont

essentiels au diagnostic : le test de Tignel (percussion de la face antérieure du carpe) et le test de Phalen (hyper-flexion du poignet). Ces deux tests vont provoquer des fourmillements. En dehors des douleurs au niveau du poignet, nous constatons des douleurs dans l'avant-bras, le bras et même au niveau du cou.

## Examens complémentaires

L'examen complémentaire souvent utilisé est l'électromyogramme (EMG) qui sert à confirmer l'atteinte du nerf médian et permettrait pour certains d'apprécier l'importance des lésions nerveuses. Il montre une augmentation de la latence motrice et une diminution de la conduction nerveuse. Si pour certain un EMG normal permettrait d'exclure de façon presque certaine une forme sévère du syndrome du canal carpien, il apparait que des formes sévères de syndrome du canal carpien ont un examen EMG normal.

C'est pourquoi il est important de faire un examen clinique très poussé pour mettre en évidence d'autres pathologies afin de prendre les bonnes décisions thérapeutiques. Les plus courantes sont les atteintes des racines nerveuses C6-C7, le syndrome de la traversée thoracobrachiale, les neuropathies périphériques, le syndrome du rond pronateur et l'atteinte du nerf interosseux antérieur.

#### **Traitement**

#### Le Laser, une alternative à la chirurgie.

Actuellement en France, il semble que la chirurgie soit la méthode la plus utilisée pour soulager le syndrome du canal carpien. En effet on pratique entre 80000 à 100000 interventions après échec des traitements médicaux : immobilisation avec attelle de poignet et infiltration de corticoïdes. La physiothérapie classique type ultra son ne donne pas de bons résultats. Cependant aux USA une autre méthode semble donner des résultats spectaculaires. Depuis 2002 la FDA a reconnu le traitement du syndrome du canal carpien par thérapie Laser et le nombre d'interventions chirurgicales a fortement diminué. Les progrès de la technologie permettent de proposer aujourd'hui aux kinésithérapeutes un laser de haute puissance capable de lutter contre la douleur et l'inflammation. Ces lasers de haute énergie par leur action bio stimulante,

antioedèmateuse et antalgique vont pouvoir soulager les patients de façon durable. Les temps de traitement sont très courts (quelques minutes) et le nombre de séances peu important (en moyenne 5/6 séances suffisent).

## Déroulement d'une séance de laser

1er temps: on commence par traiter les racines nerveuses cervicales notamment la charnière cervicodorsale et les Trigger Points: en général ceux-ci se trouvent sur les muscles scalènes ainsi que sur le muscle rond pronateur sur le haut de l'avant-bras. Pour cela on utilise des fréquences d'émission du laser ayant une action décontractante. La puissance de ces lasers dont les photons pénètrent à plusieurs centimètres va pouvoir traiter de facon très efficace les Trigger Points.

2º temps: on va traiter directement la zone du poignet en débordant un peu sur l'avant-bras et les éminences thénar et hypothénar. On choisit alors des fréquences d'émission ayant une action plutôt anti-inflammatoire et bio-stimulante. La durée totale d'un traitement pour le syndrome du canal carpien est d'environ 8 minutes. Résultat : le premier est une diminution de la douleur immédiatement après la séance et un arrêt des fourmillements nocturne souvent dès la première séance. L'action antalgique et anti-inflammatoire conjuguée va permettre de soulager définitivement le patient au bout de 5 à 6 séances.

#### Conclusion

Les effets physiologiques et biologiques de la thérapie laser haute énergie vont permettre aux thérapeutes de repousser les limites des traitements classiques en ouvrant de nouveau champ d'applications médicales. Demain, le laser sera incontournable dans la pratique quotidienne des kinésithérapeutes, tant son efficacité, dans des domaines aussi variés que la traumatologie aigue, les pathologies chroniques, la réparation des tissus et la douleur ne fait aucun doute.



] Je souhaite recevoir une documentation

Contactez moi pour évaluer la thérapie

K-laser dans mon cabinet

Coupon à renvoyer à K-Laser France 32 rue de l'Avenir - 69 740 GENAS Tèl: + 33 (0)4 72 09 04 90 contact@k-laser-france.com



## LES BÉNÉFICES DE LA CRYOTHÉRAPIE ET DE LA COMPRESSION

## dans les traitements et soins post PTG/ LCA

Nous nous intéressons ici à la prise en charge du patient après une intervention sur le genou (PTG, LCA) et plus particulièrement aux protocoles d'application de froid et de compression (protocole RICE) durant les 6 semaines suivant l'opération. Une étude de niveau I (randomisée et aveugle), unique dans le domaine de l'analyse de l'efficacité du couple cryothérapie/ compression, a été menée sur 10 sites et 297 patients.

Progressivement l'efficacité de la cryothérapie et de la compression dans la prise en charge post opératoire a été démontrée à travers de nombreux travaux. En 2004 les travaux de Beakley et Hubbard, basés sur une synthèse de 22 études sur la cryothérapie, concluent que la cryothérapie a un effet positif et qu'elle permet de réduire la douleur, contrôler les spasmes et le métabolisme de façon à contenir durablement l'inflammation et sa propagation.

Outre la faculté de maitriser/ diminuer la réponse inflammatoire et les gonflements/ saignements l'effet antidouleur est également démontré: Une étude réalisée sur 54 patients (LCA) montrent déjà que l'utilisation de traitements type Demerol était 53% inférieure chez les patients traités sous cryothérapie

Parallèlement, la compression est utilisée en post opératoire pour réduire l'œdème en limitant l'accumulation de fluides qui nuit au bon fonctionnement des circuits sanguins et lymphatiques indispensables dans le processus de guérison et de cicatrisation.

La compression dynamique permet d'accentuer les mécanismes naturels de guérison (accumulation d'énergie / spasmes musculaires/ augmentation du débit sanguin) en favorisant l'oxygénation des tissus et la circulation du liquide interstitiel permettant ainsi d'accélérer le processus de guérison.

Ainsi, un outil permettant de combiner cryothérapie et compression active (graduelle et intermittente) permet de :

- Réduire la douleur
- Circonscrire la diffusion de la réponse inflammatoire : œdème, gonflements, saignements, hématomes
- Aider le processus naturel de guérison en favorisant les échanges tissulaires et l'élimination des déchets du métabolisme cicatriciel

#### Protocole d'étude

Etude niveau 1 : prospective (sélection des patients avec critères d'exclusion), randomisée, étalonnées vs un groupe contrôle reprenant les techniques actuellement utilisées, multi-sites (11 hôpitaux de premier rang aux USA), aveugle pour un recrutement de 297 patients.

#### Dans cette étude sont comparés :

- Un groupe traité avec un procédé permettant l'application simultanée d'un froid constant et circonférentiel et d'une compression active (graduelle et intermittente)
   Groupe « Test » : utilisation du système Game Ready pendant les 2 premières semaines à H+3 puis utilisation de système type Durakold
- Un groupe traité avec un système de froid et compression statique traditionnel Groupe « Contrôle » utilisation de système type Durakold pendant les 6 semaines de champs de l'étude

### L'étude permet de quantifier :

- La prise de médicaments anti douleurs type opiacés / Vicodin
- L'amélioration fonctionnelle de l'appareil locomoteur
- Le nombre de ré interventions
- La Satisfaction patients et le ressenti douleur

## Ces éléments ont été mesurés dans les intervalles suivants :

- 1 jour avant la sortie de l hôpital
- 2 semaines après I intervention
- 6 semaines après

## L'analyse des résultats a pour but de :

- Valider l'intérêt et de la supériorité thérapeutique de la compression dynamique couplée à la cryothérapie et le bénéfice vs techniques actuelles (cryothérapie et compression statique)
- Procurer aux patients une validation scientifique de leur prise en charge

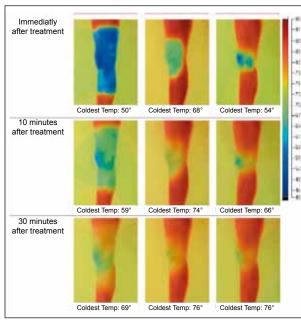
 Etablir l'intérêt économique du procédé: accélération de la guérison et de l'amélioration fonctionnelle, diminution des médications, augmentation satisfaction patient

#### Résultats préliminaires

Les résultats préliminaires ayant été déjà quantifiés et qui ont été présentés à un congrès de l'AAOS en février 2012 font état de :

- Une distance parcourue 3 fois supérieure pour les patients du Groupe « Test » après 6 semaines pour le test de marche de 6 minutes
- Une amélioration fonctionnelle plus rapide : 20% de patients en plus atteignant le degré de flexion cible – 110°
- Une meilleure prise en charge de la douleur : diminution de l'administration d'anti-inflammatoires (-30% pendant les 2 semaines suivant l'opération – 509mg vs 680 mg)

Comparaison du froid obtenu avec le Game Ready -à gauchevs techniques traditionnelles (images thermiques IRM)



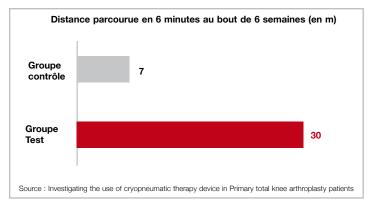
Le Game Ready permet d'obtenir un froid constant, circonférentiel, diffus et homogène sur toute la zone et durable dans le temps

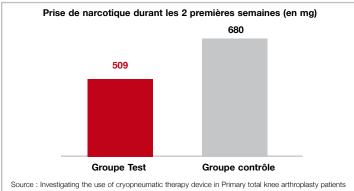


- Augmentation satisfaction patients (notamment sur les critères suivants : soulagement de la douleur, favorise les séances de rééducation, facilité et confort d'utilisation, envie de prolonger le traitement après 2 semaines)
- 50% d'interventions post opératoires en moins
- Sur aucun des critères d'étude les techniques traditionnelles ne sont supérieures au Game Ready.

#### On retiendra de ces données :

- L'amélioration rapide de la mobilité et une douleur moins importante permet de démarrer plus rapidement la phase de rééducation et d'espérer un rétablissement et une autonomie plus rapide
- -La réduction de la prise médicamenteuse permet d'éviter les phénomènes de dépendance et les effets secondaires néfastes
- Une expérience patient plus agréable





## Développements actuels

En France, l'utilisation du Game Ready est déjà très appréciée dans le sport de haut niveau par une majorité de fédérations, clubs professionnels et athlètes. L'appareil a d'ailleurs été choisi par la commission médicale du CNOSF pour accompagner les athlètes à Londres.

De nombreux centres de rééducation l'utilisent déjà également pour la traumatologie et les soins post opératoires. Rémi ROULLAND de CERS de Capbreton (équipé de 4 appareils depuis un an et demi) relève par exemple « une diminution des phénomènes douloureux ainsi qu'une diminution du gonflement articulaire et de l'œdème jambier » sur les patients traités par Game Ready.

Une première réplique de l'étude américaine a été initiée portant sur 50-60 patients. Cette étude se concentre sur les traitements et soins administrés durant la durée de séjour à la clinique. Les premiers résultats et témoignages des chirurgiens font état d'une diminution des saignements, d'un indice de douleur reporté inférieur et d'une amélioration plus rapide de la mobilité.

# Devenez thérapeute de **K-Taping**<sup>®</sup>!

Formations dans toute la France! Pour connaître les dates et les lieux consultez notre site web www.k-taping.fr





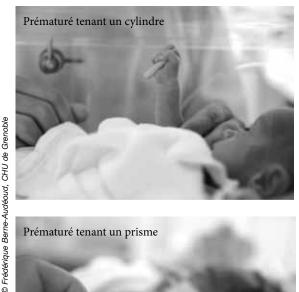
Académie de K·Taping®

18 bis chemin du pilon · 06520 Magagnosc Tél: 04.92.60.43.80 · Fax: 04.92.60.43.83 info@k-taping.fr · www.k-taping.fr



# MAIN GAUCHE - MAIN DROITE les prématurés font le lien!

Les prématurés, dès la 31° semaine de grossesse, sont capables de reconnaître avec une main un objet déjà exploré par l'autre. Cette capacité, appelée « transfert inter-main », vient d'être mise en évidence chez ces bébés par une équipe du Laboratoire de psychologie et neurocognition (CNRS/Université Pierre Mendès France Grenoble 2/ Université de Savoie), en collaboration avec le Laboratoire de psychologie de la perception (CNRS/Université Paris Descartes/ENS Paris) et le CHU de Grenoble. Ces résultats montrent que le corps calleux, structure cérébrale impliquée dans le transfert d'informations, est fonctionnel dès cet âge.





Reconnaître qu'un objet déjà exploré par une main est le même que celui présenté dans l'autre main est une capacité cérébrale importante appelée « transfert inter-main ». Cette activité reflète la compétence du cerveau à mémoriser de l'information sur un obiet, à la maintenir en mémoire et à la comparer avec l'information obtenue par la main opposée. Grâce à l'imagerie médicale, on sait que le transfert d'informations repose sur l'intégrité de la partie postérieure du corps calleux. Constitué d'un ensemble de faisceaux de fibres, ce novau relie les deux hémisphères cérébraux et assure ainsi la coordination des informations. A la maturité très lente, c'est la dernière structure cérébrale à se développer chez le fœtus. La question se pose donc de savoir à partir de quand il est fonctionnel.

En 2010, l'équipe d'Edouard Gentaz mettait pour la première fois en évidence la capacité des prématurés à mémoriser de façon tactile la forme des objets. Dans cette nouvelle étude, les scientifigues montrent que les prématurés de seulement 31 semaines de grossesse (soit 33 semaines d'aménorrhée(1)), effectuent déjà le « transfert inter-main ». En effet, après avoir présenté dans la main gauche des bébés un objet déjà exploré par la main droite (et vice-versa), une diminution du temps de tenue est observée. En revanche, lorsqu'il s'agit d'un nouvel objet, les bébés le gardent plus longtemps en main. Ces résultats montrent donc que les

prématurés peuvent reconnaître avec la main opposée, un objet déjà familier de l'autre main.

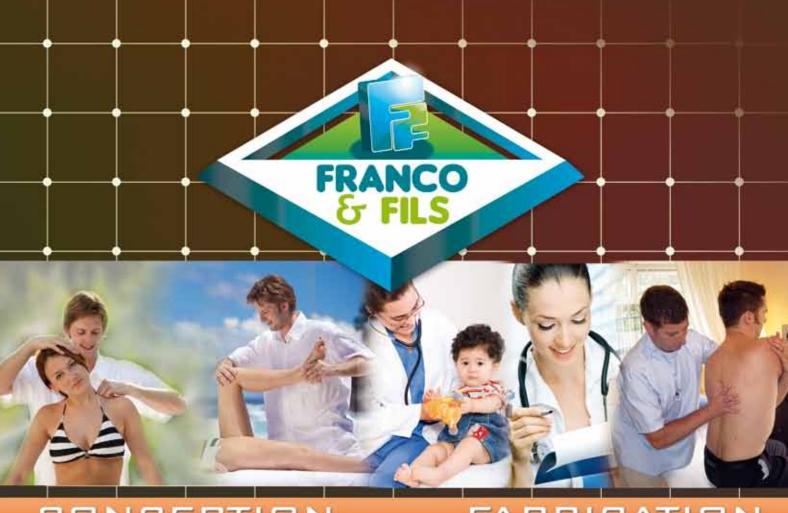
Cette propriété permet d'émettre l'hypothèse que le corps calleux, bien qu'immature, est déjà fonctionnel et suffisamment développé dès la 31e semaine de grossesse. Les chercheurs insistent ainsi sur l'importance de prendre en compte les capacités tactiles des prématurés et parlent de leur influence sur le développement cérébral et sur la santé de ces bébés. Aussi ils proposent certaines recommandations comme : éviter au maximum toute contention des mains des bébés (moufles. mains attachées), privilégier la liberté de mouvement et favoriser l'exploration tactile en respectant les phases de veille/sommeil. Ces travaux sont menés en étroite collaboration avec les services de maternité du CHU de Grenoble qui ont déjà mis en place ces pratiques dans les soins qu'ils prodiguent aux prématurés.

 Les semaines d'aménorrhée (SA) sont un outil pour calculer le nombre de semaines écoulées depuis le premier jour des dernières règles de la future maman. Le terme d'une grossesse est 40 SA.

#### Références :

Inter-Manual Transfer of Shapes in Preterm Human Infants from 33 to 34+6 Weeks Post-Conceptional Age. Lejeune. F., Marcus. L., Berne-Audéoud. F., Streri. A., Debillon. T. & Gentaz. E. - Child Development. Publié en ligne le 30 mars 2012.

Source CNRS



## CONCEPTION FABRICATION

D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUGUES-LES-EAUX

TÉL.: 03 86 68 83 22 - FAX: 03 86 68 55 95 - E-MAIL: INFO@FRANCOFILS.COM

SITE: WWW.FRANCOFILS.COM



## Un nouveau produit en 2012 et une gamme complète de solutions

Fixodent Pro, marque leader sur le marché des crèmes adhésives, lance au premier trimestre 2012 en pharmacies Fixodent Pro Duo Protection.

Il s'agit d'une crème fixative avec un effet antiparticules et antibactérien. Elle permet de former une véritable barrière contre les particules alimentaires et limite la prolifération des bactéries l'origine de la mauvaise haleine, le tout sans compromis sur la tenue (Fixodent Pro Duo Protection permet une tenue tout au long de la journée).

Fixodent Pro Duo Protection s'adresse à tous les porteurs en quête d'une meilleure hygiène, en particulier ceux qui recherchent une protection contre les dépôts alimentaires et les bactéries. Fixodent Pro Duo Protection bénéficie d'un embout fin, ce qui permet une application facile et donc particulièrement adaptée pour les nouveaux utilisateurs de crèmes adhésives.

#### La prothèse dentaire, isolant social

Seulement 2 porteurs français de prothèse dentaire sur 10 (22%) déclarent savoir où trouver de l'information pour améliorer leur qualité de vie. Plus de 60 % d'entre eux ne parlent pas librement de leur expérience et un tiers déclare ne pouvoir se confier qu'à leur conjoint ou à leur dentiste, preuve s'il en est que le sujet reste encore trop souvent tabou. Enfin, 4 porteurs sur 10 se disent «gênés» de porter une prothèse, ce qui représente près de 4 millions de personnes.

#### Un impact sur l'équilibre nutritionnel

Près des deux tiers des porteurs français d'appareil dentaire déclarent avoir adopté de nouvelles habitudes de vie, en premier lieu en matière d'alimentation. Environ la moitié déclare ne plus apprécier la nourriture comme avant et un tiers évite certains aliments (comme les pommes, les pizzas...). Près de 40 % choisissent des aliments transformés car plus faciles à mâcher et 20 % avouent avoir réduit leur consommation de fruits et légumes.

Les porteurs de prothèse ayant moins de plaisir à manger et redoutant les interactions sociales liées au moment du repas, ils voient leur sentiment d'isolement renforcé. Le changement de régime alimentaire expose en outre les personnes concernées à un risque accru de pathologies.

## Un sentiment de vieillissement prématuré

Un tiers des personnes interrogées en France déclarent qu'elles se sentent plus vieux / vieilles) depuis qu'elles portent un appareil dentaire. D'abord parce que cela leur rappelle leurs parents ou leurs grands-parents (pour plus de 60 % d'entre eux).

Mais aussi parce qu'elles ont l'impression de ne plus pouvoir être aussi spontanées qu'elles le voudraient (28 %), qu'elles se sentent socialement stigmatisées (23 %), ou encore qu'elles ne se sentent pas bien dans leur peau (17 %).



## Un rôle accru pour les dentistes

L'ensemble des données recueillies dans le cadre de l'étude Fixodent plaide pour un rôle accru d'information et de sensibilisation de la part des chirurgiens-dentistes. Sauf en cas de douleurs, beaucoup de patients ne retournent pas régulièrement chez le dentiste qui leur a posé une prothèse dentaire alors que celui-ci est la première source de conseils. En les guidant vers les bonnes habitudes et les bons réflexes, les dentistes peuvent jouer un rôle majeur dans l'amélioration de la qualité de vie de leurs patients.

## Les porteurs de prothèse dentaire tendent à s'isoler et à modifier leur régime alimentaire

On estime à près de 9,7 millions le nombre de Français qui portent une prothèse dentaire (un dentier) partielle ou totale. 4 Français de plus de 65 ans sur 10 seraient concernés. Dans une étude européenne inédite conduite par **Fixodent**, les porteurs de prothèse font part de leurs préoccupations et révèlent les difficultés qu'ils ont à poursuivre une vie sociale épanouie. Ces difficultés peuvent avoir des répercussions non seulement sur leur bien-être en général, mais aussi sur leur santé physique et psychologique.

# L'étude européenne **Fixodent**a été conduite auprès de plus de 4 000 porteurs de prothèse dentaire, dans quatre pays de l'Europe de l'ouest : France,RoyaumeUni, Allemagne et Italie. Ses résultats révèlent un risque d'isolement social pour les per-

Uni, Allemagne et Italie. Ses résultats révèlent un risque d'isolement social pour les personnes concernées et un impact négatif sur leur comportement nutritionnel. Ils montrent également une perte d'estime de soi liée un sentiment de vieillissement prématuré.



## L'Etude Fixodent en détail

L'étude Fixodent a été conduite par la société Opinion Matters à partir d'un panel d'au moins 1 000 porteurs de prothèse dentaire dans quatre pays d'Europe de l'ouest : France, Allemagne, Italie et Royaume-Uni. Chaque panel constitue un échantillon représentatif de la population concernée. Les questionnaires en ligne ont été auto-administrés.



	France	RU	Allemagne	Italie	TOTAL
Base	1010	1014	1013	1010	4047

#### **RÉSULTATS PRINCIPAUX**

- Seules 32% des personnes interrogées déclarent savoir précisément où trouver l'information nécessaire leur qualité de vie avec une prothèse dentaire. Ce taux est sensiblement plus élevé en Allemagne (44%) qu'en Italie (31 %) ou en France (22%).
- Plus de 53 % des personnes appareillées ne parlent pas de ce sujet librement. A nouveau, les Allemands sont plus ouverts pour évoquer le port de prothèse alors que les Français sont plus enclins à cacher leur état. Le dentiste et le conjoint sont les personnes à qui l'on se confie le plus facilement, même s'il subsiste là aussi une réticence à aborder ce sujet.
- Seulement 36% des personnes interrogées ne se sentent pas gênées par leur prothèse dentaire. Ce taux monte toutefois à 55% en Allemagne mais tombe à 32% en France et même 27% en Italie.
- Plus de la moitié des Britanniques se sentent «vieillis» depuis qu'ils portent un appareil dentaire. Un tiers des personnes ont cette impression en France. A noter que les femmes sont deux fois plus nombreuses à exprimer ce sentiment que les hommes.
- Le sentiment de vieillissement vient principalement du souvenir des parents ou grands parents: 55% en moyenne dans les 4 pays, 61 % en France. Dans certains cas, cette impression s'apparente à un «stigmate social» (26% en moyenne dans les 4 pays, 23% en France) ou à une perte de spontanéité dans les relations avec les autres (34 % en moyenne dans les 4 pays, 28% en France).
- 64% des porteurs de prothèse dentaire confient avoir changé leurs habitudes depuis qu'ils sont appareillés. Les changements les plus importants concernent l'alimentation mais certaines personnes n'osent plus parler à quelqu'un de manière trop rapprochée, voire même n'osent plus embrasser une autre personne.
- Le plaisir de manger n'est plus le même pour la majorité des personnes interrogées, l'exception de l'Allemagne. Seulement 40% des personnes interrogées en moyenne dans les 4 pays déclarent que le port d'une prothèse dentaire n'a pas du tout modifié leur plaisir de manger; ils ne sont que 37% en France et 32% en Italie à partager cette opinion.
- Les fruits et légumes, nécessaires à un bon équilibre alimentaire, figurent parmi les aliments les plus souvent délaissés par les porteurs de prothèse dentaire. Depuis qu'ils portent une prothèse, 33% des Italiens et 35% des Britanniques mangent moins de fruits et légumes. En Allemagne et en France, les résultats sont légèrement meilleurs mais respectivement 22% et 18% des porteurs de prothèse ont réduit leur consommation de ces aliments pourtant essentiels.



Par France Gardon



## MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ET THÉRAPIE **MANUELLE PRATIQUES**

#### Michel Dufour, Patrick Colné, Stéphane Barsi

Tome 2 Applications régionales, Membre supérieur, Tronc supérieur Tome 3 Applications régionales. Membre inférieur. Tronc inférieur

Ces ouvrages traitent de toutes les connaissances nécessaires à la pratique professionnelle du masseur kinésithérapeute. Ils offrent un éventail, région par région, de la prise en charge technique du patient. Ils sont structurés en 4 parties, rédigée chacune de manière claire et didactique, avec une présentation des contenus sous forme de tableaux, ce qui permet à l'étudiant comme au professionnel de trouver, de façon instantanée, l'objet de sa recherche.

L'originalité des ouvrages tient à leur approche régionale hiérarchisée des techniques courantes, dans lesquels sont regroupés différents gestes professionnels, généralement traités de façon séparée, à savoir des éléments de massage, de mobilisation, de sollicitations et d'exercices, dans le cadre d'une démarche progressive et conforme à la pratique des soins. Par ailleurs, certaines techniques particulières : mobilisations passives spécifiques, levées de tension, techniques actives et chaînes musculaires, font l'objet d'une approche spécifique.

**ÉDITION 201-2013** 

Enfin de nombreuses photos éclairent de manière didactique, l'ensemble des techniques présentées dans les ouvrages. Les livres offrent également, sous la forme de vidéos, des compléments en ligne illustrant la partie dynamique des gestes techniques du kinésithérapeute. Ces compléments sont accessibles sur http:// www.em-consulte.com/dufour2012

Michel Dufour est cadre de santé en kinésithérapie, titulaire d'un DU d'anatomie clinique et d'un DU en

> biomécanique. Il enseigne l'anatomie, la biomécanique, la massothérapie, la technologie kinésithérapique, ainsi que la relaxation, dans les IFMK de l'EFOM, Berck, Casablanca et à Paris XIII.

Patrick Colné est cadre de santé en kinésithérapie, titulaire d'un DU d'anatomie clinique, d'un DIU en rééducation des lésés, et docteur en biomécanique. Il enseigne

la technologie kinésithérapique, l'anatomie, la traumatologie, dans les IFMK de l'EFOM, Assas, Guinot.

Stéphane Barsi est cadre de santé en kinésithérapie, titulaire d'un master en biomécanique. Il enseigne l'anatomie, la biomécanique, la cinésiologie, la technologie, dans les IFMK de l'ENKRE, Assas.

> Tome 2 - 424 pages - 40.00 € Tome 3 - 392 pages - 40.00 €



## LE GUIDE HANDICAP **ET AUTOMOBILE**

#### Roger mandart

- > Aménagements des voitures
- > Aides financières
- > Permis de conduire
- > Lieux conseil

L'édition 2010 de cet ouvrage a été nominée pour le prix Handi-livres (catégorie « Guides ») decerné par la Mutuelle Intégrance.

Son auteur, touché par le handicap à travers celui de son épouse devenue tétraplégique, consacre bénévolement une bonne partie de son temps de retraite pour réaliser cet ouvrage et répondre à toute question s'y rapportant. La presse régionale de son côté, s'est largement faite l'écho de ce guide. Des journaux importants tels l'Est Républicain, La Montagne, Ouest-France, Le progrès de Lyon et bien d'autres ont passé des brèves ou des articles sur Handicap & Automobile, permettant ainsi de toucher des publics nouveaux. En effet, seulement environ 10% des personnes handicapées font partie d'une association et sont, de ce fait, informées. Les 90% autres ne le sont donc pas et, généralement, ignorent des informations figurant dans cet ouvrage.



cérébros-

## LE GRAND LIVRE DES ALIMENTS SANTÉ!

## Patricia Bargis, en collaboration avec le Dr L. Lévy-Dutel

Depuis les recettes de nos grand-mères jusqu'au programme national « Manger-Bouger », en passant par les avis médicaux et scientifiques, chaque aliment fait aujourd'hui l'objet d'une rumeur, d'une

recommandation, de différentes informations parmi lesquelles nous tentons de nous y retrouver. En outre, à l'heure du bio et du « 5 fruits et légumes par jour », trouver un équilibre alimentaire semble être devenu une préoccupation sociétale. Fruit de dix années de recherche, de collecte et de validation d'informations auprès des spécialistes, cet ouvrage décrypte tout ce qu'il faut savoir sur les 500 aliments qui composent notre alimentation : fruits, légumes, céréales, fromages, champignons, huiles, viandes, poissons, gibiers, charcuteries, sucres, épices, cafés, algues, vins, vitamines, fleurs comestibles,...

L'auteur : Patricia Bargis a longtemps collaboré au magazine Médecines Douces. Elle a effectué un travail de dix ans de recherche auprès des plus grands spécialistes pour compiler les informations contenues dans cet ouvrage. Elle a travaillé en collaboration avec le Docteur Laurence Lévy-Dutel, endocrinologue nutritionniste, ancien attaché à l'Hôtel Dieu et à l'hôpital Européen Georges Pompidou (Paris). Elle est l'auteur chez Eyrolles de « Vivre heureux et centenaire », « Aliments minceur », « Bien-être en hiver ».

Prix 24,90 € - 700 pages Editions Eyrolles - www.editions-eyrolles.com

Association Point Carré handicap 144 pages - 15,00 €



## CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE DE L'EXCLUSION

#### Olivier Douville,...

Cet ouvrage est le premier à explorer les diverses facettes des effets subjectifs des exclusions et des précarisations de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte, et à mettre l'accent sur les réponses institutionnelles et leurs possibles



impasses. Ces contributions dans leur ensemble étudient également les fonctions psychiques que peuvent prendre pour certains sujets ces situations de marginalisations extrêmes et de préjudices. Les auteurs ont tous une expérience de terrain confirmée, que ce soit dans le domaine du soin, de la recherche, ou dans l'invention de dispositifs institutionnels ou de l'accompagnement d'équipe. Clinique psychanalytique de l'exclusion s'adresse aux acteurs de soin et d'accompagnement social, à l'heure où les réponses institutionnelles à la précarité tendent dans le domaine du soin à se multiplier au risque d'une certaine dispersion.

Éditeur : DUNOD 272 pages - 26 € - www.dunod.com



#### VA T'EN PAPA, MAMAN, MAXOU! Témoignage d'un père d'enfant autiste Laurent Peytavy

Ce premier livre est un témoignage décrivant les comportements de mon enfant de sa naissance jusqu'à son diagnostic d'autisme lorsqu'il avait quatre ans. cette dernière étape est vécue bizarrement comme une délivrance. Malheureusement mal connu du grand public et des filières médicales, ce handicap place les parents dans une condition psychologique proche de la dépression.



J'ai considéré chaque conseil comme une intrusion capable de semer le trouble dans l'équilibre familial. pendant ces années, je me suis renfermé et j'en voulais au monde entier.

«... à partir d'aujourd'hui, Matéo change de statut social, il passe d'un enfant avec des difficultés à un enfant handicapé. Pour nous, ses parents, il passe du statut d'enfant normal à celui d'un enfant extraordinaire.»

Pour lui et pour nous aider enfin à accepter son handicap, nous avons élaboré un projet intitulé, O Té Ma Autisme.



Auto édition 180 pages - 18 € - www.otema-autisme.fr



## JE SUIS LA MAMAN D'UNE EXTRATERRESTRE

#### **Martine Samain**

. . . . . . .

Une histoire qui pourrait être la vôtre.
Un couple et trois enfants emménagent
dans une jolie petite villa isolée. L'accident se
produit. Elle a deux ans, elle est belle, c'est
une poupée, mais la poupée est cassée et un
fourgon l'emmène sirène hurlante à l'hôpital le
plus proche...



La petite s'en sort... mais quelque temps plus tard, elle régresse. Elle s'isole, elle répète les mêmes mots, les mêmes phrases, elle évite la compagnie des autres enfants, elle s'évade en regardant vers le ciel. Le ménage bat de l'aile, les disputes deviennent fréquentes. La maman s'interroge sur le comportement de sa benjamine. Certains médecins rassurent. D'autres rejettent la faute sur elle si la petite se comporte en enfant gâtée « tellement difficile à cadrer ». Le couple, lui, se brise. Quel est donc ce mal mystérieux qui touche cet enfant ?

Les portes se ferment. Les questions fusent, mais elles ne trouvent pas toujours de réponses. Ce livre dévoile aussi toute l'intimité d'une mère qui se livre sans aucun tabou. Elle parle de sa vie de femme, de mère, d'épouse, d'amante... Elle se met à nu et nous fait comprendre à quel point il est difficile et douloureux de vivre des situations de détresse, sans aucune reconnaissance pour le rôle de parent d'enfants « hors normes ».



### J'AI UNE IDÉE!

#### Béatrice Gernot, François Maumont

« J'ai une idée! » On a tous déjà ressenti le plaisir que cela procure. Albert Einstein, lui, se demandait: «Why is it I always get my best deas while shaving?» (\*Pourquoi estice toujours en me rasant que j'ai les meilleures idées?). Le monde des idées est mystérieux... D'où viennent-elles? À quoi ressemblent-elles? Comment arrivent-elles? À quoi



servent-elles? Voilà toutes les questions auxquelles répond cet ouvrage insolite et décalé aux illustrations noires et fluo teintées d'humour qui feront sourire les petits comme les plus grands. A travers 80 pages, l'auteur étudie les idées et leur cheminement, de leur naissance à leur mort. Des idées creuses aux idées de génie, en passant par les idées larges, les idées sans queue ni tête, les idées mal placées, les idées toutes faites, sans oublier les idées fixes, les idées arrêtées et même les idées noires, elle passe au peigne fin ce monde lumineux des idées. Et comme une idée n'est bonne que quand elle a été réalisée, vous découvrirez également comment faire grandir vos bonnes idées en 15 étapes grâce au Petit Traité de savoir faire vivre une idée. Pour qu'une idée donne son maximum, il faut savoir la nourrir, la bichonner, la creuser et la confronter à d'autres!

362 pages - 19,90 € www.allomars.com





## La course pour la vie

## Infarctus du myocarde, les professionnels de santé sont inquiets : l'appel au 15 n'est pas rentré dans les moeurs des Français

Malgré des campagnes d'information et de sensibilisation, moins de 50 % des français ont le bon réflexe d'appeler le 15 en cas d'infarctus du myocarde. Rappelons que 400 personnes meurent chaque jour en France de maladies cardiovasculaires.

Depuis les 1ers résultats alarmistes de l'observatoire Stent for Life en novembre 2010 (étude de tous les patients ayant présenté un infarctus du myocarde (IDM), pendant un mois, dans 5 départements pilotes français), une campagne d'information a été mise en place auprès du grand public et des professionnels de santé afin d'optimiser cette prise en charge. Pour évaluer l'impact de cette campagne d'information, un second registre a été réalisé en novembre 2011, dans les mêmes conditions que le premier. La Société Française de Cardiologie a jugé opportun d'informer la presse grand public et professionnelle des résultats de ces 2 registres, pour l'aider à relayer le plus largement possible les leçons à en tirer auprès des publics concernés.

#### Meilleure prise en charge de l'IDM par les professionnels de santé : la France se place dans le peloton de tête en Europe

Les résultats du 2e registre de l'observatoire français Stent for Life montrent une amélioration de la prise en charge de l'IDM par les professionnels de santé, notamment les urgentistes (SMUR/SAMU) et les cardiologues interventionnels.

## • Plus de patients traités

Indépendamment de la technique utilisée, le pourcentage de patients reperfusés est plus élevé: 86 % en 2010 contre 9,5 % en 2011. Pour mémoire, en 2005, seulement 61 % des patients étaient reperfusés en France, d'où la décision de mettre en place des registres pour essayer de comprendre d'où venaient les « failles » dans le système de prise en charge français, alors que le maillage des unités de soins intensifs cardiologiques est satisfaisant sur le territoire national, que notre système SAMU/SMUR

est « exemplaire » et que les cardiologues interventionnels français sont très exercés et performants.

#### Plus de patients traités par angioplastie primaire

Le pourcentage de patients traités par angioplastie primaire, gold standard des techniques de reperfusion, a lui aussi significativement augmenté (p=0,05) passant de 64 % en 2010 à 72 % en 2011. Avec plus de 90 % de patients reperfusés et près des ¾ ayant bénéficié d'une angioplastie primaire, la France se place dans le peloton de tête au niveau européen.

#### • Plus de femmes traitées

Le pourcentage de femmes non reperfusées a très nettement diminué, puisqu'il est passé de 50 % en 2010 à 35 % en 2011, plusieurs facteurs étant impliqués dans cette meilleure prise en charge.

## L'inquiétude face à l'attitude des patients : pas plus d'appel au 15

Les professionnels de santé s'inquiètent car il n'a été observé aucune amélioration en ce qui concerne l'attitude des français en cas de douleurs thoraciques entre les deux registres. Le grand public n'a pas encore acquis les bons réflexes puisque, en 2010 comme en 2011, et malgré la campagne d'information auprès du grand public, moins de 50 % des patients ont composé le 15.

## La course pour la vie DOIT continuer

La courte période des campagnes d'information et de sensibilisation réalisées de façon ponctuelle dans les 5 départements concernés n'a pas suffi pour capter l'attention du grand public. Il est donc urgent de mettre en place des campagnes d'information pérennes auprès du grand public, en déployant plus de moyens afin que l'appel au 15 devienne un réflexe pour tous les Français devant une douleur thoracique faisant suspecter un IDM. Dans ce contexte, il est prévu, notamment, de créer une ani-

mation rappelant les « bons réflexes », avec une large diffusion « virale » sur les réseaux sociaux.

Il est, par ailleurs, souhaitable de ne pas « lâcher prise » auprès des professionnels de santé : continuer à informer et à sensibiliser sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde, avec des actualités d'environnement et sur les registres français et étrangers dans ce domaine, des échanges d'expérience, des données de la littérature internationale.... : pour faire vivre Stent for Life dans la durée auprès des urgentistes, mais aussi des médecins généralistes, deux revues biannuelles logotypées « Stent for life » sont prévues dès 2012 : « Urgences coronaires » pour les urgentistes et « Infarctus » pour les médecins généralistes, avec un encart central destiné aux patients.

### A propos de Stent for Life

C'est à partir du constat selon lequel il existe de très importantes disparités entre les différents pays européens, en matière de qualité et d'efficacité de la prise en charge de syndromes coronariens, que l'European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) a lancé le projet Stent for Life parallèlement dans dix pays pilotes (Bulgarie, Egypte, Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal, Roumanie, Serbie, Turquie) où le taux d'angioplasties primaires est inférieur à 300 par million d'habitants. Il s'agit de comprendre les raisons de ces différences et d'améliorer la prise en charge des patients présentant un infarctus du myocarde en phase aiguë. En France, l'étude porte sur cinq départements pilotes représentatifs du territoire : le Nord, l'Essonne, la Haute-Savoie, la Côte-d'Or et la Haute-Garonne. La coordinatrice du projet français est le Professeur Martine Gilard (CHU, Brest).

# Les résultats du 2ème registre de l'observatoire français

## Stent for Life et enseignements

#### • Méthodologie

L'observatoire français Stent for Life a été mis en place durant le mois de novembre 2011 dans les mêmes conditions que le 1er registre au mois de novembre 2010 afin d'évaluer l'impact de la campagne de sensibilisation. L'étude consiste à consigner de façon précise les modalités de prise en charge, au cours des 48 premières heures, de tous les patients présentant un IDM dans cinq départements pilotes représentatifs du territoire français : la Côte-d'Or, la Haute-Garonne, le Nord, la Haute-Savoie et l'Essonne.

	2010	2011
Nombre de patients recensés	200	211
Côte-d'Or	29	37
Haute-Garonne	39	43
Nord	57	67
Haute-Savoie	37	26
Essonne	38	38

Le registre détaille les principaux aspects de la prise en charge des patients :

- Les délais entre l'apparition des symptômes, l'appel téléphonique et l'intervention médicale
- Le correspondant de l'appel téléphonique : 15, pompiers, MG, cardiologue ou autre (famille, amis ...)
- Le premier contact du malade avec le milieu médical : SAMU, généraliste, cardiologue, service d'urgence
- Le type de revascularisation
- Le transfert initial vers un centre de cardiologie interventionnelle ou le transfert après thrombolyse pré-hospitalière. Le registre a ensuite été analysé et comparé avec les résultats de 2010.

Les résultats de ce registre sont comparés à ceux de l'année précédente, réalisé dans les mêmes conditions.

## • Meilleure prise en charge par les professionnels de santé

Plus de patients reperfusés, indépendamment de la technique utilisée : 86 % en 2010 vs 91,5 % en 2011. Le pourcentage de patients traités par angioplastie primaire, technique de reperfusion de référence, a nettement augmenté : 64 % en 2010 et 72 % en 2011.

Avec plus de 90 % de patients reperfusés et près des ¾ ayant bénéficié d'une angioplastie primaire, la France se place dans le peloton de tête au niveau européen.

Mode de Revascularisation	2010	2011
Fibrinolyse	22%	18.5%
Angioplastie primaire	64%	72%
Pas de reperfusion	14%	9.5%

	Fibrin	olyses Angioplastie primaire		Sans reperfusion		
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Age	63 (± 13)	61 (± 13)	62 (± 13)	64 (± 14)	70 (± 12)	72 (± 16)
Femmes (%)	23%	18%	24%	28%	50%	35%
Employés	44	52	41	30	22	30
Sans emploi	5.1	2.6	8.1	15	4.3	0
Retraités	51.3	45	50.5	54.7	73.9	70

Le pourcentage de femmes non reperfusées, indépendamment de la technique, a très nettement diminué, puisqu'il est passé de 50 % en 2010 à 35 % en 2011.



# Les résultats du 2ème registre de l'observatoire français

## Stent for Life et enseignements

#### • Des facteurs de risque connus et « le bon réflexe » toujours très insuffisant

Profil des patients : facteurs de risque et antécédents médicaux. Près de la moitié des patients présentent une HTA et la même proportion est tabagique. Le surpoids et le diabète sont également fréquents dans cette population.

	2010	2011
Hypertension	43.5%	48.7%
Diabète	21.4%	22.9%
Tabagisme actif	44.9%	43.3%
Poids moyen	77 kg	78 kg
IMC* ≥ 30	20.8%	20.3%
Antécédent de coronaropathie	19.7%	16.3%

<sup>\*</sup> Indice de masse corporelle

#### Comportements des patients et premiers secours utilisés

En 2011, il n'y a pas plus d'appel au 15 (moins de 50 %). Malgré la campagne de sensibilisation déployée entre les deux études, les patients n'ont toujours pas les bons reflexes.

2010	2011
93.9%	95.3%
71.1%	69.7%
49%	47%
58%	58%
	93.9% 71.1% 49%

<sup>\*1 :</sup> Le pourcentage d'appel au 15 correspond au pourcentage de patients ayant appelé le 15 parmi ceux dont l'apparition de douleurs thoraciques a été suivi d'un appel téléphonique (15, MG, cardiologue, ami ...)

#### Infarctus du myocarde : savoir reconnaître ses symptômes et acquérir les bons réflexes

L'IDM se manifeste le plus souvent par une douleur brutale qui apparaît la nuit ou au repos. Cette douleur se situe dans la poitrine, en arrière du sternum. Il s'agit d'une douleur intense qui serre la poitrine « en étau », pouvant se propager jusqu'aux mâchoires, dans le bras gauche (ou les deux bras), aux deux derniers doigts de la main gauche et parfois dans le dos ou le ventre. Sont souvent associés à cette douleur un malaise général avec sueurs, pâleur, sensation d'évanouissement, voire syncope et, parfois des difficultés respiratoires et des troubles digestifs (nausées, vomissements), qui peuvent être au premier plan. Habituellement, la douleur de l'IDM dure plusieurs heures, voire 24 à 36 heures.

## > Adopter les bons réflexes

- Appeler le 15
- S'allonger ou s'assoir
- Rester immobile en attendant l'arrivée des secours
- S'assurer que l'on peut ouvrir la porte
- Ne plus se servir de son téléphone pour pouvoir être rappelé par les services de secours
- Envoyer quelqu'un chercher un défibrillateur automatique si disponible à proximité

## > Les erreurs à ne pas commettre

- Appeler le cardiologue, le généraliste ou SOS médecins
- Bouger, marcher ou faire tout autre effort
- Aller aux urgences soi-même
- Prendre un médicament avant
   l'arrivée du Samu ou des pompiers

<sup>\*2 :</sup> La prise en charge initiale par le SAMU ou les pompiers correspond au pourcentage de patients ayant été directement pris en charge par le SAMU ou les pompiers sans autre intermédiaire médical (MG, cardiologue SOS médecins, urgences)



# TU ENTRES DANS LA LEGENDE...



ANDRÉ ta disparition a été si brutale et soudaine pour Béatrice, tes enfants, ta famille, mais aussi pour Nous Tous qui avons eu le privilège de te connaître! Tu avais encore tant de projets à développer et à Nous faire partager...

J'ai eu l'honneur de te rencontrer et de pouvoir partager avec toi des moments d'échanges professionnels et amicaux d'une rare intensité, qui m'ont insufflé l'envie d'avancer, de me surpasser, tu m'as toujours encouragé en ce sens.

Pour moi, tu as été un génie créateur, à l'intuition novatrice, avant-gardiste, toujours à l'écoute de l'autre, curieux de tout, relevant tous les défis. Pour cela, je te qualifierais d' »Artisan de l'Excellence » : tu as vécu pour l'Amour du Travail bien fait, abouti, comme un véritable cadeau !

Pour moi, cette rencontre a été un déclic, un coup de cœur, un message d'espoir, d'énergie, d'ouverture sur l'avenir, du bonheur à l'état pur...et je ne pense pas être le seul à avoir eu le même ressenti.

Maintenant, nous nous devons de poursuivre ce que tu nous as si généreusement transmis. Tout ce travail de recherche, d'expérimentation, de mesure qui a permis de valider, de rationnaliser un savoir efficace.

J'étais retourné à La Rochelle fin mars, une quinzaine de jours avant, pour une remise à niveau de ton si fameux « tour de main » sur le tissu conjonctif humain avec la tête Ergodrive du célèbre Cellu m6.

Merci pour ces 2 jours magnifiques de savoir clair et concis, d'enthousiasme, d'énergie, de partage et d'amitié. Tu étais si heureux de nous transmettre, ce que tu avais si humblement découvert et évalué.

Je te suis très reconnaissant de m'avoir fait connaitre ce versant de mon métier qui est la masso-kinésithérapie, dont la diversité des opportunités m'a toujours séduit.

Dans les années 2000, je commençais à m'essouffler, à me décourager, à me lasser de mon métier, quand un vent de liberté et d'espoir a de nouveau soufflé en moi : la rencontre et la découverte de ton école du dos Mail 14 à La Rochelle, cette nouvelle direction pour la profession, incitant la personne qui vient à nous à devenir actrice de sa santé, m'a enthousiasmé et m'a donné envie d'aborder mon travail sous cet angle bien plus jubilatoire, car être actif, c'est se donner les moyens d'aller mieux, ce qui ne m'avait pas été enseigné durant mes études, ni après!

Depuis, je travaille dans mon cabinet à éduquer ma patientèle à s'approprier de ce principe et la grande majorité qui y adhère en tire de grands bénéfices. Certaines personnes viennent même de loin (ne trouvant pas cette approche près de chez elle).

J'insuffle une ambiance chaleureuse, généreuse, conviviale où le plaisir de se retrouver est sincèrement présent, ce que j'ai toujours apprécié lors de mes nombreux stages de perfectionnement à La Rochelle.

Et grâce à cette vision humaniste, j'ai l'impression de faire un tout autre métier : je suis en vacances toute l'année, je fais du cinéma toute la journée, j'entre en scène, je joue, je fais rire, j'émeus, on s'évade ensemble et je mets en œuvre les techniques appropriées pour que leur état de santé s'améliore et c'est cette façon d'aborder le soin que je défends avec ferveur et qui devrait être le cœur de notre métier et pour ce type de prestation, l'acte se fait payer à sa juste valeur.

J'aimerais pouvoir continuer l'exercice mixte conventionné d'auxiliaire médical associé à la prévention-santé-beauté comme tu nous l'as toujours enseigné : quel luxe et quel bonheur de pouvoir allier et faire cohabiter ces deux modes d'exercice parfaitement complémentaires.

L'an dernier, une ancienne patiente de 80 ans est venue effectuer 10 séances de rééducation conventionnées pour son épaule et à la dernière, elle m'a demandé si je pouvais l'aider et lui proposer un traitement efficace pour améliorer l'aspect de la peau mature de son visage et de son cou. Je ne m'attendais pas à être sollicité de sa part sur ce sujet. J'ai été ravi, touché par cette marque de confiance et honoré de pouvoir y répondre positivement. Je l'ai écoutée, rassurée, conseillée et je lui ai proposé de lire les différents articles de mes books concernant la question qui la préoccupait.

Ensuite, nous avons entrepris, d'un commun accord, une prise en charge complète associant l'endermolift, les infra rouge longs visage et la cosmétologie : le résultat a été impressionnant et rapide, la dame ravie, ainsi que moi-même.

Que dire de plus pour notre métier : c'est cela qui me bouleverse, me donne la foi de persévérer, car ce genre d'exemple n'est pas unique en 30 ans de carrière.

Alors ANDRÉ: merci pour toute cette générosité, cette foi que tu continues à transmettre aux jeunes professionnels et comme tous les grands hommes, tu vas à l'essentiel pour simplifier et rendre abordable l'essence de notre métier.

Encore un autre merci pour avoir contribué à faire évoluer la pratique, le savoir-faire et la technologie du Cellu M6, qui m'a réconcilié avec le travail de la sculpture sur bois et du modelage que pratiquait et enseignait mon père et que je me suis, d'une certaine manière, approprié en travaillant un peu comme lui, mais sur le tissu conjonctif humain, qui me correspond mieux !

A La Rochelle, j'ai également découvert la Gym ballon Mail 14, qui intellectuellement m'a nourri, enrichi et ouvert de nouvelles portes de liberté, de confraternité et d'espérance pour l'avenir ...longue vie au concept Mail 14, je suis de tout cœur avec toi!

Serge RESTLE-CLAUZEL Masseur-Kinésithérapeute



# L'EAU MINÉRALE NATURELLE

# une alternative pour compléter les apports alimentaires en calcium des adolescents !

Entre 11 et 17 ans une minorité d'adolescents ont des apports en calcium en adéquation avec les Apports Nutritionnels Conseillés<sup>1</sup> (ANC)!

Une information à ne pas prendre à la légère lorsque l'on sait que le capital osseux se constitue à la période importante de l'enfance et de l'adolescence (pic de masse osseuse atteint à 20 ans) et que le calcium en est un des éléments constitutifs.



Dès l'enfance, ce que l'on boit est aussi important que ce que l'on mange. Cela s'applique aussi à l'adolescence ! Encourager les adolescents à boire de l'eau afin que cela fasse partie de leurs habitudes alimentaires ou de leur quotidien. Au-delà des besoins hydriques, certaines eaux minérales naturelles permettent de satisfaire d'autres besoins nutritionnels comme ceux en minéraux. Le calcium en fait partie. Une alternative pour aider les adolescents à compléter leurs apports journaliers en calcium...

## L'EAU, BOISSON ESSENTIELLE POUR NOS ORGANISMES JEUNES OU MOINS JEUNES

L'eau revêt de multiples fonctions indispensables au fonctionnement de l'organisme. Une bonne raison pour encourager les adolescents à en boire.

# LES DIFFÉRENTS RÔLES DE L'EAU<sup>2</sup>

Rôle de construction : L'eau est un élément constitutif du corps humain. Elle est présente dans toutes les cellules, les tissus et les compartiments intra et extracellulaires.

Rôle chimique: L'eau est à la fois un solvant, un milieu de réactions, un réactif et un produit de réactions chimiques. C'est aussi un produit du métabolisme oxydatif.

Rôle de transport: L'eau est le constituant majeur du sang. L'eau transporte les nutriments aux cellules et aide à éliminer les déchets du corps.

Rôle de thermorégulation: L'eau aide à maintenir le corps à la bonne température, lors de l'exposition à de fortes chaleurs ou de grands froids.

Les eaux minérales naturelles quant à elles, ont cette particularité d'apporter à l'organisme humain des minéraux. Parmi les nutriments qu'elles contiennent figure le calcium, élément nécessaire à la croissance osseuse notamment chez l'adolescent.

### QU'EST-CE QUE LE CALCIUM ?

Le calcium est le minéral le plus abondant du corps humain, soit environ 1 à 1,2 kg chez l'adulte. 99% de ce calcium se trouve dans les os et les dents.

# ADOLESCENTS: VIGILEANCE SUR LES APPORTS EN CALCIUM!

La consommation de produits laitiers diminue de l'enfance à l'adolescence !
Or, il est indispensable d'assurer un apport calcique suffisant pendant la croissance des préadolescents et des adolescents afin d'obtenir un pic de masse osseuse (PMO) optimal lequel aura un impact sur son capital osseux tout au long de sa vie.

# LE SAVIEZ-VOUS ?

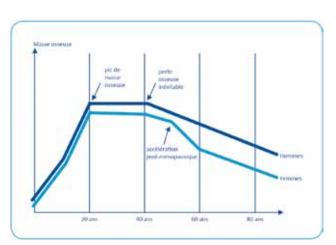
Le calcium extra-osseux, malgré sa faible part (1%), intervient dans de multiples fonctions indispensables coagulation sanguine, contraction musculaire, transmission de l'influx nerveux...

# Le calcium est un élément fondamental de la croissance

De la naissance à l'âge adulte le calcium total passe de 30 g à 1 200 g chez l'homme et 900 g chez la femme.

Il est un élément essentiel de la minéralisation osseuse car il assure rigidité et solidité au squelette, sous la forme du phosphate de calcium.

Il représente 2% du poids corporel et 32% du minéral osseux qui, lui-même, constitue 40% du poids du squelette.



## Selon l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS 2006) :

- Entre 11 et 14 ans, 63% des filles reçoivent moins des 2/3 des ANC en calcium et pour 11% d'entre elles moins de 1/3 des ANC;
- Entre 15 et 17 ans, 73% des filles reçoivent moins des 2/3 des ANC et pour 15.4% d'entre elles, moins de 1/3 des ANC.

# APPORTS CALCIQUES INSUFFISANTS : QUELLES CONSÉQUENCES ?

Un apport en calcium insuffisant fait courir aux adolescents des risques osseux à court terme avec notamment une augmentation du risque fracturaire. Ils y sont d'autant plus sensibles car ils se trouvent en pleine poussée de croissance. Mais au-delà des risques immédiats inhérents à une déficience en calcium, celle-ci constitue également un important facteur de risques osseux à long-terme. En effet, l'importance d'un pic de masse osseuse (PMO) élevé en fin de croissance, alors que la masse osseuse ne pourra plus augmenter par la suite, entraîne un report de l'ostéoporose post-ménopausique de 13 ans et une baisse du risque fracturaire de 50%³.

BESOINS EN CALCIUM CHEZ L'ENFANT<sup>3</sup>. L'eau minerale naturelle, une alternative pour completer les apports en calcium

- De 0 à 3 ans, les ANC sont de 500 mg/j
- De 4 à 6 ans, les ANC sont de 700 mg/j
- De 7 à 9 ans, les ANC sont de 900 mg/j
- De 10 à 19 ans, les ANC sont de 1 200 mg/j



Une déficience en calcium à l'adolescence fragilisera l'adulte et augmentera notamment les risques d'ostéoporose. La puberté est une période clé pour la santé osseuse du futur adulte, dont les effets se feront sentir toute sa vie !

### L'EAU MINERALE NATURELLE, UNE ALTERNATIVE POUR COMPLETER LES APPORTS EN CALCIUM

# Les eaux minérales naturelles assurent une excellente biodisponibilité au calcium!

L'équipe de Couzy et al<sup>4</sup> a démontré que la biodisponibilité du calcium de l'eau, c'est-à-dire sa capacité à être absorbé au niveau intestinal et à atteindre la circulation générale, était équivalente à celle du lait.

# La contribution des eaux minérales naturelles aux apports en calcium

Le meilleur moyen d'avoir un apport adéquat en calcium est de consommer régulièrement des aliments riches en calcium pendant sa jeunesse. Le lait et les produits laitiers fournissent l'essentiel de l'apport en calcium de la majorité de la population, mais il existe d'autres produits riches en calcium tels que les légumes verts, le pain complet, certains fruits secs ou certaines eaux minérales naturelles.

L'étude SU.VI.MAX (Supplémentation en Vitamines et Minéraux Antioxydants) a confirmé que 62% des femmes avaient une ration calcique inférieure à la dose journalière recommandée, mais celles qui consommaient régulièrement une eau minérale naturelle riche en calcium en complément des produits laitiers avaient un apport nettement supérieur à celles qui consommaient une eau ordinaire.

Dans ce contexte, certaines eaux minérales naturelles présentent un intérêt particulier, comme CONTREX et HEPAR qui permettent de couvrir de 39% à 46% des apports chez les adolescents.

# LE SAVIEZ-VOUS ?

Une eau est dite calcique lorsqu'elle contient au moins 150 mg de calcium par litre.

### EXEMPLE D'UNE JOURNÉE POUR UN ADOLESCENT DONT LES APPORTS CONSEILLÉS EN CALCIUM SONT DE 1 200 mg<sup>5</sup> :

- 1 yaourt nature (125g) = 187,5 mg<sup>5</sup>
- + 1 fromage blanc nature ou aux fruits (100 gr) = 109 mg<sup>5</sup>
- + 1 portion (30g) de camembert à 20-30% Mat Gr. = 145 mg<sup>5</sup>
- + 5 portions de fruits et légumes soit environ 240 mg, selon les fruits et légumes consommés (par exemple, 1 kiwi = 31 mg, 1 orange = 33,5 mg, ½ pamplemousse = 28 mg, une assiette de brocolis = 86 mg, 1 bol de soupe de légumes variés = 63 mg)

Il convient de consommer encore près de 520 mg de calcium pour atteindre les Apports Nutritionnels Conseillés. Consommer 1 L à 1,5 L d'eau riche en calcium comme Contrex (468 mg/L de calcium) permet de compléter ces apports de façon significative.



### ENCOURAGEZ-LES À BOIRE DE L'EAU!

L'eau est le groupe d'aliment le plus consommé chaque jour. Il représente 29% de la consommation totale d'aliment chez les 11-14 ans (devant le lait 9%) et 30% chez les 15-17 ans<sup>6</sup>. Consommer une eau minérale calcique (exemple : Vittel ou Contrex), versus une eau ordinaire, est donc une alternative simple et efficace pour compléter leurs apports en calcium.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1. Etude Nationale Nutrition Santé (2006)
- 2. Jéquier E et Constant F. Cahiers de Nutrition et Diététique 2009 ; 44 ; 190 \_ 197
- 3. Hernandez CJ et al, Osteoporosis Intern 2003 ; 14 :843 -7
- Couzy F et al. (1995) Calcium bioavailability from a calcium and sulfate-rich mineral water, compared with milk, in young adult women, Am J Clin Nutr; 62: 1239-44.
- 5. ANSES Table Ciqual 2008
- 6. INCA 2 2006/2007



Lyon connue pour sa rue St Jean avec sa Cathédrale, son Herboriste, et son Musée-Boutique de Guignol a été la capitale de la Kinésithérapie pendant ces 2 jours, 1300 M.K participèrent à cet événement.

# LES KINÉS SE SONT TAILLÉ LA PART du « LYON » les 30 et 31 mars



hôtesse d'accueil, jean Marc Oviève directeur INK,

Bien entendu, le rendez-vous de la profession se déroulait à l'Espace Tête d'Or, autour d'une soixantaine d'exposants.

Les visiteurs ainsi ont pu échanger avec les exposants et tous les leaders d'opinion des Organismes Professionnels.





F.F.M.K.R), avec plus de 120 jeunes, un vrai succès.



La F.F.M.K.R profita de Lyon pour réunir son Conseil Fédéral et **Alain Bergeau** Président de la Fédération fut ainsi en contact direct avec les visiteurs pendant ces 2 jours





Un coup de chapeau à l'équipe de bénévoles de Kinés du Monde

De gauche à, droite :

Chourok Soummer secrétariat FFMKR.

Laurence Damoiseau assistante de projet INK, Sylvie Desaleux secrétaire générale chargée de la vie fédérale et des ARS, AMP directrice administrative FFMKR/SPEK, Alain Bergeau Président FFMKR, Christophe Dauzac rédacteur en chef kinésithérapie scientifique, Dominique Mizera secrétaire général chargé de la formation-enseignement et recherche, Valérie Néel responsable services commerciaux, Daniel Paguessorhaye vice président FFMKR

Dans un contexte difficile pour la profession et pour le moins tendu sur le plan politique, les représentants départementaux et nationaux du SNMKR se sont réunis pour leur 35ème congrès à Lyon les 29 et 30 mars pour définir de nouvelles voies de réflexion et pour ouvrir de nouveaux horizons de travail.



Dès le samedi matin à 9 H 30 le S.N.M.K.R se réunissait en commission pour échanger sur leurs propositions afin de faire évoluer la profession.

Les élus présents sur leur stand renseignaient leurs confrères et argumentaient pour qu'ils adhérent au Syndicat.





### De gauche à, droite :

- Emmanuel GONNARD (administrateur SNMKR 69)
- Stéphanie PALAYER MICHEL (administrateur national)
- Fabien COLPE (salarié du SNMKR)
- Stéphane MICHEL(président national)
- Laury BERTHAULT(salariée)
- Pascale FILLION (présidente SNMKR 93)
- Laurent GRIVEL (administrateur SNMKR 69)
- Yvan TOURJANSKY (secrétaire général du SNMKR)
- Hélène HIRAT DOURNAUX (administrateur SNMKR 92)
- Tristan MARECHAL (vice président national)



### De gauche à, droite :

- Franck Gougeon, Responsable du pôle communication du Conseil National de l'Ordre ;
- Jean-Paul David, Président du Conseil National de l'Ordre;
- Roger Herrmann, Président du Conseil Régional de l'Ordre de Rhône-Alpes ;
- Mathilde Guest, Conseillère juridique du Conseil National de l'Ordre ;
- Hervé Fanjat, Vice-président du Conseil Régional de l'Ordre de Rhône-Alpes ;
- Jacques Liabeuf, Président du Conseil Départemental de l'Ordre de la Drôme.

L'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes était présent pendant les deux jours du Salon. Des représentants du Conseil régional dont son Président, Roger Herrmann ainsi que des élus des huit départementaux qui constituent cette région se sont relayés sur le stand.

Le président du Conseil National Jean-Paul David ainsi que des collaborateurs du CNO, dont Mathilde Guest, du service juridique ont également répondu aux praticiens qui les ont interrogés notamment sur les questions d'éthique et de déontologie. La réforme de la formation initiale et ses conséquences pour la profession, mais aussi la mise en place des Sections des assurances sociales des Conseils régionaux de l'Ordre ont été parmi les nombreux sujets abordés.



Et bien sur je n'oublierai pas les exposants qui ont redoublé de créativités afin de satisfaire les visiteurs, avec une dédicace particulière à DJO et son équipe



- De gauche à, droite:
   Sylvain MATON (Resp. Secteur Rhône-Alpes),
   Olivier GOYEAU (Resp. SAV International),
   Sébastien BELLART (Directeur des Ventes & Marketing),
   Guillaume MERCIER (Directeur Régional Nord),

- Xavier MARTINEZ (Directeur Régional Sud)
   Bertrand COIN (Responsable Marketing) pour la société DJO France.







Retrouvez tous les exposants sur www.salonreeduca.com. dans l'annuaire



A l'année prochaine et encore merci à tous les visiteurs et intervenants











# ILTA

MAGNETO INFRARED LASER THERAPEUTIC ACTIVE LED







# **DEMANDE DE DOCUMENTATION**

NOM	:PRÉNOM :
ADRE	SSE:
CODE	POSTAL : VILLE :

THÉRAPIE MANUELLE





Tel, 01 34 58 03 80 Fax 01 34 58 03 90 E-Mail: info@ems-france.fr

www.ems-medical.com www.atrad.ch

