

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

Le nouveau standard
des tables de massage
gymna.ONE
Votre professionnalisme. Notre expertise.



Le FULLSKIN

Ajoutez une nouvelle dimension à votre cabinet

**Mobilisez
en 3D**



Le Fullskin, l'allié intelligent de votre pratique manuelle

1D Travaillez en décompression pour un effet antalgique immédiat.

Permet d'agir immédiatement sur la relance de la microcirculation et des flux liquidiens, libère les pressions, améliore la vascularisation, oxygène les tissus.

2D Mobilisez autrement avec le mouvement rotatoire spécifique du Fullskin.

L'action d'étirement mobilisation du Fullskin permet une mobilisation des structures tissulaires dans la continuité de l'architecture du maillage fibrillaire, de la surface à la profondeur.

3 sens de rotation : horaire, anti-horaire et alternatif pour travailler en point fixe ou en déplacement.

3D Imprimez la trajectoire et travaillez librement.

Technologie unimanuelle et mutidirectionnelle, sans limite de mouvement et sans contrainte, le Fullskin vous permet de conserver l'écoute thérapeutique manuelle.



Suivez nos actualités sur
Facebook
et sur notre site www.skinexians.com

Partenaire des cycles de
conférences « promenades
sous la peau »



www.endovivo.com



L'expertise depuis plus de 20 ans.



Un renseignement,
une documentation, une démonstration :
Tél. : 04 37 27 02 17 – contact@skinexians.com

L'AVENIR C'EST DEUX MAINS !

• 51^e édition •

Réduca Salon

9.10.11

octobre 2015

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

ENEZ COMPARER, CHOISIR
ET ACHETER SUR LE SALON

LE PLUS GRAND RENDEZ-VOUS
DE CONSEILS ET DE VENTES
DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Organisé par

 Reed Expositions

fmt
mag.com

GICARE Salon

Devenez thérapeute de K-Taping® !

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

www.k-taping.fr





Le Mondial de rééducation a fermé ses portes, un vrai moment de partage entre technologie et formation... la miniaturisation des équipements et le Wireless se conjuguent avec des pratiques manuelles offrant aux patients des approches thérapeutiques de plus en plus globales qui font le bonheur des MK_Geek... Les "incontournables" restent toujours bien campés sur la qualité de leurs produits, le tout dans une ambiance chaleureuse et sérieuse. Les visiteurs studieux ont pu cette année, bénéficier d'ateliers plus nombreux, animés par des professionnels-enseignants de renom et le congrès de l'INK, un peu amputé d'un de ses "membres", a retenu une fois de plus l'attention des MK qui optimisent leur temps de visite du salon et leur DPC. Au total beaucoup de monde...

Pourtant la kinésithérapie n'est pas à la fête, attaquée par la "Chine" et ses cohortes de masseuses, elle reçoit aussi des attaques répétées des "Nini's" qui se prétendent plus holistiques que les kinés. Faut-il rappeler que les M.K.D.E., exercent leurs talents dans des prises en charge symptomatiques et globales reconnues. Ils savent à travers leurs bilans, leurs diagnostics kinésithérapiques et l'éventail de leurs méthodes, proposer une offre de service diversifiée et personnalisée dont les bases scientifiques s'enrichissent chaque jour. L'ostéopathie serait-elle une thérapie à elle seule ? Serait-elle plus qu'une méthode au service de la thérapie comme la relaxation, la balnéothérapie ou la physiothérapie... On peut tout ériger en thérapie exclusive, mais rien ne sera plus efficace que la pluridisciplinarité du praticien. C'est ce professionnel qui saura, au travers de différentes méthodes complémentaires, adapter son traitement à l'évolution des pathologies et permettre aux patients de s'approprier leur guérison et de se re-socialiser. C'est la kinésithérapie que nos maîtres nous ont enseignée, que nous enseignons encore et que nous défendrons toujours.

Votre dernier FMT Mag est aussi tourné vers l'actualité de notre profession, en particulier la réforme de la formation. La synthèse proposée vous éclairera, mais je ne peux m'empêcher de penser que nous espérons voir apparaître, sortant de la brume de ces interminables négociations, un "Queen Mary" flambant neuf et innovant... mais il semblerait que nous n'aurions droit qu'à un "house boat"... Vous découvrirez aussi les 3 fournisseurs nommés par les experts de FMT Mag pour le prix de l'Innovation. Une initiative qui a remporté un franc succès et a beaucoup mobilisé le jury.

Le Mondial de la Rééducation avec la diversité de ses exposants, de ses ateliers, permet de conforter les professionnels dans leurs compétences et leur appétence à se renouveler, à progresser. Si la 50^{ème} édition 2014 a été à la hauteur des attentes des visiteurs, nul doute que l'équipe de Philippe Goethals s'attèle déjà "à deux mains", à la 51^{ème} édition qui se déroulera les 9-10-11 octobre 2015.

Je vous souhaite de très belles fêtes de fin d'année.

Jean-Pierre Zana

Kinésithérapeute Cadre de Santé

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

Directeur de la publication
Michel FILZI

Directeur de la rédaction
Philippe GOETHALS

Responsable Marketing
Mathilde GENDRON
mathilde.gendron@reedexpo.fr
01 47 56 67 03

Publicité
Robin LAINÉ
robin.laine@reedexpo.fr
01 47 56 67 04

Maquette
Studio Reed - Frédéric ESCLAUSE

Comité de rédaction
F. Gardon - M. Gedda - M. Gendron
P. Goethals - N. Leclerc - J.M. Oviève
B. Petitdant - E. Sessa - S. Villars
J-P Zana

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

Diffusion
38 000 exemplaires
Imprimé par IMAVE
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.

IMPRIM'VERT®



Prix : 2,29 euros

ISSN 1778-915X

FERROX®

**Contactez
votre
revendeur
de confiance!**

info@ferrox.it
www.ferrox.fr
☎ +39 0438 777091

mod. Alouette



Prévention	8
Lombalgies, hanches, prothèses de hanche	
Salon	16
Les 1 ^{ers} Trophées de l'innovation	
Pratique	24
Décision kinésithérapique. Philippe G. Acromioplastie	
Innovation	36
La rééducation avec le Rehab-Gaming	
Découverte	
Transmission de la tuberculose	
Une piste hormonale contre les maladies liées au vieillissement	40
Matériel	42
Cryothérapie : la différence Game Ready	
Colloque	
Science et Kinésithérapie : garantir des pratiques raisonnées et consciencieuses	44
La réforme de la formation des masseurs-kinésithérapeutes	48
Formation Continue	52
Bien choisir sa formation !	
Interview	54
Rencontre avec Thibaut Guiraud	
Pratique	56
Comment mettre en évidence le long palmaire ?	
Kinés du Monde	62
«Davaille» à Stepanakert ça marche !	
Sondage	64
Les patients aiment-ils leur médecin ?	
Approche	66
Une "thérapie globale" qui s'ignore encore...	
Mon Annuaire Réduca	68
Formations	73
L'île lettrée	74



PRÉVENTION

p.8

Nous avons pour beaucoup d'entre nous des golfeurs en soins, avec une problématique récurrente qui est une douleur lombaire, voir lombo sciatique... >>>

COLLOQUE

p.44

Pascale Mathieu : faire reconnaître la kinésithérapie comme une science afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients....>>>



PRATIQUE

p.56

Comment mettre en évidence le long palmaire (palmaris longus) ? >>>

p.62

KINÉS DU MONDE

«Davaille» à Stepanakert ça marche ! >>>



Vous vous installez ? Vous souhaitez renouveler votre matériel, découvrir des nouveautés, diversifier votre activité ? YSY Médical se plie en quatre pour vous...

1
**BIOFEEDBACK &
ÉLECTROTHÉRAPIE**

2
STIMULATION VIBRATOIRE

3
**CHAMP ÉLECTRO-
MAGNÉTIQUE PULSÉ**

4
ÉCHOGRAPHIE MSK

Depuis bientôt 20 ans, YSY Médical accompagne les professionnels de la kinésithérapie et développe des solutions fiables et innovantes.



YSY MEDICAL



Pour toute information, contactez-nous :

Tél. : 04 66 64 05 11 – Fax : 04 66 29 11 43 - Email : contact@ysy-medical.fr

www.ysy-medical.fr

+ Par Eric Sessa

Lombalgies, hanches, prothèses de hanche

Nous avons pour beaucoup d'entre nous des golfeurs en soins, avec une problématique récurrente qui est une douleur lombaire, voir lombo sciatique. (25 à 30% des golfeurs souffrent des lombaires)

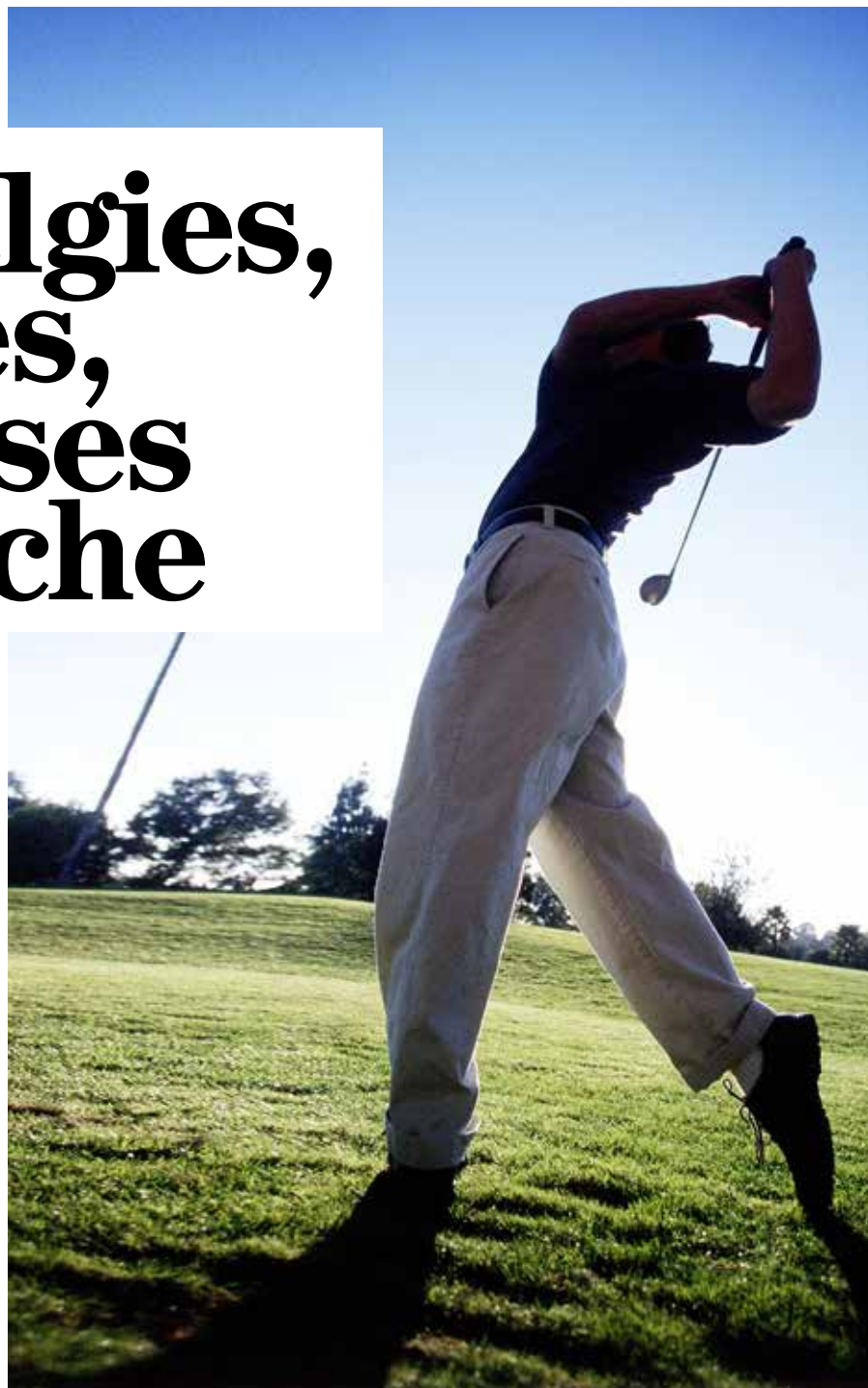
Cette douleur vient bien souvent d'un dérangement biomécanique de la hanche associé parfois à un dérangement intervertébral mineur (DIM) des étages lombaires bas L4, L5, S1. Ces dérangements pathogènes induisent souvent une douleur associée à la sacro iliaque voir avec névralgies. Devant une telle situation, une fois le bilan effectué, nous dispenserons les soins kinésithérapiques adaptés et normaliserons les dérangements osteo-articulaires décelés selon les méthodes que nous maîtrisons (par exemple : réharmonisation de la hanche selon R.Sohier) Tout ceci semble bien simple, mais il serait mieux de remonter plus en amont et d'œuvrer sur la prévention de ces dérangements. Pour ceci, il faut travailler sur la qualité du mouvement.

Lexique

backswing : Le backswing (la montée) est le mouvement d'armement du club permettant d'amener celui-ci en position haute au-dessus de l'épaule droite (gauche pour un gaucher). C'est donc la phase du mouvement allant de la position du club à l'adresse jusqu'au sommet du swing avant d'entamer la descente du club downswing ou finish.

Overswing : dépassement de l'horizontale avec le club lors du backswing.

Crash : collision entre le bras et le tronc



Pour obtenir un mouvement fluide, il faut déjà que le golfeur ait une liberté articulaire au niveau des genoux et des hanches. Il faudra donc s'assurer de la parfaite cohésion biomécanique osteoarticulaire de ces articulations en particulier les rotations de hanches.

Habituellement on considère que les amplitudes moyennes en rotation sont de 30° en rotation interne et 60° en rotation externe

Par exemple, pour un droitier : une hanche bloquée en rotation externe ou plutôt avec un défaut de rotation interne empêchera le mouvement de bassin tant au back swing qu'au finish ; nous aboutirons à la fin du swing à un « crash » entre le membre supérieur et le tronc, car celui-ci ne sera plus orienté vers la cible

(le trou), d'où de multiples soucis au niveau de la trajectoire de la balle... Sur l'aspect soins il faudra régulariser ce défaut de rotation interne. Une fois la mobilité des genoux et des hanches réglée, il faudra traiter les douleurs lombaires et ses irradiations éventuelles dont normalisation des DIM voir des sacro iliaques.

Nous aurons réharmonisé l'ensemble du « train porteur » et il restera ensuite à l'utiliser dans toute la mobilité permise. Pour ce faire et pour éviter une récurrence, il me semble important de rappeler le bon usage des hanches et du rachis dans le swing de golf. Il est nécessaire de placer le rachis dans une position neutre et physiologique de rectitude (plan frontal)

La nouvelle ligne

4

Complète, pratique, rapide et rationnelle !

La nouvelle génération d'appareils portables* pour l'ultrasonothérapie, l'électrothérapie et la thérapie combinée.



Sonopuls 492 1 & 2 têtes



Sonopuls 490 1 & 2 têtes



Endomed 482



Vacotron 460

Appareil portable (alimentation secteur ou batterie)
Taille compacte avec un grand écran couleur TFT
Interface intuitive pour débiter un traitement en seulement 3 étapes
Bibliothèque de protocoles randomisés

Gain de temps et économique (pas de consommable) grâce au système indépendant de pose d'électrodes sous vide**

“La Série 4 est faite pour vous”



Sonopuls 492
+ Vacotron



30 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 Sevrans Cedex

Tél. : 01 49 36 18 18 - Fax : 01 43 84 76 49 - enraf-noniusfrance@enraf-noniusfrance.com



Partner for Life

Photos non contractuelles - * Alimentation sur secteur ou batterie (option) - ** Vacotron 460 (option)

+ Par Eric Sessa



le tronc dans le sens du back swing et éviter un crash, membre supérieur et tronc. Il n'y aura plus qu'à laisser le swing se faire naturellement selon la gravité pour contacter la balle vers la cible. Nous arrivons donc à la position de downswing ou finish en rotation interne et légère adduction de hanche gauche pour se retrouver bassin quasi face à la cible (trou).

Cette libération du bassin est essentielle car du point de vue biomécanique elle empêche le crash des bras contre le tronc et évite la torsion du rachis sur un bassin statique.

La rectitude du rachis dans le plan frontal est alors préservée et on élimine ainsi toutes contraintes douloureuses en cisaillements. En appliquant ces quelques indications en particulier le mouvement de bassin autour des hanches et non la torsion du rachis on évitera les lésions lombaires. Il faudra surveiller de façon suivie et régulière la liberté de rotation des hanches. Ce chapitre sur les hanches m'amène à une problématique fréquente et qui est l'enraidissement progressif des hanches

et d'éviter toute flexion mais surtout toute rotation des vertèbres lombaires. Il y aurait alors contraintes en cisaillements !

Une fois le rachis placé en position physiologique donc de confort, on va incliner le tronc du golfeur en avant en tournant autour des hanches (fesses en arrière). On va donc se retrouver à l'adresse

avec une stance en légère flexion de genoux, flexion de hanches, tronc incliné en avant.

Pour bien utiliser les hanches, je ne peux que me rapprocher de l'enseignement de Shawn Clément et Edouard Montaz. Ceux-ci préconisent de déplacer le poids du corps sur l'intérieur du pied gauche, pour un droitier, (tilt) puis de reculer la hanche droite, pour orienter



Forçage en rotation interne en fin de swing ici une hanche droite pour un gaucher



vers la rotation externe, enraidissement dû aux années, voir à l'arthrose... il est important de diagnostiquer au plus vite ces pertes d'amplitudes et de les soigner pour les réduire ou au moins les minimiser. Enfin il nous arrive de rencontrer un stade ultime d'usure qui débouche sur les prothèses de hanches (PTH).

La PTH n'empêche en rien la pratique du golf sous réserve de respecter les délais de consolidation et de cicatrisation (à voir avec le chirurgien). Selon les études publiées sur le site de la FFG on peut penser qu'une reprise après 3 à 4 mois est correcte avec une progression jusque vers 6-7 mois. Il faudra éventuellement trouver une aide aux déplacements sur les longs parcours ou les parcours vallonnés : Golfette, chariots électriques...



Le principal problème est le risque de détérioration de la prothèse, voire de luxation, sur un mouvement de flexion, adduction, rotation interne.

Or c'est en fin de finish que l'on se retrouve dans cette position de rotation interne forcée et adduction côté pivot ! (= hanche gauche pour un droitier). Il y a un risque de « forçage » antero-

L'isocinétisme... pourquoi pas vous ?

Évaluez, analysez et réalisez un protocole de rééducation personnalisé.



En France, près de **100 cabinets** ont fait le choix délibéré
d'une approche thérapeutique de pointe.

Offrez à vos patients des résultats à la hauteur de vos compétences.

Un dispositif de rééducation complet

Des mesures fiables, reproductibles et reconnues,
Un outil de rééducation d'excellence,
22 configurations possibles : genou, épaule, coude etc. ...



Votre partenaire de la rééducation à la performance
Tél : 04 78 34 32 48 - www.athlex.fr - info@athlex.fr

+ Par Eric Sessa

interne. (En particulier pour la voie d'abord postérieure)

La solution sera de positionner la hanche gauche (droitier) en légère position de rotation externe au démarrage du swing. On pourra compenser le manque de rotation interne par le roulement des pieds. On finira alors de swing avec une position en légère rotation interne.

Il semble qu'une position en rotation externe de 20° environ au départ, suffira ; le golfeur terminera alors son mouvement en légère rotation interne d'environ 20° ce qui est très acceptable et reste confortable pour la majorité des opérés. Ces amplitudes sont quasiment toujours obtenues en fin de rééducation et ne posent aucun problème particulier

Il faudra se méfier aussi de l'« overswing » et du downswing non contrôlés dans les cas de voie d'abord antérieure ! Mais aussi pour éviter les lombalgies...

Eric Sessa - MK du sport

Pré positionnement en rotation externe. Hanche gauche chez un droitier



BIBLIOGRAPHIE

- R.Sohier : justifications de la réharmonisation biomécanique des lésions dites ostéopathiques des articulations
- S.Clement et E.Montaz : Le Paris country club à saint Cloud
- FFG : site internet

INNOVATIONS 2014

+ Par Jean-Pierre Zana

Dans les coulisses du prix de l'innovation

Il fait gris et frais ce matin de juin sur les quais de la Seine aux environs de la Défense. L'invitation est conviviale mais sans appel. Vous avez accepté d'être membre du premier prix de l'Innovation en kinésithérapie, rendez-vous à 9.30 sur le plateau du Mondial et de FMT Mag, dans les locaux de Reed Expositions, réservez votre journée. Je me suis rendu au lieu de rencontre, avec une "curieuse inquiétude" : qui seront les autres membres du jury. Michel était déjà là puis sont arrivés les autres, Jean-Marc, Christophe, Tristan, Patrice, (ajouter les autres prénoms). Des visages connus, des professionnels reconnus la journée s'annonce riche nous avons tant de choses à partager. C'est Philippe qui assure notre accueil, fier d'avoir réuni un tel équipage. Il nous fait faire un rapide tour des locaux du mondial et de FMT, nous présente Ambre l'important cortège se dirige vers une salle à l'écart.

Après le café d'usage, Philippe Goethals présente l'objet de notre réunion et l'objectif de l'équipe du mondial pour cette 50^{ème} édition. La kinésithérapie doit résister à la déprime ambiante ; fournisseurs et praticiens doivent trouver sur le salon ce qui assure le dynamisme de la profession et sa reconnaissance par le public. Le prix de l'innovation doit récompenser le ou les fournisseurs qui, d'après les dossiers adressés, présentent un nouveau concept, ou produit ou une amélioration significative d'un produit existant et montrent leurs soucis

d'accompagner les kinésithérapeutes vers une pratique quotidienne à la pointe du progrès et de l'innovation.

C'est armé de ces informations que le petit groupe se met au travail sous l'œil attentif d'Ambre. Après un partage de la définition de "l'innovation", les dossiers sont lus et classés par famille jusqu'à un consensus sur 10 dossiers que le groupe décide de rencontrer sur le salon. La richesse de ce jury a été son indépendance, sa connaissance de la profession, ses membres sont là parce qu'ils représentent des enseignants, des rédacteurs de la presse scientifique et professionnelle. Ils sont des visiteurs assidus du Mondial et à l'affût de tout ce qui fait progresser le métier.

Les fournisseurs qui ont répondu à l'appel du Mondial de rééducation pour ce prix sont des fournisseurs connus et appréciés, tous n'avaient pas une nouveauté à présenter mais ont souhaité mettre en avant un produit récent. Nul doute, que pour le prochain prix, ils seront encore plus nombreux. Cette dynamique souhaitée par l'équipe est une démarche gagnant-gagnant qui va renforcer les liens entre les kinésithérapeutes et leurs fournisseurs. Les trois prix remis cette année sont apparus aux membres du jury avoir un petit cran d'avance sur les 7 autres retenus mais les décisions ont été longuement discutées et ils n'ont pas démerité. C'est une initiative à renouveler.

Salon
Rééduca



50^{ème} édition, que de chemin parcouru par ce salon, le seul qui ait cette importance pour les professions paramédicales. Madame le ministre de la santé, vous qui traînez les pieds avec la réforme de nos études, vous qui n'entendez pas la maturité d'une profession qui va bientôt fêter ses 70 ans, les kinésithérapeutes et leurs fournisseurs viennent de vous montrer une fois de plus, leur volonté d'être aux services de leurs patients. Votre visite sur le salon vous aurait permis de constater cette formidable rencontre entre les jeunes et les anciens praticiens, la formation continue et les ateliers pratiques qui faisaient salle comble, des stands où les débats allaient bon train sur la qualité des produits et leur efficacité. Les kinésithérapeutes ne baissent jamais les bras, ils les reposent parfois pour mieux repartir et être encore plus efficace. Le mondial de rééducation a montré une fois de plus et il le montrera encore l'année prochaine et les prochaines années qu'il est le lieu de rassemblement des masseurs kinésithérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, soucieux de développer leurs compétences en thérapie et en bien-être et de répondre à l'exigence de leur convention nationale : participer à la resocialisation de leurs patients.



**"Tu adhères à l'ANGAK
et ils te forment à la Compta ...
Cool ! "**

**La Cotisation 2015
c'est encore et toujours :
190 € ttc**

**ANGAK
25500*
Adhérents**



Association Nationale de Gestion agréée de Professions de Santé

**L'ANGAK est membre de la Fédération Nationale
des Associations de Gestion Agréées FNAGA**



L'ANGAK est certifiée Qualité Iso 9001

**N° de Formateur ; 73 31 06752 31
pour ses formations gratuites**

**COMPTA EXPERT est le logiciel de Comptabilité
Gratuit de l'ANGAK**

05 61 99 52 10

www.angak.com

* Données au 15/10/2014

NOUVEAU HUBER® 360

PLATEFORME MOTORISÉE MULTIAXES™ ÉQUIPÉE DE CAPTEURS DE FORCE



- BILAN FONCTIONNEL INTÉGRÉ
ADAPTÉ À TOUS TYPES DE PATIENT
- TRAVAIL PRÉCIS ET PROGRESSIF GRÂCE
AU CORRECTEUR DYNAMIQUE DE POSTURE™
- SOLlicitATIONS MULTIDIRECTIONNELLES
ET RECRUTEMENT CIBLÉ
- TRAJECTOIRES SPÉCIFIQUES POUR CHAQUE
INDICATION THÉRAPEUTIQUE



Découvrez le **Neuro Physical Training™**

HUBER® 360 est équipé de la **nouvelle Plateforme Motorisée Multiaxes™** avec des capteurs de force dans le plateau et les poignées. Vos patients, encadrés par un professionnel de santé, pratiquent ainsi un entraînement physique et cognitif, en toute sécurité : le **Neuro Physical Training™**. Après avoir restauré leur mobilité et leur souplesse sur HUBER® 360, ils pourront continuer à maintenir et à améliorer leur état de santé dans votre cabinet, sous la forme d'une activité sport-santé.

Pour plus d'informations : 04.75.78.68.58 ou serviceclient@lpgsystems.com



Rejoignez-nous



www.huber360.fr

+ Par Mathilde Gendron

Les 1^{ers} Trophées de l'innovation

Pour fêter sa 50^{ème} édition et les innovations du secteur de la Kinésithérapie, nous avons créé les 1^{ers} Trophées de l'innovation, les Rééduca Innov'. Les exposants du salon ont proposé plus de 30 produits lors des candidatures qui ont eu lieu en mai. Après une première sélection le Jury a retenu 10 produits en juillet dernier.

Le Jury s'est réuni sur le salon pour rencontrer les 10 sociétés nominées afin qu'elles puissent leur faire une démonstration de leurs produits. Après une matinée à échanger avec les exposants le Jury a déterminé à l'unanimité 3 produits qui leurs sont apparus comme les innovations les plus intéressantes de cette année 2014.



LES MEMBRES DU JURY

- Alain ABBEYS, Directeur de Publication de Profession Kiné
- Michel GEDDA, Rédacteur en Chef de Kinésithérapie la Revue
- Jean-Marc OVIEVE, Consultant formation continue
- Christophe DAUZAC, Rédacteur en Chef de Kinésithérapie Scientifique
- Jean-Pierre ZANA, Rédacteur en Chef de FMT Mag
- Tristan MARECHAL, Rédacteur en Chef de Kiné Point Presse



RM INGENIERIE KINAPSYS

Kinapsys est le 1^{er} outil de Rehab-Gaming. Il s'agit d'un Serious Game de rééducation fonctionnelle. L'installation du patient devant le poste de travail est extrêmement rapide car le système est basé sur l'utilisation de la Kinect de Microsoft. L'appareil capte les mouvements du patient et propose un éventail d'exercices déclinés en fonction des phases de la rééducation : de la libération articulaire à la dynamisation fonctionnelle. Les exercices sont effectués via un avatar affiché à l'écran et place le patient dans un environnement ludique virtuel. Le praticien dispose d'un outil de suivi de ses patients qui permet de vérifier leur évolution dans le temps.

L'AVIS DU JURY

Un outil de rehab-gaming ou un jeu sérieux de rééducation qui a séduit le jury par sa facilité d'utilisation, la personnalisation des programmes en fonction des phases de la rééducation et des objectifs fixés entre le MK et son patient. L'implication du patient est facilitée par le "jeu" qui accélère l'adhésion du patient en déverrouillant quelques résistances ou défenses. Un produit de diversification de l'activité que le jury a souhaité valoriser au profit de leurs confrères.

► Plus d'informations : www.kinapsys.fr



GROUPE DJO GLOBAL
COMPLEX WIRELESS PROFESSIONAL

Electrostimulateur professionnel doté d'une technologie brevetée sans fil permettant d'associer jusqu'à 4 canaux simultanément. Repensez votre prise en charge grâce à une totale liberté de mouvement facilitant la combinaison de l'électrothérapie et des exercices actifs. Travail possible par déclenchement volontaire à tout moment de la stimulation par le patient (mode mI-Action) ou par le thérapeute à l'aide de la télécommande (reprise de la marche, exercice en charge etc...).

L'AVIS DU JURY

Un électrostimulateur professionnel en wifi... La chasse aux fils n'aura plus lieu. Ceux que l'on perd, ceux qui s'abîment, ceux qui sont trop courts... la technologie physiothérapique est parfaitement au point l'association jusqu'à 4 canaux simultanément donne au kinésithérapeute une liberté d'organisation de son activité importante qui ne manquera de retenir l'attention de ceux qui ne veulent pas courir après le temps mais qui souhaitent prendre le temps sans être débordés.

► Plus d'informations : www.djo.eu

PAGANI FRANCE
CRYO T.SHOCK

Le procédé permet l'application et la pénétration d'un différentiel de température pouvant atteindre 60°. La montée en T° jusqu'à 42° et la descente jusqu'à -18° se fait en quelques secondes et provoque un « Choc Thermique » accompagné des effets thérapeutiques.



L'AVIS DU JURY

Le jury l'a testé et nous avons été bluffés par la rapidité de passage de 40° et un peu plus à -10° et un peu plus... Les débats ont été tendus sur la question du "choc thermique" mais l'unanimité s'est faite sur l'efficacité de l'outil, son intérêt en rééducation et sa facilité d'utilisation.

Un produit d'aide à la kinésithérapie à suivre...

► Plus d'informations : www.paganifrance.com

+ Par Mathilde Gendron



• **BTL France**
Ultrason mains-libres BTL-4710
PREMIUM

C'est le premier ultrason mains-libres par champs tournant qui permet de faire des traitements en mode continu et pulsé. Le champ tournant crée une action séquentielle alors que le processeur contrôle en temps réel la vitesse de rotation, la puissance de sortie et la profondeur du champ.



• **MEDICAPP CONNECT**
Kineapp

Kinéapp propose une nouvelle manière de réaliser les bilans kinésithérapiques en profitant pleinement d'un usage tactile et mobile. En effet, grâce à Kinéapp, l'utilisateur peut saisir ses bilans sans l'utilisation du clavier. Il peut également y ajouter des photos enrichies par les mesures et générer un BDMK standard en un temps record.

Kinéapp c'est aussi un scanner de documents et un appareil photo intégrés ainsi que la sauvegarde sécurisée des dossiers patients. De plus, Kinéapp permet de créer un dossier patient en deux touches depuis la Carte Vitale du patient.



• **ELITE MEDICALE**
Eccentron

L'Eccentron est un produit fabriqué aux USA par la société BTE Technologies. 7 ans de recherche et développement et de publication aux Etats Unis ont permis d'aboutir à un système motorisé qui travaille les membres inférieurs en chaîne fermée pour évaluation et renforcement musculaire uniquement en excentrique.



• **GENIN MEDICAL**
Gamme Next Evolution

Dans le domaine de la rééducation, les exercices en excentrique permettent de réaliser un travail assurant une prévention ou une rééducation des lésions musculaires et tendineuses.

Dans le domaine sportif, la méthode de travail permet d'optimiser les résultats pour l'objectif du développement de la force, en proposant une efficacité supérieure de plus de 20 % par rapport aux méthodes traditionnelles.



• **HYDRO-JET SYSTEM France**
Cabine de Cryothérapie
Corps Entier (CCE) CRYO-JET

La CCE (cabine Cryothérapie Corps Entier) Cryo-Jet est la 1^{ère} technique qui permet la préparation et la récupération accélérée du sportif avec une augmentation des performances et de la résistance à l'effort. Le nombre de blessures est considérablement diminué. La CCE permet un traitement individuel et personnalisé de chaque patient avec une communication entre le patient et le thérapeute.



• **VIVALTIS**
Phenix

Le PHENIX MultiPatients est un appareil d'électrothérapie composé de 2 ou 3 et jusqu'à 6 PODs (unités de traitement déportés) de deux voies indépendantes de stimulation. Une unité centrale (PC ou tablette) regroupe tous les programmes d'électrostimulation : antalgie, amyotrophie, renforcement, drainage et trophicité*, en post-traumatique, ostéoarticulaire, rhumatologie...



• **LPG SYSTEMS**
Huber® 360

HUBER® 360 est équipé d'une Plateforme Motorisée MultiaxesTM (Nouveau brevet LPG) qui offre une mobilité de plateau avec une infinité de trajectoires. Le niveau de recrutement est très important grâce à des trajectoires spécifiques pour chaque groupe musculaire ou articulation.

HUBER® 360 est également doté de capteurs de force dans le plateau. Tests de référence, jeux d'équilibre et correcteur dynamique de posture donnent une multitude de données exploitables aux kinés ainsi qu'aux prescripteurs.

Avec HUBER® 360, LPG invente le Neuro Physical TrainingTM, entraînement physique et cognitif avec biofeedback à la fois pour le haut et le bas du corps.

Tables Galaxy



Votre standard
à prix réduit*

Prix de vente public indicatif à partir de 1522€ TTC
Cadre de commande périphérique inclus

 **chattanooga**[™] une marque 

Les tables GALAXY sont des dispositifs de classe I facilitant
l'administration des techniques de kinésithérapie et de physiothérapie.

DJO France

Centre Européen de Fret
64990 MOUGUERRE
Tél 05.59.52.80.88
physio@DJOglobal.com

Remise des Trophées Partenaires et Trophées Rééduca Innov'

Pascale Mathieu, Présidente du C.N.O.M.K.,
Jean-Paul David, ancien Président du C.N.O.M.K.
et Philippe Goethals, Directeur du Salon Rééduca



Daniel Paguessorhay, Président de la F.F.M.K.R. et son équipe



Patrick Riou, Président du Groupe Via Santé - Somethy



Thierry Monzo, Directeur Commercial de Enraf-Nonius



Pierre et Marc-Olivier Franco, Directeurs de Franco & Fils



Alain Eidel et son équipe de la société Actech



Stéphane Michel, Président du S.N.M.K.R.



Bernard Eskenazi, Gérant de Paganini France
et les membres du Jury des Rééduca Innov'



Pierre Foucault Président de RM Ingénierie, Romain Foucault
et les membres du Jury des Rééduca Innov'



Bertrand Coin, Responsable Marketing - Rééducation & Santé du
Groupe DJO Global et les membres du Jury des Rééduca Innov'





Selon
l'étude **Bva**

+ de **62%** des kinésithérapeutes
interrogés sont
prêts à adopter
le Rehab-Gaming*



Crédit photos : Masterfile
www.agence-solution.fr



Réduca
innov **LAURÉAT**
— 2014 —

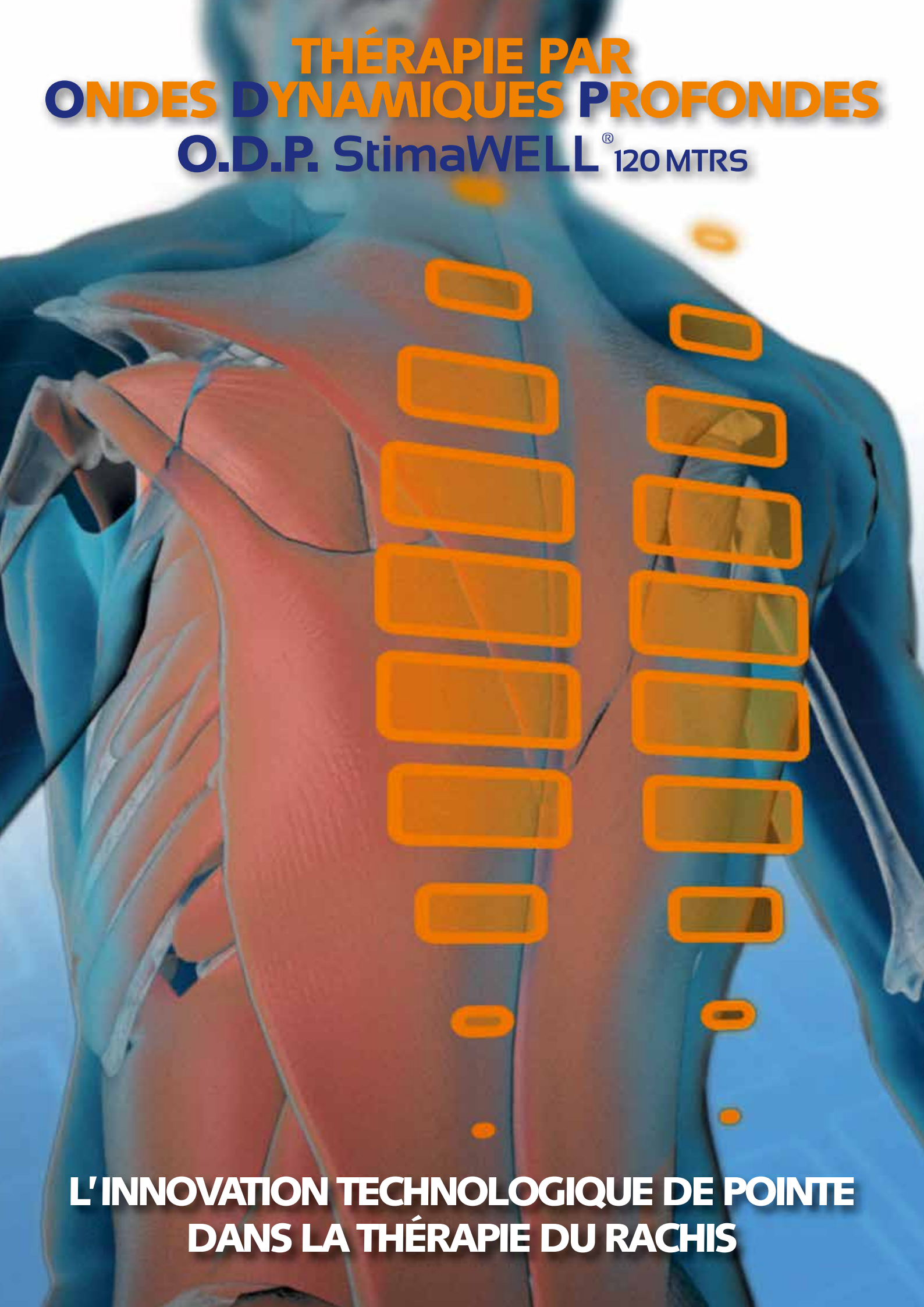
KINAPSYS 
La Solution de Rehab-Gaming



Retrouvez l'intégralité
de l'étude sur
www.kinapsys.fr 

* Le **Rehab-Gaming** est une technique de rééducation basée sur l'utilisation d'exercices ludiques dans un environnement virtuel. Spécifiquement dédié à une utilisation médicale, le Rehab-Gaming favorise la reprogrammation des fonctions neuro-motrices du patient via son action en biofeedback.

THÉRAPIE PAR ONDES DYNAMIQUES PROFONDES **O.D.P. StimaWELL[®] 120 MTRS**



**L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE DE POINTE
DANS LA THÉRAPIE DU RACHIS**

TESTÉE ET APPROUVÉE EN CENTRES ANTI-DOULEUR

+ DE 80% DES PATIENTS SOULAGÉS EN 1 À 3 SÉANCES



© TV Wartzimmer

80% de la population française souffre de douleurs du rachis au moins une fois dans sa vie (source : étude INPES 2010). Le traitement des rachialgies et lombalgies est devenu un enjeu sanitaire et financier majeur, représentant plus de 6 millions de consultations médicales par an, et plus de 30% des actes de masso-kinésithérapie.

O.D.P. StimaWELL® 120 MTRS, la technologie qui traite TOUTES LES DOULEURS DU DOS :

- Lombalgies, algies lombo-sciatiques
- Syndrome thoracique, dorsalgies
- Syndrome cervical, cervicalgies
- Hernie discale
- Arthrose rachidienne
- Spondylarthrite ankylosante
- Fibromyalgie
- Ostéoporose
- Rééducation musculaire sur amyotrophie rachidienne
- Syndromes musculaires paravertébraux
- Contractures musculaires du rachis (lumbagos, torticolis...)

DÉMO PRÊT
03.89.49.73.61



**TESTEZ 4 SEMAINES
DANS VOTRE CABINET**

SANS AUCUN ENGAGEMENT
ET JUGEZ VOUS-MÊME
DES RÉSULTATS !



schwa-medico

LE SPÉCIALISTE DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR DEPUIS 40 ANS.

TEL : 03.89.49.73.61 – info@schwa-medico.fr – www.schwa-medico.fr

+ Par Michel Gedda

Décision kinésithérapique Philippe G. Acromioplastie

L'histoire de ce cas clinique se situe dans un Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) dans lequel les admissions des patients sont programmées avec les services « adresseurs » des structures hospitalières proches (services de chirurgie, neurologie, etc.) chaque lundi, dans la mesure du possible. Le lundi est aussi le jour du début de stage des étudiants en Masso-Kinésithérapie/Physiothérapie (MK/P). Ce lundi là, une étudiante MK commence son stage et a inclus dans ses objectifs la découverte du diagnostic kinésithérapique, récemment autorisé par la législation ^[1] mais encore peu enseigné dans les Instituts de formation ; elle a lu un article sur le sujet, écrit par le cadre de l'équipe ^[2], et demande à s'y essayer avec de « vrais patients ». On lui propose alors de choisir deux à trois patients parmi ceux admis le jour même. Ce même lundi, Philippe G., 48 ans, est admis au centre après acromioplastie liée à un traumatisme de l'épaule gauche. La Fig. 1 présente la FDK initiale concernant Philippe G., rédigée par cette stagiaire selon le modèle « Ypro » ^[2,3], devenu depuis « Tpro » ^[4], durant leur première semaine de présence au sein du CRRF.

COMMENTAIRE GÉNÉRAL

Cette fiche fait apparaître un « décalage » flagrant entre les attentes de Philippe G. et son état clinique.

On est en période postopératoire tardive, plus de dix mois après l'intervention chirurgicale – elle-même ayant été pratiquée près d'un an après le traumatisme initial.

L'épaule semble dans un état fonctionnel délabré, proche de l'impotence – et cela depuis bientôt deux ans. Mais Philippe G. persiste à viser un rétablissement complet, avec une opiniâtreté que tous ces mois d'infirmité et de rééducation auraient dû permettre de relativiser. Mais pourquoi une telle insistance ?

Diagnostic médical

Il n'est pas nécessaire d'être expert en techniques d'acromioplastie et de leurs effets sur la coiffe des rotateurs ^[5,6], pour comprendre qu'il y a là problème. La simple lecture des trois dates indiquées suffit à alerter :

- 06/08/97 : date du traumatisme ;
- 17/07/98 : date de l'acromioplastie, soit 11,5 mois plus tard (J345) ;
- 13/04/99 : date de la rédaction de la FDK, soit 9 mois après l'intervention (J270) et plus de 20 mois après le traumatisme (J615).

L'indication chirurgicale n'étant pas posée en première intention, on peut penser à un recours médical repoussé, assez banal chez l'homme actif (« ça va aller... »), et/ou à l'échec du traitement médical initialement décidé, ce qui indique souvent l'acromioplastie ^[7].

L'admission tardive après l'intervention chirurgicale ne laisse aucun doute sur la situation actuelle marquée par une évolution défavorable et suffisamment importante pour justifier l'hospitalisation. Rappelons que pour la Haute Autorité de Santé (HAS) ^[8], il n'est plus nécessaire d'hospitaliser un patient après acromioplastie non compliquée ; ce qui fait consensus ^[7].

Cette latence est d'autant plus intrigante que le principe de précocité de la rééducation est admis depuis de longue date ^[5,9]. Pour information connexe, la HAS recommande de ne pas prolonger la phase tertiaire de rééducation au-delà du 6e mois postopératoire après rupture de la coiffe des rotateurs ^[3,10] ; le Medical Disability Advisor (MDA) n'envisage pas de poursuivre la rééducation au-delà d'un an ^[11]...

Il n'est cependant précisé aucune complication de type syndrome douloureux régional complexe (algo-neuro-dystrophie), aucune restriction

médicale ou précaution liées à une hypothétique fragilité tendineuse, osseuse ou en rapport à un éventuel matériel implanté – ce que confirme la prescription médicale.

PRESCRIPTION

La prescription médicale, rédigée par le médecin de médecine physique et de réadaptation lors de l'admission apparaît plutôt standardisée :

- aucun protocole postopératoire n'est précisé, ce qui est naturel vu l'ancienneté de l'intervention ;
- elle mélange plus ou moins adroitement des moyens (« massage décontractant », « physiothérapie ») à des objectifs (« gain des amplitudes articulaires », « travailler les abaisseurs de la tête humérale ») peu explicites.

On peut néanmoins en déduire quelques problèmes :

- « massage décontractant », il doit y avoir des contractures musculaires, « physiothérapie », ne signifie pas grand-chose au vu de ses nombreuses indications potentielles (calcification⁴, contracture, douleur, faiblesse musculaire, fibrose, hypertonie, hypotonie, hypotrophie, hypovascularisation, inflammation, ionisation, sidération, etc.) ; il est probable qu'il s'agisse d'une orientation antalgique comme on l'entend communément au quotidien en l'absence d'autres précisions ;
- « gain des amplitudes articulaires », laisse suggérer des limitations orthopédiques, dont il faudra identifier les causes afin d'agir précisément, mais qu'il est licite d'attribuer à une éventuelle raideur chronique du fait de sa fréquence, voire à une capsulite rétractile qui est une complication à redouter ^[12,13] ;
- « travailler les abaisseurs de la tête humérale » il y a sûrement un problème de centrage de la tête humérale dans la glène scapulaire lors des élévations brachiales. Cependant, il s'agit d'un objectif relativement banal, voire systématique, en cas d'acromioplastie ^[7].

On remarque qu'il n'y a pas d'objectifs réellement fonctionnels, puisque ce dernier problème de centrage n'est abordé que sous l'aspect biomécanique et quantitatif relativement aux abaisseurs, sans suggérer de reprogrammation neuro-motrice et proprioceptive ^[14]. Cette focalisation quasi exclusivement structurelle, et surtout l'abstention fonctionnelle, interpellent à J270 de l'intervention et à J615 du traumatisme.

CONCLUSION DES BILANS

L'étudiante stagiaire a bien compris l'intérêt de distinguer les dimensions d'investigation du kinésithérapeute : elle a donc dissocié dans son bilan les niveaux structurel et fonctionnel, le niveau situationnel étant effectivement peu « investigable » puisque le patient vient d'arriver au centre de rééducation. Le décalage numérique entre les quatre items structurels et le seul item fonctionnel manifeste, de façon synoptique et souvent révélatrice, la limitation fonctionnelle plutôt aberrante en cette phase avancée.

Voir en effet la Fig. 2 qui présente une modélisation approximative de l'évolution standard des priorités structurelles, fonctionnelles

En partenariat avec

Kinésithérapie
la revue

 Extrait du N°152-153
août-sept. 2014


1 On gardera la locution « coiffe des rotateurs » qui est l'expression consacrée dans la littérature, mais il serait plus juste de parler de la « coiffe de l'épaule » [Dujour M. Anatomie de l'appareil locomoteur : Membre supérieur (tome 2). Masson, 2^e édition : 2007, 450 p.].

3 La coiffe n'est pas rompue dans le cas de Philippe G., mais le délai annoncé permet de prendre conscience du glissement temporel.

4 À noter cependant que les ondes de choc extracorporelles n'étaient pas si répandues à l'époque.



Mobercas

Fabricant de tables et divans sur mesure

De nouvelles lignes



www.mobercas.com

Pol. Ind. Mijares, C/ Comercio, 3, 12550 Almazora (Castellón), España
Tel: (+34) 964 37 21 24 FAX: (+34) 964 56 13 73 Email: info@mobercas.com

+ Par Michel Gedda

et situationnelles lors d'une prise en charge rééducative classique :

- les problèmes structurels prédominent surtout en début de rééducation ;
- au fur et à mesure de la résolution des problèmes structurels, les possibilités et préoccupations fonctionnelles émergent pour devenir de plus en plus prégnantes ;
- les problèmes situationnels doivent être envisagés dès que possible car ils conditionnent une réinsertion réussie – mais leur réalité se manifeste surtout en fin de prise en charge, le plus souvent lorsque le patient commence à retrouver son cadre de vie.

La Fig. 3 projette la situation gestuelle actuelle de Philippe G. (représentée par la flèche noire hachurée de jaune) sur cette modélisation (Fig. 2), au vu de la proportion des problèmes structurels et fonctionnels relevés : on remarque qu'on est davantage en présence d'un profil de début de rééducation que d'une fin de prise en charge, contrairement à la réalité calendaire bien plus tardive.

Le bilan clinique confirme donc la complexité de la situation spontanément pressentie à la lecture des dates. Lorsqu'on lit plus précisément les conclusions des bilans, on remarque de fortes douleurs, ce qui confirme l'orientation antalgique de la physiothérapie prescrite.

On s'aperçoit surtout que les restrictions gestuelles ne sont pas d'origine orthopédique, mais motrice, voire algique puisqu'il n'y a pas de limitation passive. Les hypothèses d'une raideur, d'une capsulite, ou de tout autre blocage d'ordre mécanique (calcification, éperon acromial résiduel, persistance d'ostéophytes sous-acromio-claviculaires, ossification hétérotopique, etc.) [7,12,15-17], sont donc désormais exclues.

Le statut du deltoïde est particulier et mérite d'être remarqué :

- il est relativement préservé par l'arthroscopie [5,7,14,18,19], technique chirurgicale déjà préférée à l'époque pour réaliser une acromioplastie [20-23] ;
- ses éveils et sollicitations postopératoires n'ont pu être retardés par un délai de cicatrisation puisqu'il n'y avait pas de rupture de la coiffe, et donc de suture à protéger [7] ;
- il est cependant très souvent amyotrophique à la suite d'une impotence fonctionnelle prolongée et d'une longue période de douleurs chroniques [14] ;
- cette amyotrophie n'empêche pas qu'il soit aussi contracturé, comme cela est fréquemment retrouvé [24-26] (on pourrait aussi dire que la contracture n'en limite pas pour autant l'amyotrophie) ;
- il contribue amplement à désaxer la tête humérale par sa composante ascensionnelle [14,27,28], ce qu'on n'ignorait pas à l'époque [29] ;
- c'est l'un des principaux muscles élévateurs [14], dont l'insuffisance produit ici probablement l'impotence fonctionnelle.

De prime abord, on pourrait s'interroger sur la réalité d'un décentrage actif justifiant de « travailler les abaisseurs de la tête humérale », comme le demande la prescription médicale, puisque l'élévation n'est pas possible : pourquoi lutter contre les effets indésirables (décentrage) d'un processus inexistant (élévation volontaire) ? Le travail des

FIGURE 1

FDK initiale rédigée à l'admission de Philippe G. en centre de rééducation (une autre version plus tardive et non commentée de cette fiche a déjà été publiée à des fins d'illustration d'un article didactique sur le diagnostic kinésithérapique [61]).

FICHE DE DECISION KINESITHERAPIQUE		Date : 13 avril 1999
Nom : Monsieur G. Prénom : Philippe Age : 48 ans	Diagnostic Médical : Accident du 06/08/97, avec traumatisme de l'épaule gauche au niveau de l'insertion du sus-épineux, pas de rupture de coiffe mais lésion d'hydroxyapatite. Acromioplastie le 17/07/98	
Prescription : « - massage décontractant - physiothérapie - gain des amplitudes articulaires - travailler les abaisseurs de la tête humérale »		
Conclusion des bilans M.K. : Structuel : - douleurs globales et invalidantes du moignon de l'épaule et de la région péri-scapulaire - amyotrophie du deltoïde - fortes contractures des trapèzes supérieurs et moyens, des rhomboïdes et du deltoïde - limitation importante des amplitudes (uniquement en actif) en flexion, abduction et rotation externe d'épaule Fonctionnel : - membre supérieur gauche très peu fonctionnel, fatigable et douloureux le soir		Projet du Patient : Monsieur G., inquiet, désire : - obtenir l'antalgie totale de son épaule - retrouver un membre supérieur fonctionnel dans tous les gestes de la vie quotidienne, et dans son travail dans la perspective d'une reprise de ce dernier
Diagnostic M.K. : Décalage important entre les attentes de Monsieur G. et les réalités cliniques de son épaule. L'impotence fonctionnelle notable et ancienne s'inscrit dans la vie de Monsieur G.		
Objectifs M.K. : - Obtenir l'antalgie de l'épaule - Obtenir une détente générale du patient, ainsi que de la région scapulaire et cervicale - Améliorer le schéma corporel pour optimiser le fonctionnement de la région scapulaire - Récupérer les amplitudes articulaires - Tonifier la musculature scapulo-humérale - Automatiser l'abaissement de la tête humérale lors de l'élévation brachiale - Réharmoniser l'arthrocinématique scapulo-humérale - Faire prendre conscience à Mr G. de la réalité de son état et de ses conséquences		

abaisseurs correspond-il à une précaution systématique – et plutôt facile au vu des nombreuses hypothèses pathomécaniques plausibles, ou à la réponse ciblée d'un réel problème identifié ? Si oui, lequel ?

À la réflexion, il semble plus cohérent de présumer que le deltoïde, bien qu'affaibli, provoquerait un décentrage de la tête humérale dès les premiers degrés d'élévation brachiale [14,28,30-32], qu'il n'assure ensuite plus par impuissance contre le moment de force opposé de la pesanteur, devenu plus important du fait de l'accroissement du bras de levier du membre supérieur.

Bien-sûr, il ne s'agit là que de spéculations à préciser dès que possible (toute investigation fine étant rendue impossible lors de l'admission de Philippe G. du fait des douleurs et des carences de motricité) par des bilans cliniques

– comportant notamment un examen palpatoire ciblé, et par les divers tests et manœuvres diagnostiques spécifiques (de mobilité, de conflit ostéo-tendineux, de résistance musculaire, de douleur provoquée), complétés par le score de Constant qui fait référence [14,27,33-35].

Pour l'immédiat, le cumul des douleurs au manque de force produit un tableau d'épaule pseudo-paralytique, en l'absence de lésion nerveuse, qu'on observe généralement en cas de rupture tendineuse [13,36,37] (impliquant d'ailleurs rarement une rupture large de la coiffe des rotateurs [38]), mais pas nécessairement [39]. Le qualificatif « pseudo-paralytique », qui exprime bien qu'il ne s'agit pas d'un contexte neurologique, est réservé aux épaules présentant une antéflexion active inférieure à 80° malgré une mobilité passive complète [40]. Bien entendu,



PRESSO
DL1200

L'INTÉGRALITÉ DE L'OFFRE
DU GROUPE SMS
EST DÉSORMAIS EN LIGNE !



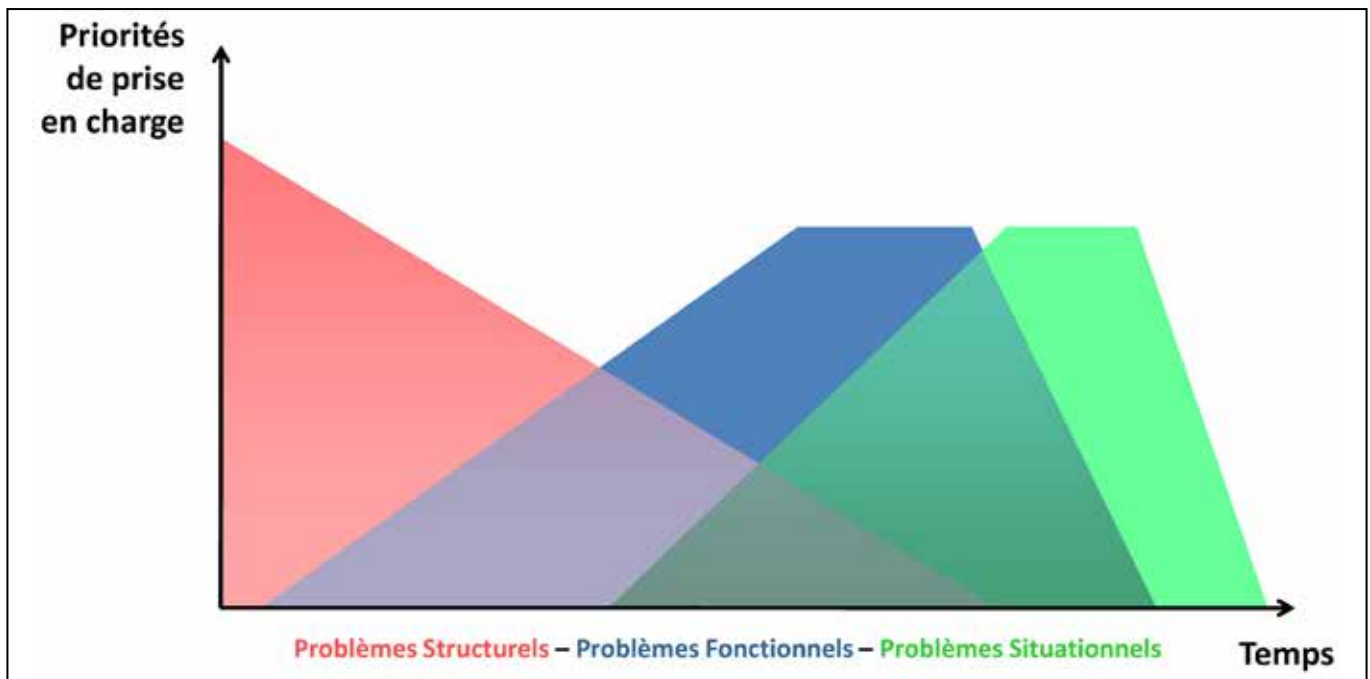
Siège social
18, chemin des courses
31100 - TOULOUSE
Show-room Paris
Passage Antoine Riou
NANTERRE
Tél. : 05 34 50 44 55

L'accès direct aux solutions thérapeutiques d'excellence !

+ Par Michel Gedda

FIGURE 2

Modélisation approximative de l'évolution standard des priorités structurelles, fonctionnelles et situationnelles lors d'une prise en charge rééducative classique. Nuances saumon : dimension structurelle – nuances bleues : dimension fonctionnelle – nuances vertes : dimension situationnelle.



l'ensemble des investigations paracliniques avait été pratiqué durant les nombreux mois précédant l'hospitalisation, afin d'exclure au préalable tout diagnostic différentiel d'ordre neurologique, rhumatologique, vasculaire, viscéral ou autre. Pour information, avaient notamment ainsi été éliminées les hypothèses d'un os acromial^[41], d'une compression du nerf sus-scapulaire^[42,43], et de la récurrence d'un kyste^[44,45], rendues plausibles au vu des antécédents (dépôt de cristaux d'apatite repéré lors de l'acromioplastie) et de leurs éventuels effets tardifs^[33,37,39].

Enfin, remarquons l'absence de précision sur la latéralisation du patient – droitier, en l'occurrence – qui permettrait de mieux relativiser l'impact fonctionnel de l'impotence motrice du membre supérieur. Cette omission, probablement liée à

l'absence de critère invitant à mentionner cette donnée sur la FDK, n'est pas anodine dans le cas présent. Trop souvent, on s'oblige à renseigner d'inutiles items et on s'interdit d'ajouter des notions utiles sous prétexte que ce n'est pas prévu : les supports d'information et de transmission sont vivants et souffrent volontiers d'être personnalisés, voire détournés^[46].

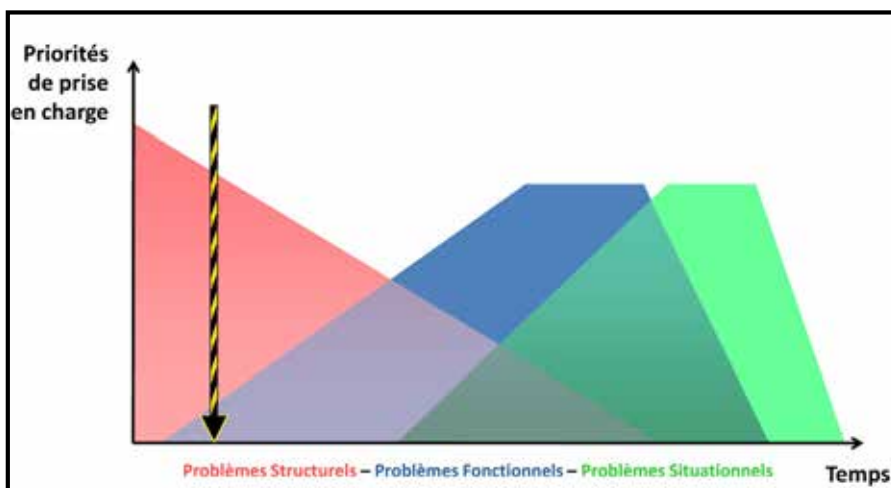
PROJET DU PATIENT

La retranscription du projet du patient permet d'appréhender le positionnement de Philippe G. marqué par l'inquiétude et l'attente. Deux singularités interpellent l'oeil exercé :

- D'une part, la prédominance des attentes fonctionnelles (gestes de la vie quotidienne) et situationnelles (travail) : ce ne sont pas

l'amyotrophie, la motricité, les contractures qui préoccupent Philippe G., mais leurs résultantes gestuelles et sociales. Cette visée anticipée – et d'autant plus lointaine que ces problèmes anciens devraient monopoliser l'attention immédiate comme condition préalable et comprise de toute récupération – contraste avec l'actualité essentiellement marquée par la dimension structurelle. Si on projette approximativement ces préoccupations sur la modélisation précédente (Fig. 3), on constate l'important décalage de focalisation entre le projet et le présent (Fig. 4).

- D'autre part, la grande ambition marquant la situation finale espérée : aucune concession à titre de séquelle ou d'adaptation n'est envisagée. Cet absolutisme, proche de l'intransigeance, est révélé par l'emploi des termes « totale » et « tous », volontairement recopiés à l'identique par la stagiaire (pour bien manifester qu'il s'agit des mots du patient, il serait judicieux de les mentionner entre guillemets). Ce positionnement idéaliste est d'autant plus surprenant que les nombreux mois d'infirmité et de rééducation, probablement marqués par divers examens, tentatives, espoirs et malheureusement désillusions, auraient dû permettre de le relativiser ; au moins nuancer pour ébaucher une perspective de compromis gestuels, certes imparfaits mais accessibles, et autant rassurants. L'emploi des verbes « obtenir » et « retrouver » renforce bien l'exigence : c'est tout qui est voulu. Aucune recherche d'alternatives, typique à tout processus de deuil^[47] – terme justifié en pareille situation^[48] – n'est entamée ; aucune autre solution que le retour à l'état antérieur n'est

**FIGURE 3**

Projection de la situation gestuelle actuelle de Philippe G. (flèche noire hachurée de jaune) sur la modélisation approximative de l'évolution standard des priorités structurelles, fonctionnelles et situationnelles (Fig. 2).

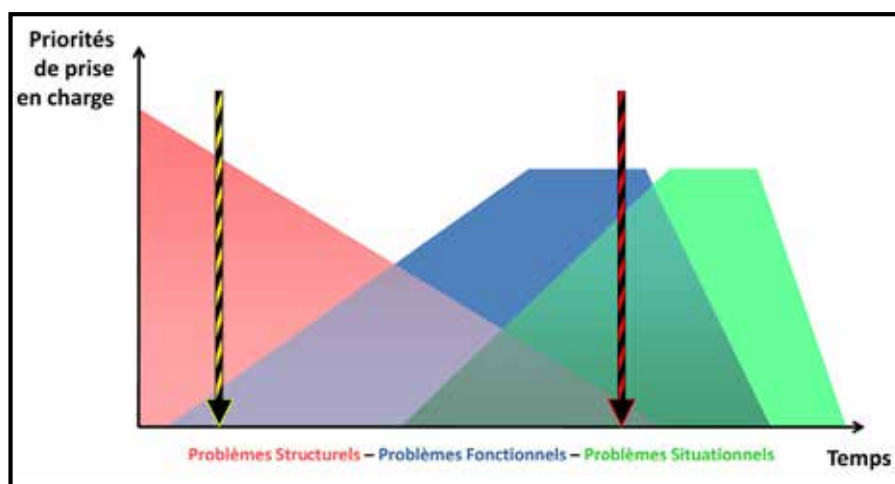


FIGURE 4
Projection des préoccupations actuelles de Philippe G. (flèche noire hachurée de rouge) sur la situation gestuelle précédemment modélisée (Fig. 2). La flèche noire hachurée de rouge ne coïncide pas avec la flèche noire hachurée de jaune qui représente la situation réelle sur cette modélisation.

susceptible d'être négociée. Sans prétendre à interprétation psychologique, le patient semble toujours dans le déni deux ans après l'accident. La seule issue envisagée est le rétablissement complet.

En complément, il ne serait pas impertinent d'indiquer la profession du patient (architecte salarié) afin d'estimer la faisabilité de son projet, et donc la complexité de la situation. Enfin, et de façon anecdotique, il est inutile de préciser qu'il s'agit de « son » épaule : on se doute bien qu'il ne s'agit ni de l'épaule saine ni de celles de la stagiaire ! Supprimer les possessifs superflus permet souvent d'alléger les textes – à tous points de vue. Cette remarque n'est cependant pas à considérer si on souhaite relater les propos exacts du patient (voir infra).

DIAGNOSTIC MK

Le diagnostic ainsi libellé exprime clairement la contradiction entre l'état actuel de l'épaule de Monsieur G. et sa posture idéaliste. La problématique gestuelle ne se situe pas uniquement au niveau des déficiences physiques à réduire, mais se complique d'une profonde incompréhension relative à leur importance, à leur persistance, aux séquelles potentielles donc, et aux éventuelles conséquences à prévoir.

Le choix du mot « Décalage », et le fait de le placer en début de phrase, annonce sans ambages l'analyse de la stagiaire ; les adjectifs « important » et « notable » appuient cette résolution. Le mot « impotence », à connotation autant vague qu'impressionnante dans le langage populaire, est aussi volontairement utilisé pour stigmatiser l'écart critique entre l'invraisemblable (recouvrer un état antérieur) et l'envisageable (améliorer l'actuelle situation).

Il ne s'agit pas de prédire l'échec thérapeutique, mais de dénoncer loyalement des dispositions inadéquates, voire des projections peu probables⁵ ; c'est aussi le rôle du professionnel d'explorer les représentations du patient, rarement éduqué et préparé à ce qui lui arrive, pour mieux les faire correspondre aux réalités en évolution^[3]. Pour résumer de façon triviale, ça fait bien longtemps que Philippe G. aurait dû prendre conscience qu'il y a là problème, et adopter en conséquence une attitude plus circonspecte, une réserve favorisant le cheminement réflexif qu'impose sa situation^[49]. Quelles qu'en soient les raisons, il est nécessaire de dénoncer dès que possible toute divergence, plutôt que de l'entretenir – ne serait-ce par le silence ; c'est à la fois une question de probité citoyenne et une condition de réussite pour la rééducation/réadaptation.

D'une part, l'acceptation⁶ d'une guérison improbable (et de l'idée que rien ne puisse être comme avant) favorise une vie normale malgré la douleur^[50]. Parallèlement, être prêt au changement aide le patient à mieux gérer la douleur et l'incite à adopter un rôle actif^[51], mais pour cela il faut qu'il soit loyalement informé et préparé.

D'autre part, dès la moindre suspicion d'inaptitude professionnelle, partielle ou complète, il est nécessaire d'aborder la question de la reprise de travail, pour anticiper toute éventuelle difficulté, étudier les conditions du maintien dans l'emploi (avec ou sans changement de poste) ou d'un reclassement, identifier les personnes ressource et les dispositifs de financement accessibles, déclencher les démarches administratives et médico-légales, etc. – ce qui est souvent long et fastidieux^[48]. Ces démarches ne sont possibles qu'avec l'implication du patient à

qui il est nécessaire d'explicitier sa situation^[48]. Et c'est évidemment un travail d'équipe qui s'enrichit de la vision de chacun des acteurs.

La façon de faire est une autre question d'ordre stratégique, qui fait elle-même l'objet d'attentions. À vrai dire, la stagiaire avait longuement hésité à rédiger ce texte aussi explicitement, pour ensuite suivre nos conseils de rapporter simplement – et d'abord de façon « brute » – comment elle percevait la situation de Philippe G., étant entendu qu'il s'agissait d'un essai en guise d'exercice qui resterait au niveau de l'équipe. Peut-être faudrait-il s'exprimer plus modérément sur un vrai document destiné à un patient qu'on découvre et dont on méconnaît les capacités d'intégration et de réaction – comme tout document est susceptible de l'être.

Nous verrons plus loin l'intérêt de cette version franche. Enfin, les précisions « ancienne » et « s'inscrit dans la vie » valorisent une temporalité qui solidifie et enracine l'écart, qui apparaît alors d'autant moins anecdotique.

OBJECTIFS

Les objectifs sont bien exprimés sous forme de « verbe d'action + complément »^[4].

Ils sont cependant à revoir sur la forme et sur le fond. Sur la forme, la plupart des objectifs ainsi formulés s'avèrent très ambitieux (« obtenir », « récupérer », « automatiser »), surtout après de nombreux mois d'insuccès. Par exemple, prétendre « obtenir l'antalgie de l'épaule » semble autant insensé que risqué à ce stade. On ne peut en vouloir à une étudiante de viser haut et d'espérer (encore) « tout guérir », mais cette velléité doit être cadrée afin de prémunir de toute désillusion, et d'éventuels reproches du patient s'estimant leurré par de si belles perspectives dans lesquelles on l'aurait involontairement entretenu, surtout en pareil contexte de déni. Il convient donc de s'interdire toute « complicité », de modérer toute prétention et de préférer des visées plus progressives et prudentes.

Sur le fond, si les orientations peuvent sembler légitimes, la liste des objectifs ne tient pas compte d'une nécessaire progressivité conditionnelle (c'est une succession de récupérations obligées) : on ne peut, par exemple, automatiser une cinèse qu'on n'a pas restaurée au préalable, celle-ci dépendant d'un minimum de force à récupérer en amont. Ce genre d'aplanissement est fréquent chez les étudiants qui ont souvent tendance à reproduire leurs cours, sans discriminer – et donc prioriser – les pré-requis immédiats des besoins secondaires et donc plus tardifs ; on le remarque d'ailleurs par le fait qu'il y a presque autant d'objectifs fonctionnels, contrairement aux conclusions des bilans essentiellement limitées aux

⁵ Là, on dépasse la dimension diagnostique pour engager une notion plus pronostique. Pour l'instant, il s'agit de dénoncer l'écart de représentation qui concerne le présent.

⁶ Considérée comme le dernier stade du processus de deuil.

⁷ Terme qui n'existe pas, mais inventé ici pour bien manifester la différence entre l'effet décontractant recherché sur les muscles contracturés et l'effet détente générale (décontractant) de l'individu. On peut inventer des termes à des fins pédagogiques, surtout quand la nuance est subtile : une contracture est une anomalie tonique alors qu'une tension n'est qu'une élévation tonique facilement réversible, mais le thérapeute peut intervenir sur les deux.

+ Par Michel Gedda

aspects structurels. Outre son inopportunité, cette anticipation pourrait nuire dans ce contexte où justement, le patient rejetant toute progressivité, il convient plutôt de séquencer les étapes.

- Réduire les douleurs apparaît être une priorité au vu de leur effet inhibiteur sur l'activité musculaire^[14] : on ne récupérera rien de durable sur une épaule douloureuse^[7]. Il s'agit aussi d'une prévention indirecte contre l'enraidissement^[13].
- Bien que répondant à la prescription médicale, l'objectif « Récupérer les amplitudes articulaires » ne semble pas justifié puisqu'il n'y a pas de limitation orthopédique passive. Entretenir devrait suffire.
- L'objectif visant « une détente générale du patient, ainsi que de la région scapulaire et cervicale » est tout à fait bienvenu^[7] : il mêle de façon assez habile la « décontracturation »⁷ musculaire – prévue large puisqu'englobant le rachis cervical – à la décontraction générale de Philippe G. On pourrait inclure les spinaux dorsaux, certainement aussi contracturés^[28]. Dans la continuité, il manque un objectif postural. En effet, déjà à l'époque on n'ignorait pas qu'aux problèmes d'épaule s'associent souvent des troubles posturaux (antéposition de la tête, cyphose thoracique, antéprojection de la ceinture scapulaire, sonnette et/ou saillie et/ou bascule antérieure de la scapula, etc.)^[52,53]. Il serait surprenant que tous ces mois d'impotence et de perturbations toniques n'aient pas provoqué quelque déséquilibre postural et/ou attitude de compensation à réduire, ou du moins prévenir^[7,14,28].
- Concernant l'objectif « Automatiser l'abaissement de la tête humérale lors de l'élévation brachiale », certains auteurs avaient déjà abandonné à l'époque tout travail analytique des abaisseurs^[32,54], bien avant que l'ANAES⁸ n'appelle à étudier l'intérêt de l'abaissement actif de la tête humérale^[33]. On sait maintenant qu'il est préférable de renforcer les rotateurs latéraux pour contrecarrer la composante de rotation médiale des longs abaisseurs extrinsèques (grand dorsal, grand pectoral, grand rond), notamment l'infra-épineux fortement impliqué pour limiter l'ascension de la tête humérale^[13,27,28,55,56]. Pour d'autres, le sub-scapulaire ne doit pas être oublié^[14,28], sachant qu'il participe aussi à maintenir la stabilité antéro-postérieure dynamique de l'épaule^[57]. Quoi qu'il en soit, il s'agit avant tout de restaurer l'équilibre dynamique entre les forces de désaxage et celles s'y opposant^[13,14,27,28,33].
- On comprend alors que « tonifier la musculature scapulo-humérale » semble bien trop grossier – bien que d'une relative prudence au vu de la globalité des déficiences et dans l'ignorance de ce qui a été tenté avant. Il faut réduire l'amyotrophie, mais surtout restaurer l'élévation active rendue possible par

FIGURE 5

Proposition d'amélioration de la FDK (les modifications figurent en vert).

FICHE DE DECISION KINESITHERAPIQUE		Date : 13 avril 1999
Nom : Monsieur G. Prénom : Philippe Age : 48 ans	Diagnostic Médical : Accident du 06/08/97, avec traumatisme de l'épaule gauche au niveau de l'insertion du sus-épineux, pas de rupture de coiffe mais bursite d'hydroxyapatite. Acromioplastie le 17/07/98	
Prescription : « - massage décontractant - physiothérapie - gain des amplitudes articulaires - travailler les abaisseurs de la tête humérale »		
Conclusion des bilans M.K. : Structuel : - douleurs globales et invalidantes du moignon de l'épaule et de la région péri-scapulaire - amyotrophie du deltoïde - fortes contractures des trapèzes supérieurs et moyens, des rhomboïdes et du deltoïde - limitation importante des amplitudes (uniquement en actif) en flexion, abduction et rotation latérale d'épaule Fonctionnel : - membre supérieur gauche très peu fonctionnel, fatigable et douloureux le soir. Monsieur G est droitier.		Projet du Patient : Monsieur G., inquiet, désire : - obtenir l'antalgie « totale » de son épaule - retrouver un membre supérieur fonctionnel dans « tous » les gestes de la vie quotidienne, et dans son travail (architecte salarié) dans la perspective d'une reprise de ce dernier
Diagnostic M.K. : Décalage important entre les attentes de Monsieur G. et les réalités cliniques de son épaule. L'impotence fonctionnelle notable et ancienne s'inscrit dans la vie de Monsieur G.		
Objectifs M.K. : - Réduire les douleurs d'épaule - Favoriser la détente générale du patient et des régions scapulaire et cervico-dorsale - Entretenir les amplitudes articulaires - Prévenir les déséquilibres posturaux scapulo-rachidiens - Réduire l'amyotrophie de la musculature scapulo-humérale - Tonifier les rotateurs latéraux et le deltoïde, et l'ensemble musculaire scapulo-huméral - Améliorer l'élévation active simultanément au recentrage articulaire de la tête humérale - Faire prendre conscience à Mr G. de la réalité de son état et de ses conséquences		

l'ajustement du centre de rotation de la tête humérale au sein de la glène lors du mouvement^[7,14,32], grâce notamment à la préactivation physiologique des muscles de la coiffe des rotateurs^[58]. Il s'agit donc d'un objectif qualitatif de synergie entre forces de compression et forces de cisaillement^[13]. Le renforcement musculaire doit aussi concerner les rotateurs latéraux (voir supra), les fixateurs de la scapula et les autres muscles mobilisateurs de l'épaule et du membre supérieur, sans oublier de tonifier les muscles corrigeant les attitudes inadéquates^[7,33].

- L'objectif « Améliorer le schéma corporel pour optimiser le fonctionnement de la région scapulaire » semble très proche de « Réharmoniser l'arthrocinématique scapulo-humérale », ce qui correspond probablement à un besoin réel^[52]. Il

s'agit de reprogrammer le fonctionnement neuromusculaire, en l'occurrence le placement actif de la scapula en sonnette médiale et l'équilibre dynamique entre motricités scapulo-humérales et scapulo-thoraciques. Certains en font le pré-requis au renforcement musculaire et au recentrage sous-acromial^[7,14,27,30], tandis que d'autres n'en font pas une priorité^[54,59]. Dans tous les cas, c'est trop tôt puisque l'épaule est toujours douloureuse : on ne peut corriger une cinématique, et sa nécessaire intégration proprioceptive, sur un fond douloureux. Quelle qu'en soit la réelle utilité, on fixera ces objectifs plus tard.

- L'objectif « Faire prendre conscience à Mr G. de la réalité de son état et de ses conséquences » est le plus important et le plus intéressant ici :

8 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, devenue depuis la Haute Autorité de Santé (HAS).

« ÅGLÅGLÅVÅMIEÜ »*

(*Expression en scandinave ancien désignant un bain glacé thérapeutique)



Création : www.studio-gala.fr - photo : carbis - Hydro-Jet

CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER

**ANTI-DOULEUR
ANTI-INFLAMMATOIRE
MYORELAXANT**

Sport, Prévention, Santé, Bien être...!

La Cryothérapie Corps Entier est l'application d'un froid sec et intense (jusqu'à - 196 degrés) sur toute la surface du corps à l'intérieur d'une cabine spécifique, la tête restant à l'extérieur.

Les effets physiologiques provoqués par ce choc thermique vont rapidement générer un mieux-être de votre patient !

Un grand nombre de sportifs de haut niveau utilisent déjà la CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER à travers le monde depuis 1978 !

De nombreux centres de cryothérapie corps entier ont ouvert leurs portes depuis plus de 30 ans à travers le monde, la France ne fait pas figure d'exception grâce à différents centres équipés de nos machines... Cette machine est faite pour vos patients et votre cabinet...

Les applications sont essentiellement Spondylarthrite Ankylosante, Polyarthrite Rhumatoïde, Sclérose en plaque, Stress, Trouble du Sommeil, Dépression, Psoriasis, Raffermissement de la peau, Prise de poids, Préparation et Récupération Physique...



POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE CRYO-JET :

OU APPELEZ LE 0810 400 423 (coût d'un appel local)

www.cryojetssystem-france.fr

Cryo-Jet 
System France

La thérapie par le froid

+ Par Michel Gedda

Encadré 1

Support d'explicitation et de négociation : la schématisation de la problématique gestuelle La Fig. 6 simule l'évolution idéale, c'est-à-dire telle que projetée après l'élaboration de la première FDK, de la problématique gestuelle de Philippe G. depuis le traumatisme. Cette figure a été présentée à Philippe G. afin de manifester la vision de sa situation par l'équipe, et d'acquiescer son adhésion à un projet commun, d'ailleurs susceptible d'être amendé selon ses préférences. Cette schématisation manifeste deux écarts :

- l'absence de récupération totale à prévoir, puisqu'il est illusoire d'escompter retrouver le niveau antérieur ;
- l'insuffisance de perception et d'utilisation des possibilités récupérées ($\Delta 1$).

Problème de mouvement

La courbe rouge indique l'évolution du problème de mouvement ; il s'agit d'une évocation grossière et lissée qui ne reprend pas les stagnations et suites immédiates de l'acromioplastie. Après une chute brutale liée au traumatisme initial, les possibilités gestuelles progressent régulièrement – probablement grâce à la rééducation, jusqu'à se stabiliser à un niveau inférieur à l'état antérieur. Il faut être lucide : des séquelles sont à prévoir et il est préférable de les évoquer pour mieux les anticiper.

Projet du patient

La courbe verte symbolise le projet du patient qui présente deux tendances opposées :

- dans un premier temps, il tend à s'amoindrir au fur et à mesure de la prise de conscience des conséquences cliniques du traumatisme, et ce malgré les indéniables progrès. Le point T_0 ne signifie pas grand-chose d'un point de vue clinique, sinon qu'il manifeste le moment où le patient espère moins qu'il peut réellement faire : il n'exploite plus l'entièreté de ses capacités gestuelles et ne s'approprie plus les récupérations pourtant réelles ;
- le point T_1 est plus significatif puisqu'il date l'interpellation par l'équipe interdisciplinaire pour déclencher une autre prise de conscience nécessaire : il faut faire évoluer les représentations du patient afin qu'il accepte son état, avec ses limitations mais aussi les nouvelles possibilités recouvrées. Si tout ne pourra pas être récupéré, le résultat n'est – et ne sera – pas aussi sombre que Philippe G. semble le croire. À partir de T_1 , la courbe verte continue indique l'objectif d'évolution sur lequel s'accorder.

La courbe verte discontinue projette la suite de la dérive telle qu'elle continuerait spontanément sans changement d'acuité, et qu'il faut rectifier pour éviter de générer un écart insupportable ($\Delta 1$) entre ce que le patient veut et ce qu'il peut réellement. Ne pas tout récupérer est une éventualité rééducative, mais ne pas intégrer les récupérations serait un échec humain.

Problématique gestuelle

La surface bleue représente la problématique gestuelle tendue entre possibilités et besoins du patient. On remarque bien qu'elle s'aggrave du fait de la divergence entre ces deux entités. La réussite du traitement s'évalue autant au regard de la réduction des dégradations qu'à l'importance d'écart entre la réalité des possibilités physiques et leur appropriation mentale.

- le plus important, parce qu'il est maintenant pressant de rapprocher les représentations de Philippe G. des limitations réelles et à craindre ;
- le plus intéressant, parce qu'il montre que la stagiaire a tout compris de son futur métier : elle n'agit pas uniquement sur la dimension clinique, mais veut adapter le projet du patient à celle-ci. Tout kinésithérapeute pratique ainsi au quotidien, mais souvent implicitement et sans objectiver cet investissement (par écrit) qui n'est donc que rarement valorisé. Pas étonnant de n'être considérés que comme manœuvriers...

Il s'agit d'informer, de rassurer et d'accompagner le patient pour qu'il reprenne confiance, qu'il explore ses désirs et les confronte à la réalité ^[48], qu'il mature et fasse évoluer son projet de vie en conséquence, alors que bien souvent sont confortées ses tendances de docilité et d'attente, en escomptant que le projet se construira de lui-même et que les difficultés se résoudront avec le temps ^[49].

L'adjectif « latéral », plus conforme au vocabulaire anatomique, remplace le terme « externe » ^[60]. Des guillemets ont été ajoutés pour montrer que les mots « totale » et « tous » sont bien les termes du patient. Si cette mise à l'index semble trop abrupte, il est possible d'élargir les citations aux expressions concernées « obtenir l'antalgie totale de son épaule » et « retrouver un membre supérieur fonctionnel dans tous les gestes de la vie quotidienne », voire à l'ensemble du texte figurant dans l'encadré du projet du patient.

Rédiger un document professionnel, c'est aussi décider de la subtilité, et donc du tact, voulus.

OBJECTIFS

Les objectifs ont été reformulés de façon plus prudente. Un objectif postural est ajouté. Un objectif moteur, associant l'élévation active au recentrage articulaire de la tête humérale, est ajouté. Sans prétention déplacée⁹, il vise à « améliorer » l'état présent.

ÉPILOGUE

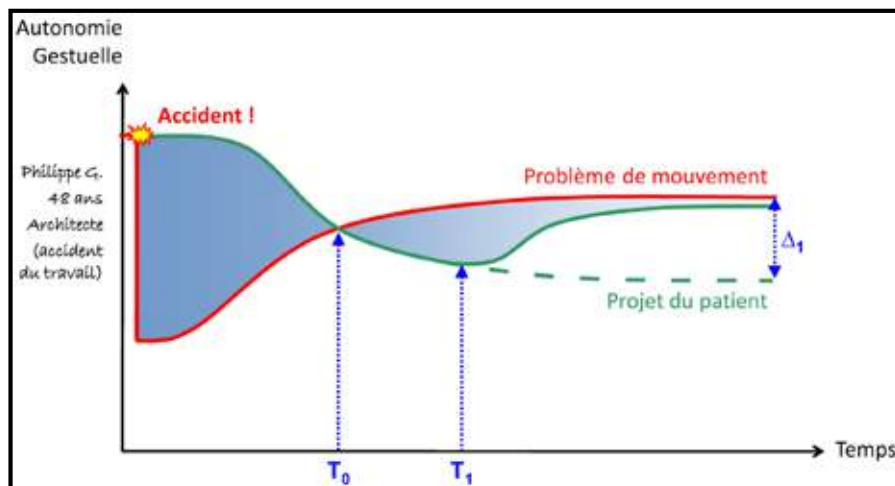
Les faits

Quelques jours plus tard, la stagiaire ajoutait dans l'encadré du projet du patient la mention suivante : « Monsieur G. refuse son état actuel et s'étonne de la lenteur de ses progrès » ^[61]. Elle complétait ainsi en conséquence ^[61] :

- son diagnostic : « Malgré une lésion et un traitement anciens, une impotence fonctionnelle majeure persiste. La douleur est encore importante et s'ajoute aux déficits physiques. Monsieur G., qui n'a pas pris conscience de son état, attend de la rééducation un rétablissement total qu'elle ne peut lui apporter. » ;
- les objectifs : « Trouver et éduquer des stratégies fonctionnelles compensatoires », ce qui est recommandé en cas d'échec ^[33].

FIGURE 6

Schématisme de l'évolution de la problématique gestuelle qu'exprime le diagnostic kinésithérapique. En rouge : les possibilités gestuelles. En vert : le projet du patient (en discontinu : dérive contre laquelle lutter). En bleu : la problématique gestuelle dont on vise à contrôler et réduire la surface. T_0 : inversion entre projet du patient et problème du mouvement : le patient sous-estime ses capacités réelles – T_1 : alerte par l'équipe pour que le patient ajuste ses représentations à ses possibilités – $\Delta 1$: échec à éviter.



⁹ Nous sommes en début de prise en charge, sans aucun indicateur de progrès potentiel.



CONCEPTION

FABRICATION

D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX

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

SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

+ Par Michel Gedda

En fait, très vite dès la première semaine d'admission, Philippe G. s'était enfermé dans une attitude paradoxale, composée à la fois d'une grande passivité et d'une grande exigence. Une sorte d'« attentisme empressé » plutôt déroutant pour la stagiaire et l'ensemble de l'équipe : rien n'allait, aucun progrès n'était reconnu – malgré d'évidentes petites améliorations toniques et motrices – et aucune technique n'était efficace, ne pouvait être efficace même puisque soit-disant déjà tentée en vain par les différents thérapeutes rencontrés durant son malheureux parcours.

Cette intransigeance désinvestie aggravait la problématique gestuelle et compromettait tout processus de reconstruction. Alors qu'il est toujours possible d'améliorer la fonction d'une épaule sévèrement dégradée [13,62].

Ce n'est que lorsque l'ensemble du dossier de Philippe G. – saisi tardivement par la secrétaire médicale¹⁰ – a pu être accessible, qu'on se rendit compte que le traumatisme initial était survenu dans le cadre d'un accident du travail (AT). Ce qui pourrait expliquer les mauvais résultats obtenus jusqu'alors. Il est en effet notoire que le contexte d'accident du travail est particulièrement pénalisant pour l'épaule [13] : il précarise les traitements conservateur [63] et chirurgical [64,65], et péjore notamment le résultat de l'acromioplastie [66,67].

Sans céder à la trop facile habitude de stigmatiser les victimes d'AT, on ne peut exclure que la passivité entretenue et les attentes exagérées du patient servaient une éventuelle recherche de bénéfice secondaire [14]. En effet, l'indemnisation des préjudices d'accident du travail se base sur le principe d'une réparation forfaitaire, mais déterminée en fonction de l'incapacité fonctionnelle résiduelle à la consolidation de l'état du patient, lorsqu'aucune amélioration n'est espérée [68,69]. De plus, si la législation française sur les AT n'indemnise pas les préjudices extra-patrimoniaux (notamment les souffrances endurées), la douleur accroît le taux d'incapacité¹¹ quand elle induit un retentissement fonctionnel [69]. Financièrement parlant, Philippe G. avait donc tout intérêt à faire valoir d'importantes séquelles et douleurs, générant un dramatique écart avec ses capacités antérieures.

En l'absence de certitude, il convient cependant de toujours créditer la parole du patient d'un a priori favorable, avant d'interpréter définitivement les comportements qu'on ne comprend pas ; ce qui n'empêche pas une certaine vigilance. Quoi qu'il en soit, l'attitude de plus en plus passive et vindicative de Philippe G. est vite devenue un obstacle à sa propre prise en charge : il dénigrerait les traitements proposés et se refusait à toute initiative, ce qui est particulièrement dommageable dans le cadre de la rééducation de l'épaule qui requiert

motivation et implication du patient [14,33,34,70]. Il finit même par désespérer la psychologue par son aplomb pour nier cyniquement toute perspective d'amélioration, alors qu'il avait lui-même convenu de l'intérêt de son hospitalisation, et laissait échapper en chambre quelques facilités gestuelles qu'on ne retrouvait pas lors des séances en présence de ses thérapeutes...

Après plusieurs tentatives d'arraisonnement et négociation (Encadré 1) et diverses mises en garde par le médecin-chef, il fut finalement décidé que Philippe G. quitte prématurément le centre de rééducation et de réadaptation ; ce qu'il accepta comme un fait accablant sa version qu'on ne pouvait plus rien pour lui...

RÉFLEXIONS

Il n'y a plus grand chose à ajouter au sujet de Philippe G., mais juste à remarquer un détail relatif à l'action de la stagiaire – qui justifie à lui seul cet article.

Lorsque l'équipe, mise à mal par le comportement rétif de Philippe G., a décidé de l'interpeller formellement sur cette question, celui-ci a commencé par nier toute attitude négative et a justifié sa défiance par l'absence de résultats depuis son admission. Cet argument était d'autant plus désappointant que c'est justement son manque d'implication qui provoquait cet insuccès, ce dont Philippe G. persistait à disconvenir.

On se souvint alors de la FDK réalisée par la stagiaire quelques semaines auparavant : son diagnostic dénonçait explicitement et sans ambages le « décalage » d'appréciations qui marquait la situation dès l'admission. Avec l'accord de la stagiaire, la FDK fut présentée à Philippe G. qui fut alors confronté à l'évidence, aussi abruptement relatée à des fins pédagogiques. Dès le début, l'intention de progresser n'était pas partagée, le contrat thérapeutique biaisé, et la fin d'hospitalisation légitimée.

Outre ses intérêts réflexif et stratégique pour la prise en charge rééducative, la FDK – et l'analyse diagnostique qu'elle consignait ainsi de façon indiscutable – constatait et attestait à une date donnée de la réalité sur laquelle aurait à s'établir la relation thérapeutique. D'un outil professionnel, elle devenait un justificatif médico-légal à fort potentiel de conviction et de protection.

Comparons maintenant la prescription médicale initiale et le diagnostic kinésithérapique formulé par la stagiaire au même moment (Fig. 1) : on ne peut qu'admettre la différence de justesse et de pertinence, et donc d'utilité, relatives à la situation de Philippe G. Comment aurait été appréhendée la dimension humaine qui caractérise pourtant la problématique en présence, si l'on en était resté aux aspects purement mécaniques ordonnancés ?

Peut-être un jour les kinésithérapeutes comprendront-ils que plus ils écrivent et décrivent leurs considérations et conceptions, plus ils valorisent les richesses et facultés de leur profession.

Car au-delà d'une motivation corporative, l'objectif est bien là d'en mieux faire bénéficier le patient.

CONCLUSION

Il ne s'agit pas ici de décrire les techniques rééducatives, ni d'en discuter l'efficacité, généralement admise [12,14,32] mais qu'il reste à valider scientifiquement [33,71–75].

On aurait en effet pu limiter l'approche du patient aux seules composantes pathomécaniques, sophistiquées et passionnantes en ce qui concerne l'épaule. Mais le principal n'était pas là et englobait de façon bien plus large les déterminations et avenir du patient.

Les problèmes biomécaniques que nous devons résoudre ont toujours la particularité d'être rattachés à un être humain, et donc à un vécu unique qu'il n'est pas possible d'ignorer. Et c'est là que se situe le diagnostic kinésithérapique : à la croisée du clinique et du psychique.

Il serait si facile de traiter des complexes cinétiques, mobilisés par des forces à restaurer et limités par des blocages à libérer, mais dépourvus d'affects, d'intentions, même déviantes et dérangeantes parfois. Toutes les épaules traitées sont ainsi « encombrées » d'un être impossible à dissocier (voir l'étymologie du terme « individu »). C'est cet individu, lui-même embourbé dans un contexte socioprofessionnel unique, qu'on traite. Et qu'on doit aider.

C'est donc cet ensemble contextualisé qu'il faut considérer, « bilancer » et transformer. La démarche diagnostique s'apparente ainsi à une spéculation ambitieuse et imparfaite, toujours risquée puisque portant sur cet objet singulier et imprévisible qu'est tout patient. La seule façon de s'en sortir est d'aborder, par un systématisme minutieux et rigoureux, chaque déterminant de la gestuelle (structurel, fonctionnel et situationnel), tracé et rapproché aux autres dans une vision globale¹², sur laquelle se fonde la décision légitimant nos actions. Parce que maîtriser et appliquer des techniques validées est bien vain si cela ne correspond pas aux besoins du patient. Du patient présent.

**Michel Gedda (Directeur)
et les masseurskinésithérapeutes
ayant participé aux formations sur
le diagnostic kinésithérapique et/ou
le dossier du patient de 1998 à 2013**

¹⁰ Cette latence peut paraître aujourd'hui aberrante. Mais les moyens de communication n'étaient pas autant développés à l'époque, et les transmissions numériques encore très peu utilisées.

¹¹ Plus précisément, il s'agit là du taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP).

RÉFÉRENCES

- [1] République française, Ministère du travail et des affaires sociales. Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Journal Officiel 1996;236:14802-3, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=15891ABCC93026EFD90F901886DDCABE.tpdj16v_1?cidTexte=JORFTEXT00000195448&categorieLien=id.
- [2] Gedda M. Au cœur de la kinésithérapie : son diagnostic. *Kinesither Sci* 1998;(375):43-54.
- [3] Gedda M. Décision kinésithérapique : identité — démarche — chaînes logiques. Paris: Masson; 2001 [350 p.].
- [4] Gedda M, et al. Atelier de décision kinésithérapique : un espace de progression collective. *Kinesither Rev* 2014;14(145):26-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2013.11.001>.
- [5] Courage O, Guinet V. Acromioplastie chirurgicale et arthroscopie. *EMC Techniques chirurgicales - Orthopédie - Traumatologie* 2013;8(4):1-6 [44-280].
- [6] Frank JM, Chahal J, Frank RM, Cole BJ, Verma NN, Anthony A, et al. The role of acromioplasty for rotator cuff problems. *Orthop Clin North Am* 2014;45(2):219-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.od.2013.12.003>, <http://www.sciencedirect.com/science/help/doi.htm>.
- [7] Abadie P, Flurin PH. Acromioplastie sous arthroscopie. Techniques en arthroscopie du membre supérieur. Paris: Elsevier-Masson; 2013;28-36.
- [8] Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masse-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation. Recommandation de bonne pratique. HAS; 2006, [5 p.]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272509/fr/recommandations-portant-sur-les-actes-chirurgicaux-et-orthopediques-ne-ressortant-pas-pour-un-patient-justifiant-des-soins-de-masse-kinesthesierapie-de-recourir-de-maniere-generale-a-une-hospitalisation-en-vue-de-la-dispensation-des-soins-de-suite-et-de-readaptation?xtmc=&xtcr=51.
- [9] Neer CS. Impingement lesions. *Clin Orthop* 1983;173:70-7, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6825348>.
- [10] Haute Autorité de Santé (HAS). Référentiel concernant la rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct. Réponse à une saisine de la CNAMTS en application de l'article L162-17 du Code de la Sécurité sociale. HAS; 2011, [13 p.]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes_kine_coiffe_des_rotateurs_-_argumentaire_v2.pdf.
- [11] The Medical Disability Advisor (MDA). Rotator cuff repair. 6th ed. <http://www.mdguidelines.com/rotator-cuff-repair>.
- [12] Noël E. Stratégies thérapeutiques face à une pathologie chronique de l'épaule. *EMC Traité de Médecine Akos* 2008;1-6 [7-0363].
- [13] Nové-Josserand L, Godenèche A, Noël É, Liotard JP, Walch G. Pathologie de la coiffe des rotateurs. *EMC Appareil locomoteur* 2008;1-17 [14-350A-10].
- [14] Flurin PH, Laprelle E, Bentz JY, Asad-Boy M, Lachaud C, Pellet JL, et al. Rééducation de l'épaule opérée (en dehors des prothèses). *EMC Kinésithérapie Médecine physique Réadaptation* 2001;1-13 [26-210-A-10].
- [15] Deres B, Demondion X, Delfaut E, Paul C, Chastanet P, Cotten A. Maladie des dépôts d'hydroxyapatite. *EMC Radiodiagnostic - Squelette normal - Neuroradiologie - Appareil locomoteur* 2002;1-12 [31-316-B-10].
- [16] Hawkins RJ, Chris T, Bokor D, Kiefer G. Failed anterior acromioplasty. A review of 51 cases. *Clin Orthop Relat Res* 1989;243:106-11.
- [17] Kadri F, Burus C, Luthi F, Konzelmann M. Ossifications hétérotropiques (OH) de l'épaule en rééducation en dehors d'un contexte neurologique. Pensez-y devant une épaule douloureuse et raide ! *Ann Phys Rehabil Med* 2013;56S:e394-406. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.1032>.
- [18] Ellman H, Kay SP. Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement. Two- to 5-year results. *J Bone Joint Surg Br* 1991;73:395-8.
- [19] Nové-Josserand L. Traitement chirurgical des ruptures de la coiffe des rotateurs. *EMC Techniques chirurgicales - Orthopédie - Traumatologie* 2000;1-9 [44-283].
- [20] Ellman H. Arthroscopic subacromial decompression: analysis of 1-to 3-year results. *Arthroscopy* 1987;3:173-81.
- [21] Althek DW, Warren RF, Wickiewicz TL, Sklyar MJ, Ortiz G, Schwartz E. Arthroscopic acromioplasty. Technique and results. *J Bone Joint Surg Am* 1990;72:1198-207.
- [22] Nutton RW, McBirnie JM, Phillips C. Treatment of chronic rotator cuff impingement by arthroscopic subacromial decompression. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79:73-6.
- [23] Nové-Josserand L. Acromioplastie (chirurgicale et arthroscopie). *EMC Techniques chirurgicales - Orthopédie - Traumatologie* 2000;1-5 [44-280].
- [24] Diederichsen LP, Norregaard J, Krogsgaard M, Fischer-Rasmussen T, Dyhre-Poulsen P. Reflexes in the shoulder muscles elicited from the human coracoclavicular ligament. *J Orthop Res* 2004;22(5):976-83.
- [25] Guanche L, Knatt T, Solomonow M, et al. The synergistic action of the capsule and the shoulders muscles. *Am J Sports Med* 1995;23(3):301-6.
- [26] Receveur J. La problématique de la récurrence du conflit sous-acromial chez un patient ayant bénéficié d'une acromioplastie. Travail écrit réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Besançon: IFMK; 2013 [57 p.]. <http://kinedoc.org/Kinedoc-war/detailDocument.do?id=67295>.
- [27] Marc T, Gaudin T, Teissier J. Rééducation après réparation de la coiffe des rotateurs : facteurs influençant le résultat fonctionnel à 2 ans. *Kinesither Rev* 2009;(89):36-44.
- [28] Sohier R. Kinésithérapie analytique de l'épaule. *Kinesither Rev* 2010;(97):38-48.
- [29] Gagey O, Hue E. Biomécanique du muscle deltoïde. Premiers résultats expérimentaux. *Rev Chir Orthop* 1996;82(Suppl. 1):172.
- [30] Bohmer AS, Staff PH, Brox JJ. Supervised exercises in relation to rotator cuff disease (impingement syndrome stage I and II). A treatment regimen and its rationale. *Phys Theory Pract* 1988;14:93-105.
- [31] Kilber B. The role of the scapula in athletic shoulder function. *Am J Sports Med* 1998;26:325-37.
- [32] Marc T, Rifkin D, Gaudin T, Teissier J, Bonnel F. Rééducation d'une épaule douloureuse, faire simple ou compliqué ? Faire compliqué. *Rev Rhum Monograph* 2010;(77):246-52.
- [33] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masse-kinésithérapie. Recommandation de bonne pratique. HAS; 2001, [77 p.]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272089/fr/pathologies-non-operees-de-la-coiffe-des-rotateurs-et-masse-kinesthesierapie.
- [34] Srour F, Dumontier C, Loubière M, Barette G. Évaluation clinique et fonctionnelle de l'épaule douloureuse. *EMC Kinésithérapie - Médecine physique Réadaptation* 2013;9(3):1-21 [26-008-C-10].
- [35] Constant C, Murley A. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop* 1987;(214):160-4.
- [36] Sèze S. Épaule pseudo-paralysée, épaule douloureuse, épaule bloquée : le démemberement anatomique-clinique de la périarthrite de l'épaule. *Presse Med* 1964;72:1795-8.
- [37] Artru L. Démarche diagnostique et traitement d'une douleur d'épaule. *EMC AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine* 1999;1-5 [7-0360].
- [38] Collin P, Walch G. Fréquence des pseudo-paralysies de l'épaule dans les ruptures massives de coiffe. *Rev Chir Orthop Traumatol* 2011;97(Suppl. 7):S258.
- [39] Tavernier T, Walch G. Pathologie dégénérative de la ceinture scapulaire. *EMC Radiodiagnostic - Neuroradiologie - Appareil locomoteur* 1999;1-16 [31-312A-10].
- [40] Collin P, Gain S. La rééducation est-elle efficace dans la prise en charge des ruptures massives de la coiffe ? *Rev Chir Orthop Traumatol* 2013;99(Suppl. 7):S325-6.
- [41] Barbier O, Block D, Dezaly C, Serveux F, Mole D. Os acromiale, a cause of shoulder pain, not to be overlooked. *Orthop Traumatol Surg Res* 2013;99(4):465-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2012.10.020>.
- [42] Levy P, Roger B, Tardieu M, Ghebontin L, Thelen P, Richard O, et al. Compression kystique du nerf sous-scapulaire : intérêt de l'imagerie. À propos de 6 cas et revue de la littérature. *J Radiol* 1997;78(2):123-30.
- [43] Ollat D, Martin M, Desmoineux P, Beaufils P, Versier G. Kystes paragénodien gléno-huméraux : à propos de 6 cas et revue de la littérature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2006;92(3):214-22.
- [44] Loustau O, Sans N, Despeyroux-Ewers M, Chiavassa-Gandais H, Vial J, Rallhaud JJ. Douleur de l'épaule : apport de la radiologie interventionnelle. *J Radiol* 2007;88(9 Pt 2):1238-41.
- [45] Nourissat G, Panier J, Radier C. Pathologie chronique acromioclaviculaire. *EMC - Appareil locomoteur* 2013;8(4):1-7 [14-346A-10].
- [46] Gedda M, et al. Décision kinésithérapique : les supports d'aide, de communication et de traçabilité de la décision. *Kinesither Rev* 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.04.001>.
- [47] Kübler-Ross E. Les derniers instants de la vie. Labor et Fides : coll. Entrée libre; 1989, [280 p.].
- [48] Fossier JB, Petit A, Yven C, Sappay P, Bernieri F, Soyex E, et al. Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi. Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement 2014;15:11-9.
- [49] Benezzech JP. Stades du deuil et douleurs chroniques. *Douleurs* 2005;6(5):278-83.
- [50] Viane J, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, et al. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain* 2003;106:65-72.
- [51] Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain* 2004;5:195-211.
- [52] Warner JJ, Micheli LJ, Arslanian LE, Kennedy J, Kennedy R. Scapulohumeral motion in normal shoulders and shoulders with glenohumeral instability and impingement syndrome. *Clin Orthop Relat Res* 1992;285:191-9.
- [53] Greenfield B, Catlin PA, Coats PW, Green E, McDonald JJ, North C. Posture in patients with overuse injuries and healthy individuals. *J Orthop Sports Phys Ther* 1995;21:287-95.
- [54] Liotard JP. Rééducation d'une épaule douloureuse : comment faire simple. *Rev Rhum Monograph* 2010;(77):239-45.
- [55] Marc T. Coiffe des rotateurs : de la rééducation des abaisseurs au concept global de l'épaule. *Kinesither Sci* 2008;492:61-3.
- [56] Piret Q. « S.O.S. BICEPS » : intérêt du renforcement des rotateurs latéraux dans la préservation des atteintes dégénératives du tendon du long biceps. *Kinesither Sci* 2009;499:21-8.
- [57] Ginn K, Boettcher C, Cathers I. Dynamic antero-posterior stability at the shoulder joint — what is the precise role of the rotator cuff muscles? *WCPT 2007. Res Rep Physiother* 2007;93(Suppl. 1):S224.
- [58] David G, Magarey ME, Jones MA, Dvir Z, Türker KS, Sharpe M. EMG and strength correlates of selected shoulder muscles during rotations of the glenohumeral joint. *Clin Biomech (Bristol Avon)* 2000;15(2):95-102.
- [59] Holmgren T, Öberg B, Sjöberg I, Johansson K. Supervised strengthening exercises versus home-based movement exercises after arthroscopic acromioplasty: a randomized clinical trial. *J Rehabil Med* 2012;44(1):12-8.
- [60] Dufour M, Gedda M. Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation. Paris: Maloine; 2007 [700 p.].
- [61] Gedda M, Tardivat M. Du diagnostic kinésithérapique : mystifications ou vérités ? *Kinesither Sci* 1999;(389 Spécial):22-32. <http://www.kinedoc.org/Kinedoc-war/detailDocument.do?id=73404>.
- [62] Gerlac D, Thollat K. Épaule pseudo-paralytique : que peut-on attendre de la rééducation aujourd'hui ? *Kinesither Rev* 2009;(92-93):33-8.
- [63] Hawkins RH, Dunlop R. Nonoperative treatment of rotator cuff tears. *Clin Orthop Relat Res* 1995;(321):178-88.
- [64] Hawkins RJ, Morin WD, Bonutti PM. Surgical treatment of full thickness rotator cuff tears in patient 40 years of age or younger. *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8(3):259-65.
- [65] Mismare GW, Ziegler DW, Rushton 2nd JL. Repair of the rotator cuff: a comparison of results in two populations of patients. *J Bone Joint Surg Am* 1995;77:1335-9.
- [66] Nové-Josserand L, Labrique JF. La Société française d'arthroscopie. Traitement arthroscopique des lésions non transfixantes de la coiffe des rotateurs. *Rev Chir Orthop* 2004;90(Suppl. 8):S35-48.
- [67] Pélégri C, Coste JS, Kelbérine F, Nové-Josserand L, Labrique JF, Boileau P. Résultats de l'acromioplastie arthroscopique dans les tendinopathies non rompues et les lésions intratendineuses du supraspinatus. *Rev Chir Orthop* 2004;90(Suppl. 8):S76-95 [Société française d'arthroscopie, réunion annuelle 2004].
- [68] Bouvet R, Le Gueut M. Vers une réparation intégrale de l'accident du travail ? *Rev Med Legale* 2013;4:65-70.
- [69] Manouil C, Graser M, Verrier A, Jardié O. Évaluation des souffrances endurées en expertise. *Douleurs* 2005;6(6):355-64.
- [70] Forthomme B. Rééducation raisonnée de l'épaule opérée et non opérée, 4e ed. Frison-Roche. Coll. Précis pratiques de rééducation; 2014 [208 p.].
- [71] Littlewood C, Ashton J, Chance-Larsen K, May S, Sturrock B. Exercise for rotator cuff tendinopathy: a systematic review. *Physiotherapy* 2012;98:101-9.
- [72] Green S, Buchbinder R, Hetrick SE. Physiotherapy interventions for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2: CD004258.
- [73] Hanratty CE, McVeigh JG, Kerr DP, Basford JR, Finch MB, Pendleton A, et al. The effectiveness of physiotherapy exercises in subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum* 2012;42(3):297-316.
- [74] Littlewood C, Malliaras P, Mawson S, May S, Walters SJ. Development of a self-managed loaded exercise programme for rotator cuff tendinopathy. *Physiotherapy* 2013;99(4):358-62.
- [75] Littlewood C, Malliaras P, Mawson S, May S, Walters SJ. Self-managed loaded exercise versus usual physiotherapy treatment for rotator cuff tendinopathy: a pilot randomised controlled trial. *Physiotherapy* 2014;100:54-60.

La rééducation avec le Rehab-Gaming

Présenté lors du Salon Rééduca du 19 au 21 septembre 2014, Kinapsys a reçu le trophée Rééduca Innov 2014

Retour sur une des « principales attractions » du salon : Kinapsys est un outil de rééducation fondé sur le Rehab-Gaming, concept de rééducation basé sur la pratique d'exercices ludiques dans un environnement virtuel (Serious Games).



LA RÉÉDUCATION AVEC LE REHAB-GAMING

En moins de 10 ans, la réalité virtuelle s'est imposée comme un nouvel outil thérapeutique majeur, non seulement en médecine mais aussi en chirurgie et dans le domaine de la kinésithérapie. L'immersion du patient dans un exercice virtuel (sélectionné en fonction des pathologies et des objectifs de rééducation définis par le kinésithérapeute) permet un rétrocontrôle sur ses actions en temps réel.

L'apprentissage des mouvements est alors accéléré par la correction en direct du geste puisque le patient se voit. Il peut ainsi superposer son mouvement à celui qu'il est censé accomplir. La connaissance du résultat par le patient grâce à l'utilisation d'un biofeedback augmente son apprentissage moteur, son implication et sa motivation.

Selon une enquête de BVA Healthcare menée auprès de 200 kinésithérapeutes en juin 2014, 85% des praticiens s'accordent à dire qu'il s'agit d'un concept d'avenir et plus de 62% des kinésithérapeutes interrogés sont prêts à adopter le Rehab-Gaming.

KINAPSYS, LA 1^{ère} SOLUTION DE REHAB-GAMING

Développé par RM Ingénierie en partenariat avec Microsoft, Kinapsys est le 1er outil de Rehab-Gaming. Il s'agit d'un système proposant la prise en charge globale de tous les patients, du sportif de haut niveau, jusqu'aux personnes âgées ou à mobilité réduite, et permettant d'assister toutes les étapes d'une rééducation pour de multiples pathologies allant des troubles moteurs ou articulaires aux maladies neurologiques.



Basé sur l'utilisation du nouveau capteur Kinect® v2 de Microsoft, Kinapsys facilite l'installation rapide du patient devant le poste de travail : l'appareil détecte automatiquement les articulations et les segments du corps que le système Kinapsys utilise, pour proposer un éventail d'exercices en fonction des phases de la rééducation du patient.

La réalisation des exercices ludiques par l'intermédiaire d'un avatar permet de renforcer

l'implication du patient dans sa rééducation et de le décentrer de sa pathologie.

Le système Kinapsys est composé de plus de 250 exercices différents permettant de créer des séances spécifiques. Ces activités sont réparties sous trois onglets : Rééducation, Renforcement et Travail Spécifique (module complémentaire afin de prendre en charge spécifiquement une pathologie). Chaque exercice est paramétrable en fonction des capacités du patient. L'interface permet de sélectionner la durée (de 1 à 6 minutes/exercice), le niveau de difficulté (de 1 à 5), la latéralité (droite, gauche ou les deux membres) et l'amplitude maximale de mouvement.

LE TROPHÉE DE L'INNOVATION RÉÉDUCA INNOV 2014

Kinapsys a séduit le jury du trophée Rééduca Innov 2014 et a ainsi reçu ce prix mettant en valeur la qualité du produit, son originalité et son apport à la profession. Les éléments qui ont retenu particulièrement l'attention du jury sont l'ergonomie du système, la richesse de ses protocoles de soins, la simplicité de mise en place du patient et l'immersion du patient dans sa rééducation. Le jury a également apprécié la place laissée au kinésithérapeute pour corriger un patient pendant qu'il effectue son exercice, la possibilité d'ajuster les paramètres des exercices en fonction du patient et du projet de soins et la capacité de suivre l'évolution des résultats du patient dans le temps.

Plus d'informations sur www.kinapsys.fr
05.65.76.03.36
(présentation gratuite au cabinet).



Remise du trophée 'Rééduca Innov' lors du salon en septembre dernier

PRESSOTHÉRAPIE



**TECHNOLOGIE
UNIQUE
APPLICATEUR
ULTRASON
MAINS-LIBRES**



ONDES DE CHOC



ONDES COURTES



BTL FRANCE

09.63.26.31.82 | info@btlmed.fr | www.btlmed.fr

HYDROTHÉRAPIE



**THÉRAPIE PAR
ULTRASON
& ÉLECTROTHÉRAPIE**



**LASER A HAUTE
INTENSITÉ**



**EXILIS
LIPODISSOLUTION
& LIFTING
NON-INVASIFS**



NOUVEAUTÉS

easyCryo®

Lance une nouvelle gamme
de Cryo par l'eau réfrigérée

- Œdèmes
- Déchirures
- Hématomes
- Entorses
- Tendinites
- Lésions musculaires
- Cicatrisation
- Récupération
- Rhumatismes

easyCryoEAV

FROID
&
COMPRESSION
L'ASSOCIATION
PARFAITE

2 MODÈLES

1 SORTIE



2 SORTIES*



&
5 ATTELLES DE
COMPRESSION

* 2 SORTIES INDÉPENDANTES



Genou



Epaule



Cheville



Membre
Supérieur



Dos

4 PACKS

1S

EASycry'EAU 1S
+
4 attelles

2999€

~~3504€~~

*

71€ /48 mois

2S

EASycry'EAU 2S
+
4 attelles

3499€

~~4047€~~

*

83€ /48 mois

**RHUMATO
TRAUMATO**

Cryo 5° • Thermo 45°C

EASycry'EAU 2S
+
5 attelles

3699€

~~5399€~~

*

88€ /48 mois

★ PREMIUM ★

EASycry'EAU 1S
+
4 attelles
+
LE BOOSTER
Veino stimulation

3999€

~~5848€~~

*

95€ /48 mois

* Possibilité de déduire 20% du montant total sur 2014

NOVANTIS
F R A N C E



Parc Eureka, 200 Rue de Thor - 34000 Montpellier • Tél. 04 99 64 21 05 • olivia.beldame@easycryo.fr • Mob. 06 80 28 48 30

www.easycryo.fr

+ Par Philippe Goethals

Transmission de la tuberculose

Pourquoi les souches d'origine animale ne se disséminent pas dans la population humaine ?

Les équipes de Christophe Guilhot à l'Institut de pharmacologie et de biologie structurale (CNRS/Université Toulouse III Paul Sabatier) et de Roland Brosch à l'Institut Pasteur, en collaboration avec l'équipe de Carlos Martin de l'université de Saragosse, se sont intéressées aux mécanismes expliquant pourquoi les bacilles de la tuberculose d'origine animale ne se disséminent pas dans la population humaine. Ces travaux offrent des perspectives nouvelles pour comprendre les fonctions et mécanismes intervenant dans la transmission chez l'Homme et à terme proposer des solutions

thérapeutiques pour bloquer la propagation de cet agent infectieux.

Avec plus d'un million de morts chaque année à travers le monde, la tuberculose demeure l'une des plus dangereuses maladies infectieuses. Chez l'Homme, cette maladie est provoquée par le bacille de Koch (BK) qui se propage très efficacement par voie aérienne. Cette maladie affecte également de nombreux autres mammifères mais les bacilles tuberculeux d'origine animale, malgré leur patrimoine génétique très proche de celui du bacille humain,

sont très rarement impliqués dans des chaînes de transmission chez l'Homme. En comparant les génomes de nombreux bacilles les chercheurs ont identifié trois mutations, présentes dans toutes les souches d'origine animale mais absentes des souches du BK. Lorsqu'elles sont transférées expérimentalement dans des bacilles tuberculeux humains, ces mutations atténuent fortement la virulence du BK dans différents modèles cellulaires et animaux. Leur présence explique que la tuberculose d'origine animale ait peu d'impact sur l'épidémiologie de la maladie dans la population humaine.

(source CNRS)

RÉFÉRENCES

Evolutionary history of tuberculosis shaped by conserved mutations in the PhoPR virulence regulator ; J. Gonzalo-Asensio, W. Malaga, A. Pawlik, C. Astarie-Dequeker, C. Passemar, F. Moreau, F. Laval, M. Daffé, C. Martin, R. Brosch & C. Guilhot ; PNAS ; 21 juillet 2014.

Une piste hormonale contre les maladies liées au vieillissement

C'est une hormone qui produit l'effet d'un régime drastique qu'a découverte l'équipe d'Hugo Aguilaniu en étudiant le ver rond *Caenorhabditis elegans* : elle augmente la longévité et diminue la fertilité. En explorant son mode d'action, les chercheurs du Laboratoire de biologie moléculaire de la cellule (LBMC - CNRS/ENS de Lyon/ Université Claude Bernard Lyon 1) espèrent trouver des moyens de repousser les maladies liées à l'âge.

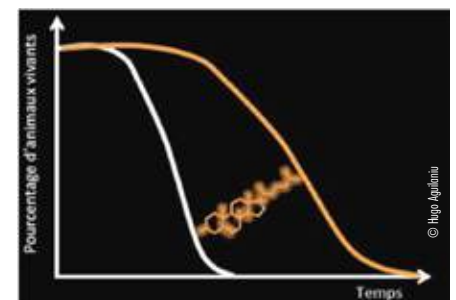
Manger moins allonge la durée de vie d'un grand nombre d'espèces, de la levure aux primates en passant par l'araignée et le chat. Plus encore, une restriction calorique sévère diminue l'incidence des maladies liées au vieillissement (cancers, maladies neurodégénératives, fonte musculaire liée à l'âge). C'est en tout cas prouvé chez les rongeurs et les grands singes, et il y a de fortes chances qu'il en soit de même chez l'Homme. Mais ce régime drastique (à la limite de la malnutrition) est difficilement soutenable, en raison notamment d'effets secondaires à la

fois psychologiques (irritabilité, baisse de la libido) et physiologiques (baisse de la fertilité). Il est donc déconseillé de s'y astreindre dans le but de protéger sa santé !

L'équipe d'Hugo Aguilaniu a identifié chez le ver *C. elegans* une hormone produite en réponse à la restriction calorique. Cette hormone, l'acide dafachronique, est requise pour l'allongement de la durée de vie mais elle est également impliquée dans la baisse de la fertilité liée au régime. Cette découverte établit donc un lien direct entre l'augmentation de la durée de vie et la baisse des capacités reproductives lorsque le régime alimentaire est pauvre en calories.

Les chercheurs ont aussi découvert le récepteur au travers duquel l'acide dafachronique agit, dans le noyau des cellules. Véritable chef d'orchestre, il va activer un grand nombre de gènes en présence de l'hormone. Dans cette « symphonie génétique », une partie induira une baisse de fertilité, et une autre le ralentissement du vieillissement.

Hugo Aguilaniu espère parvenir à dissocier ces deux types de réponses, afin de déclencher



Représentation de l'augmentation de la durée de vie par restriction calorique (en orange) par comparaison avec des animaux nourris à volonté (courbe blanche). Une hormone stéroïdienne, dérivée du cholestérol (schématisée en orange entre les deux courbes) est produite en conditions de restriction calorique et est requise pour l'allongement de la durée de vie.

artificiellement l'effet protecteur vis-à-vis des maladies liées à l'âge, et ce sans souffrir des effets délétères associés. Avec peut-être des applications thérapeutiques à la clé, puisque l'hormone identifiée et son récepteur ont des cousins proches chez les mammifères et l'Homme.

(source CNRS)



Chez ce ver *Caenorhabditis elegans*, un marqueur fluorescent indique les noyaux des cellules musculaires, dont la dégénérescence est ralentie par la restriction calorique.

RÉFÉRENCES

*Steroid hormone signaling links reproduction to lifespan in dietary-restricted *Caenorhabditis elegans*, M. Thondamal, M. Witting, P. Schmitt-Kopplin & H. Aguilaniu. Nature Communications, 11 septembre 2014.*

CARE

 **Medline**

Votre partenaire santé

Med 2040

Med 2060



Ces appareils de rééducation
redonneront force et sourire
à vos patients.



www.carefitness.com

Cryothérapie

La différence Game Ready

Désormais adoptée par la quasi-totalité des organisations sportives de haut niveau, la cryothérapie Game Ready est de plus en plus utilisée dans les cabinets de rééducation, ceux-ci appréciant sa polyvalence, son efficacité thérapeutique et sa simplicité d'utilisation dans un parfait confort du patient.

Un froid intense, diffus et durable

Le système GAME READY produit une thérapie à 0°C qui permet d'abaisser très rapidement la température corporelle entre 12 et 15°C surface cutanée. Le froid est constant pendant toute la durée du traitement grâce à une circulation rapide de l'eau glacée dans des enveloppes anatomiques adaptées à chaque articulation ou groupe musculaire. La conception des enveloppes, issue d'un brevet de la NASA, permet d'appliquer le froid sur l'ensemble de la surface à traiter et donc de traiter l'ensemble de l'inflammation.

Compression intermittente et simultanée

Réglable de 0 à 75mmHg, la compression dynamique permet de :

- Accentuer la pénétration du froid en profondeur dans les tissus
- Diffuser le froid sur toute la zone de traitement en épousant parfaitement l'articulation ou le muscle
- Exercer un effet pompe dynamique sur la zone de traitement stimulant ainsi les circuits sanguins et lymphatiques

Un vaste champ d'indications thérapeutiques

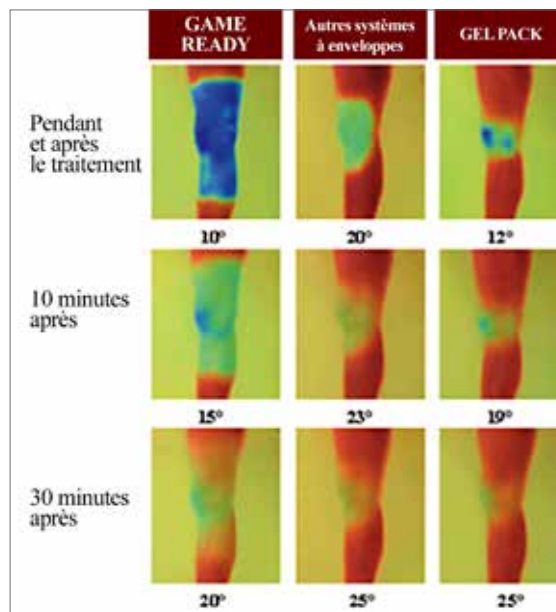
L'association compression-froid permet de couvrir un large éventail de pathologies. Vous trouverez ci-après les indications classiques et celles un peu plus originales qui sont le fruit de témoignages recueillis auprès de thérapeutes équipés.

• **Traumatologie du sport** : Le **Game Ready** est un outil particulièrement indiqué pour les lésions musculaires et articulaires et plus globalement tous les phénomènes inflammatoires aigus. Il permettra de soulager immédiatement et durablement le patient et de contenir la diffusion de l'inflammation. Selon Pascal Gohier, kinésithérapeute de l'équipe de France de basketball, « le **Game Ready** est très efficace sur les entorses de cheville et permet de faire

un travail préparatoire très intéressant avant de pratiquer des soins de thérapie manuelle »

• **Traitement post opératoire** : Action très efficace sur la douleur et les œdèmes et hématomes post chirurgicaux.

L'étude clinique parue en avril 2014 dans la revue d'orthopédie OTSR (Cryotherapy with dynamic intermittent compression for analgesia after anterior cruciate ligament reconstruction) a démontré que les patients ayant bénéficié du **Game Ready** à la suite de leur procédure chirurgicale ont des indices de douleur moins élevés que les autres tout en consommant beaucoup moins ou pas d'anti-douleur. De plus, les patients retrouvent une meilleure mobilité plus rapidement.



En cabinet, on appliquera le **Game Ready** en début de séance sur des genoux opérés présentant de l'œdème ou de l'hématome ou en fin de séance pour finir sur une séquence apaisante et éviter de recréer une boucle inflammatoire

• **Rhumatologie** : Initialement centrée sur la traumatologie, la cryothérapie **Game Ready** se révèle également très efficace sur les

inflammations d'origine rhumatologique. Ainsi, Patrick Mangin kinésithérapeute à Toulouse, nous relate que « des patients souffrant de périarthrites d'épaule ont retrouvé un confort de vie et le sommeil après 2-3 séances de 20-30 minutes »

• **Syndrome Epaule-main** : Selon Franck Chonigbaum, kinésithérapeute à Grisy Suisnes (77) « la cryothérapie **Game Ready** se place comme un traitement privilégié dans le cadre d'un syndrome Épaule/Main par sa fonction thermothérapie par le froid associé à la pressothérapie. Nous utilisons la double sortie montée sur les manchons poignet et épaule. Les résultats sont immédiats en terme de confort pour le patient et permet au thérapeute de mobiliser l'articulation de manière plus précoce »

• **Pathologies de la main** : Selon G. Mesplie, kinésithérapeute à Espace Main Biarritz, « L'utilisation de la cryothérapie est primordiale dans le traitement des pathologies de la main et du poignet, puisque les douleurs et l'œdème sont une source de raideur, hantise de cette rééducation. Nous savons depuis longtemps que l'utilisation de la triade Froid-Compression-Élévation permet d'optimiser la lutte contre ces troubles, observés très régulièrement en post-traumatique ou post-opératoire. Le **Game Ready** permet de réaliser ce traitement de manière plus précise, car quantifiable, en réglant manuellement les composantes de température et de pression les plus adaptées au patient traité »

Simplicité d'utilisation et confort patient

La mise en place du **Game Ready** sur un patient est très rapide, il suffit de positionner l'enveloppe, régler la pression et démarrer.

Le traitement ne comporte aucun risque de brûlures et peut durer de 10 à 30 minutes selon la pathologie et l'organisation du cabinet. Le patient ressent le froid instantanément mais celui-ci est supportable voire confortable car appliqué de façon complètement homogène. De plus, l'augmentation du débit sanguin liée à la compression dynamique va diminuer la sensation de froid. Selon une étude menée à grande échelle aux Etats-Unis, plus de 90% des patients trouvent le **Game Ready** plus confortable et ont le sentiment que celui-ci leur a permis de réduire le

délai de guérison et la prise de médicaments. Nous équipons de nombreux sportifs professionnels, qu'ils soient footballeurs, rugbymen, basketteurs ou marathoniens. Ceux-ci apprécient le **Game Ready** dans le traitement de leurs blessures quotidiennes et l'utilisent également en récupération musculaire.

De par ses caractéristiques, sa philosophie de traitement (application continue d'un froid constant couplée à une compression dynamique réglable) et sa simplicité, le **Game Ready** permet de traiter une multitude de pathologies et d'apporter une réponse efficace à tous les phénomènes inflammatoires.





ecopostural
mobilier pour la santé.



Contact:

Avda. Enrique Gimeno, 27
12006 Castellón (ESPAGNE)

Tel.: (+34) 964 25 58 06

Fax: (+34) 964 50 34 10

info@ecopostural.com

www.ecopostural.com

+ Par Philippe Goethals

Science et Kinésithérapie

Garantir des Pratiques Raisonnées et Consciencieuses



Pour sa première grande réunion depuis son élection à la présidence de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes en juillet dernier, **Pascale Mathieu** ¹ avait souhaité réunir ses confrères autour du thème central de son programme : faire reconnaître la kinésithérapie comme une science afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. En ouverture de la journée, elle a notamment déclaré : « Prôner une approche raisonnée et consciencieuse de notre métier, synonyme de professionnalisme et d'intégrité, suppose d'ériger la kinésithérapie au rang de science ». Cette vision semble largement partagée puisque, selon Harris Interactive, près de 9 Français sur 10 souhaitent, ou sont favorables à la reconnaissance de la kinésithérapie comme une science afin d'encadrer les pratiques et de contribuer à garantir la qualité des soins.

Jean Debeaupuis ², Directeur général de l'Offre de Soins, qui représentait le Ministère de la Santé, a adressé non seulement un satisfecit à l'Ordre des kinésithérapeutes mais également à l'ensemble de la profession en soulignant le rôle central qu'elle joue dans le parcours de soin des Français. Concernant le programme de formation, il a reconnu que celui-ci « ne correspond plus à l'exigence actuelle », et a indiqué qu'il fallait poursuivre les échanges entre les pouvoirs publics et la profession « dans le but d'aboutir à un consensus ».

D'éminents universitaires sont ensuite intervenus sur la dimension scientifique de la kinésithérapie. **Jean-Philippe Cobbaut** ³, Directeur du Centre d'éthique médicale (CEM) à l'Université catholique de Lille, a tout d'abord partagé ses réflexions sur

le rôle de l'éthique dans la pratique de la kinésithérapie. Il a notamment rappelé qu'une éthique du Care devait être promue par la profession, synonyme de respect de la dignité des patients et de la qualité des soins.

Patrick Levy ⁴, Président de l'Université Joseph Fourier à Grenoble, a, quant à lui, souligné que la kinésithérapie devait se construire « une épistémologie solide ». Selon lui, la reconnaissance scientifique de la profession doit passer par l'universitarisation des études et le développement de l'accès à la recherche.

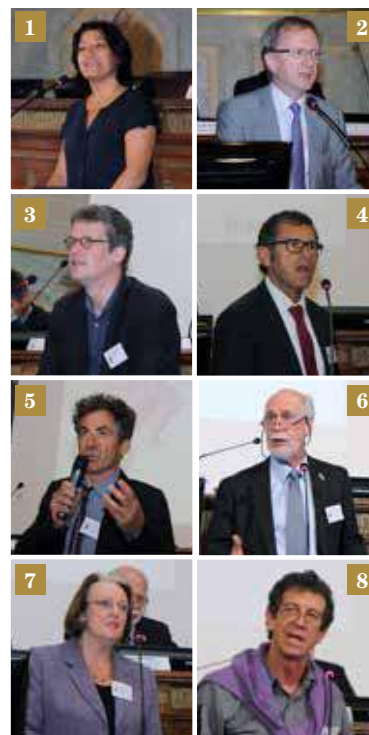
Etienne Klein ⁵, Directeur du Laboratoire des Recherches sur les Sciences de la Matière au CEA, a enfin apporté son éclairage de philosophe des sciences sur ce que pourrait être une épistémologie de la kinésithérapie, réfléchissant à la démarche nécessaire pour passer « du domaine de l'empirique à celui du scientifique ».

Sont également intervenus différents universitaires étrangers afin d'apporter un éclairage international au débat. **Robert Forget** ⁶, Professeur titulaire et Directeur des programmes de physiothérapie à la faculté de médecine de Montréal, **Sarah Bazin** ⁷, Présidente de la World Confederation for Physical Therapy – Europe (WCPT – ER) et **Peter McNair** ⁸, Chercheur à l'université d'Auckland, ont tous souligné la nécessité d'une approche scientifique de la kinésithérapie à l'échelle internationale et l'importance d'aligner la formation française sur les standards étrangers.

Le colloque s'est clôturé par une table ronde rassemblant 8 représentants d'organisations professionnelles et syndicales qui ont mené

collectivement une réflexion approfondie sur l'avenir de la kinésithérapie et montré le consensus régnant au sein de la profession pour voir aboutir rapidement la généralisation de la PACES et la revalorisation du diplôme au niveau Master.

A cet égard, un sondage Harris Interactive montre que près de 9 Français sur 10 approuvent la délivrance aux kinésithérapeutes d'un diplôme de Master.
à lire page 48





L'ORDRE VOUS ACCOMPAGNE DANS VOS DÉMARCHES SUR LA MISE EN ACCESSIBILITÉ DES CABINETS



La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées imposait la mise en accessibilité des établissements recevant du public au 1^{er} janvier 2015. Cette obligation concerne les cabinets des kinésithérapeutes qui sont des ERP (établissements recevant du public) de 5^e catégorie.

Ayant été constaté que cette obligation de mise en accessibilité ne pourrait être tenue dans le délai imparti, la loi du 10 juillet 2014 a autorisé le **Gouvernement à définir les conditions pour proroger le délai fixé** pour rendre les établissements accessibles. Une ordonnance du 26 septembre 2014 donne en particulier la possibilité aux gestionnaires ou propriétaires des ERP concernés qui ne répondront pas au 31 décembre 2014 aux exigences d'accessibilité, de déposer un « **agenda d'accessibilité programmée** » (Ad'Ap). Cet agenda, qui permet

d'éviter la sanction pénale prévue en cas de non-respect des obligations d'accessibilité au 1^{er} janvier 2015, prévoit le programme et le calendrier des travaux ainsi que les financements correspondants.

Le projet d'agenda d'accessibilité programmée doit être déposé au plus tard le **28 septembre 2015**. Ce délai peut être prorogé pour une durée maximale de trois ans dans le cas où les difficultés techniques ou financières liées à l'évaluation ou à la programmation des travaux l'imposent ou en cas de rejet d'un premier agenda.

La durée d'exécution d'un agenda d'accessibilité programmée ne pourra excéder trois ans à compter de son approbation.

Des durées plus longues sont toutefois prévues à titre dérogatoire pour différents motifs.

Plus d'informations sur : www.ordremk.fr



Pour partager vos réflexions, idées et expériences, ou recevoir notre newsletter mensuelle, écrivez-nous sur monordre@ordremk.fr

CNOMK - 120-122 rue Réaumur 75002 PARIS



Ordre des
masseurs-kinésithérapeutes

+ Par Philippe Goethals

Discours de
Pascale Mathieu

Mesdames les Présidentes, Messieurs les Présidents, Monsieur le Directeur Général de l'Offre de Soins, Chères consoeurs, chers confrères, Mesdames, Messieurs,

C'est avec beaucoup d'émotion que je vous accueille aujourd'hui à l'occasion de ce premier grand rassemblement depuis mon élection à la Présidence de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes en juillet dernier.

Je tiens tout d'abord à remercier le ministère des Affaires sociales et de la Santé, d'avoir placé cet événement sous le signe de son haut patronage, et le Directeur général de l'Offre de Soins, **Jean Debeaupuis**, de nous faire l'honneur de sa présence aujourd'hui.

C'est pour l'ensemble de la profession une reconnaissance de la place qu'occupent aujourd'hui nos 78 000 confrères dans le parcours de soin de plus d'un million de Français chaque jour. Nous en sommes très honorés. Comme vous vous en doutez, le choix de ce lieu emblématique du savoir n'est pas totalement innocent : il rappelle les liens évidents qui existent entre la médecine et la kinésithérapie, sur le plan de la formation et surtout au quotidien, dans nos échanges au service de l'intérêt supérieur de nos patients, quels que soient nos modes et nos lieux d'exercice. C'est pourquoi je tiens à remercier tout particulièrement **Yves Logeais**, le Président de l'Académie Nationale de Médecine, qui n'a pas hésité à nous accueillir en ce lieu prestigieux ainsi que le professeur **Raymond Ardaillou**, secrétaire perpétuel de l'Académie qui nous fait l'honneur de sa présence et qui s'adressera à vous tout à l'heure.

Au lendemain de la Journée mondiale de la physiothérapie, j'ai souhaité vous réunir autour de ce thème central de mon programme d'action : faire que la kinésithérapie soit reconnue à sa juste valeur au sein des autres professions de santé et que les kinésithérapeutes occupent toute la place qu'ils méritent dans le parcours de soins de demain. Cela suppose que la kinésithérapie soit clairement reconnue comme une science médicale à part entière, synonyme de rigueur et d'excellence. Car à la base de notre action, il y a une exigence, celle d'offrir des soins dont les techniques sont fondées sur les données de la science. Loin de s'opposer à l'humanité et à la proximité qui caractérisent notre métier, l'approche scientifique de notre action constitue la meilleure garantie de la qualité des soins et de la sécurité des patients, dans le respect du code de déontologie.

Mais rappeler que la science est au cœur de la pratique de la kinésithérapie, c'est aussi rappeler l'importance d'une formation rigoureuse et sélective. Car seule une formation exigeante permettra de garantir un niveau de soins élevé, à la hauteur de la place qu'occupe déjà aujourd'hui la kinésithérapie dans le parcours de soin des Français. C'est pourquoi, à l'heure où mes confrères s'inquiètent des projets de réformes qui pourraient ébranler l'avenir de la

profession, nous appelons, plus que jamais, à la reconnaissance des études de kinésithérapie au grade de Master. Loin d'être une revendication corporatiste, il s'agit d'une revendication dans l'intérêt supérieur du patient, et d'une exigence, au service d'une politique de santé ambitieuse. Cet objectif, j'en suis sûre, nous le partageons avec la Ministre et ses équipes.

C'est dans cette logique que nous appelons également à la généralisation de la PACES pour à la fois s'inscrire dans une recherche d'excellence mais aussi préparer les futurs kinésithérapeutes à travailler en inter-professionnalité.

A l'inverse, rétrograder la reconnaissance des études de kinésithérapie au niveau Licence entrainerait non seulement une diminution de l'attractivité de la profession chez les jeunes, mais aussi un sentiment unanime de stigmatisation chez l'ensemble de nos confrères, et plus grave encore, cela reviendrait à isoler la kinésithérapie française au niveau international, en la coupant de la recherche, pourtant si essentielle à l'avenir d'une profession en perpétuelle évolution.

Comment en effet faire comprendre à un étudiant qui aurait fait cinq années d'études que son diplôme n'est reconnu qu'au niveau Licence quand la norme en France et à l'étranger est le Master ? Comment expliquer aux kinésithérapeutes de demain qu'ils ne bénéficient pas de la même reconnaissance que les autres professions de santé avec lesquelles ils seront amenés à travailler chaque jour ? Comment donner envie à des jeunes de s'orienter vers la kinésithérapie, tout en les privant de perspectives internationales ? Comment, enfin, maintenir la légitimité de nos confrères si demain n'importe qui peut ouvrir un cabinet n'importe quand du fait de la suppression du *numerus clausus* ?

Au-delà du statut de la kinésithérapie au sein des professions de santé en France, la reconnaissance internationale de la formation, son alignement sur les standards internationaux et l'accès à la recherche sont capitaux pour l'avenir de notre profession.

La France ne peut se recroqueviller sur elle-même et se couper du reste du monde.

Comme chez nos confrères médecins, la publication de travaux dans des revues scientifiques de haut niveau est essentielle à l'évolution de la profession et au développement de l'esprit critique pour le bon choix des pratiques.

Dévaloriser notre formation et refuser de voir la dimension scientifique de notre discipline, ce serait faire régresser la kinésithérapie quand l'Ordre se bat jour après jour pour promouvoir la démocratie sanitaire et s'ériger en protection contre les dérives thérapeutiques de pratiques médicales alternatives, voire ésotériques.

Loin d'être une fin en soi, la valorisation de notre discipline, et en particulier de sa formation, est pour nous avant tout un moyen.

Un moyen de renforcer l'excellence de notre pratique et de dessiner les contours de la kinésithérapie de demain.

Un moyen de contribuer à une kinésithérapie moderne et exigeante, ouverte sur le monde, qui travaille main dans la main, et en réciprocité, avec ses confrères étrangers dans le souci de faire progresser la discipline au niveau mondial. C'est pour inscrire la kinésithérapie dans cette perspective, celle d'une discipline scientifique à part entière, que nous vous avons rassemblés aujourd'hui.

Je tiens à remercier les intervenants qui ont accepté de répondre à cet appel et de participer à nos débats, et ce d'autant plus qu'ils ont des agendas particulièrement chargés en cette rentrée. Eminents universitaires, experts et représentants professionnels viendront ainsi nous éclairer sur le rôle central de la science en kinésithérapie. La qualité des intervenants qui nous font l'honneur de leur présence témoigne de l'intérêt grandissant du monde universitaire pour notre profession. Nous ne pouvons que nous en réjouir.

Avant de passer la parole au Directeur général de l'Offre de Soins, **Jean Debeaupuis**, avec lequel les équipes de l'Ordre ont le plaisir de travailler en toute confiance, je voudrais finir sur une note d'actualité positive qui vient démontrer toute la pertinence du choix de notre sujet de débat aujourd'hui.

Selon un sondage réalisé par Harris interactive auprès des Français, la reconnaissance de la kinésithérapie apparaît comme une évidence puisque près de 9 Français sur 10 souhaitent, ou sont favorables à la reconnaissance de la kinésithérapie comme une science afin d'« encadrer les pratiques et de contribuer à garantir la sécurité des soins » dispensés par les professionnels. Près de 9 Français sur 10 approuvent également la délivrance d'un diplôme de niveau Master. Vous savez que le sujet de la santé est une préoccupation principale des français, dois-je rappeler que la kinésithérapie est une profession de santé ?

Ces résultats ne vous surprendront pas mais vous pouvez en être fiers. Cela démontre une fois pour toute que la valeur ajoutée de la kinésithérapie n'est plus à démontrer : elle doit à présent s'accompagner d'une véritable reconnaissance au titre de science.

Enfin il convient de faire une différence entre les études d'un niveau insuffisant pour répondre aux besoins en santé publique et l'exercice sur le terrain qui s'est adapté à cette lacune parce que les professionnels ont de plus en plus recours à des formations post graduate pour ne pas se faire distancer par leurs confrères professionnels de santé avec lesquels ils travaillent en interdisciplinarité. Il est donc temps que la formation s'adapte à la réalité de l'exercice plutôt que l'inverse.

Prôner une approche raisonnée et consciencieuse de notre métier, synonyme de professionnalisme et d'intégrité, suppose d'ériger la kinésithérapie au rang de science !

Je vous remercie.

**Baignoires - Baignoires à hauteur variable - Bassins de rééducation
Piscines médicales - Spa - Chariot douche - Lit de Flottaison**



**Votre Partenaire Unique en équipements
d'Hydrothérapie et de Balnéo**



www.somethy.com - Tél : 04 67 22 36 62

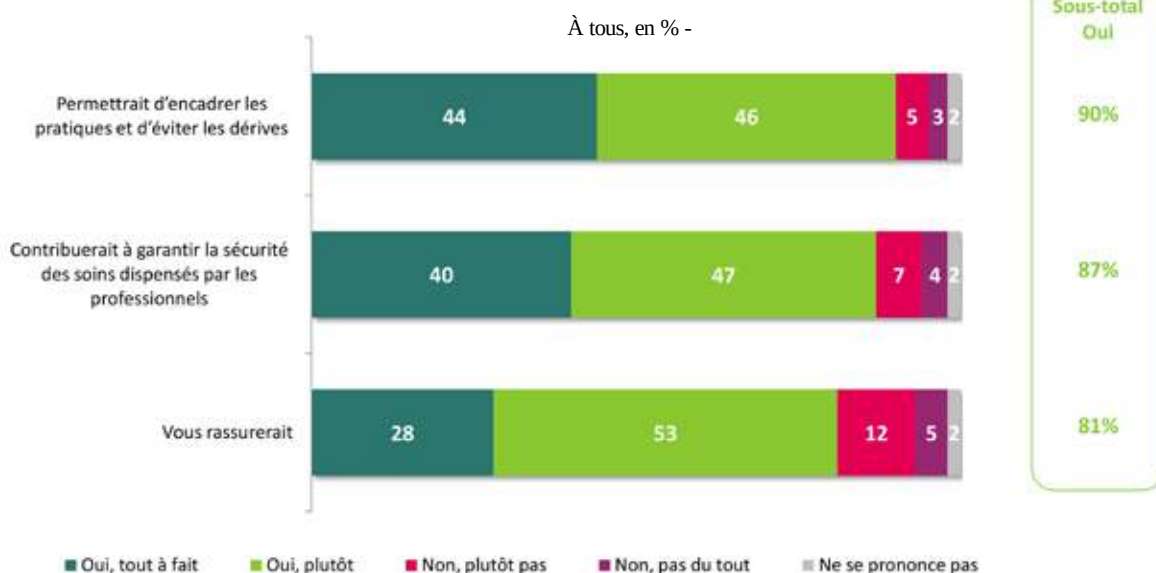
+ Par Philippe Goethals

La réforme de la formation des masseurs-kinésithérapeutes

Les Français jugent-ils efficaces le mode de formation actuel, ainsi que différentes pistes de réformes envisagées ?

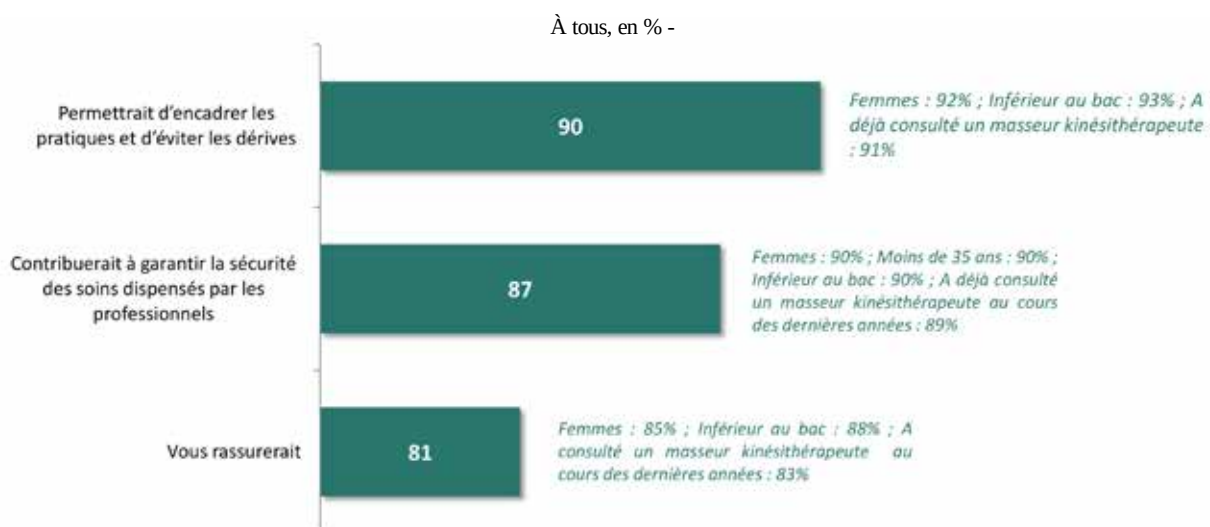
Entre huit et neuf Français sur dix adhèrent à des arguments en faveur d'une reconnaissance de la kinésithérapie comme une science médicale

Aujourd'hui la kinésithérapie demande à être reconnue comme une science médicale à part entière. Si ce statut de science véritable était reconnu par l'Université, diriez-vous que cela... ?



Les femmes indiquent davantage que la reconnaissance de la profession permettrait d'encadrer les dérives, de garantir la sécurité des soins et les rassurerait

Aujourd'hui la kinésithérapie demande à être reconnue comme une science médicale à part entière. Si ce statut de science véritable était reconnu par l'Université, diriez-vous que cela... ?





Avec La Médicale Sérénité,
la retraite est un sujet positif.

+3,70%*

TAUX 2013 DU FONDS EN EUROS MADELIN

CONTRAT ASSURANCE VIE MADELIN

- + UN COMPLÉMENT DE RETRAITE À VOTRE RYTHME
- + L'UN DES MEILLEURS TAUX DU MARCHÉ
- + LES AVANTAGES FISCAUX LOI MADELIN
- + RENTE FINALE À LA CARTE

CONTACTEZ DÈS À PRÉSENT VOTRE AGENT GÉNÉRAL LA MÉDICALE
APPLICATIONS IPHONE, ANDROID ET INFORMATIONS SUR **WWW.LAMEDICALE.FR**

* Taux annuel net de frais de gestion. Les prélèvements sociaux ne sont pas dus durant la période de constitution de l'épargne-retraite. Concernant les avantages fiscaux de la Loi Madelin, la limite de déduction correspond au plus élevé des deux montants suivants : 10 % du PASS ou 10 % du bénéfice imposable limité à 8 PASS, auxquels s'ajoutent 15 % supplémentaires sur la fraction du bénéfice imposable comprise entre 1 et 8 PASS. La Médicale Sérénité est un contrat collectif d'assurance sur la vie Loi Madelin de type multisupport à adhésion facultative souscrit par La Médicale Vie-Prévoyance auprès de Spirica. Spirica : SA au capital social de 68 042 327 Euros - Entreprise régie par le code des assurances - N° 487739963 RCS Paris. 50-56 rue de la Procession 75015 Paris. iPhone est une marque déposée par Apple Inc. Apple Store : service de téléchargement proposé par Apple Inc., titulaire de la marque enregistrée App Store. Android est une marque déposée par Google Inc. Google play : service de téléchargement proposé par Google Inc., titulaire de la marque Google Play. Les dispositions complètes du contrat figurent dans les conditions générales. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en janvier 2014. 01/2014 - Crédit photo : Masterfile



La médicale
assure les professionnels de santé

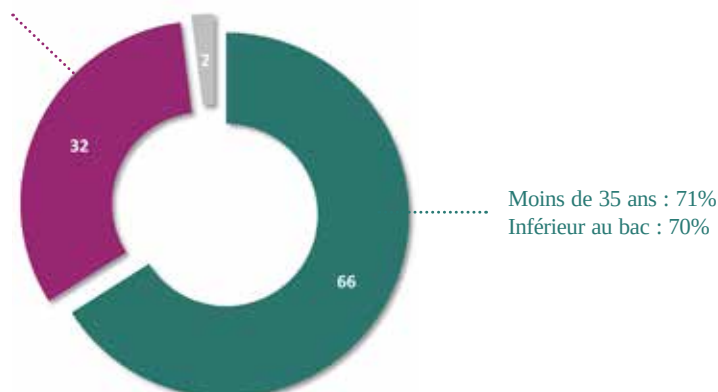
+ Par Philippe Goethals

Les deux tiers des Français jugent que la sélection des kinésithérapeutes via un « numerus clausus » doit être maintenue

Seuls un nombre limité d'étudiants sont acceptés chaque année pour suivre une formation de kinésithérapie (« numerus clausus »). Aujourd'hui, la plupart des étudiants en kinésithérapie (80%), passent par le concours de la première année de Médecine (PACES). Diriez-vous de ces processus de sélection que... ?

Homme : 34%
50-64 ans : 37%
Supérieur à bac+2 : 35%

À tous, en % -

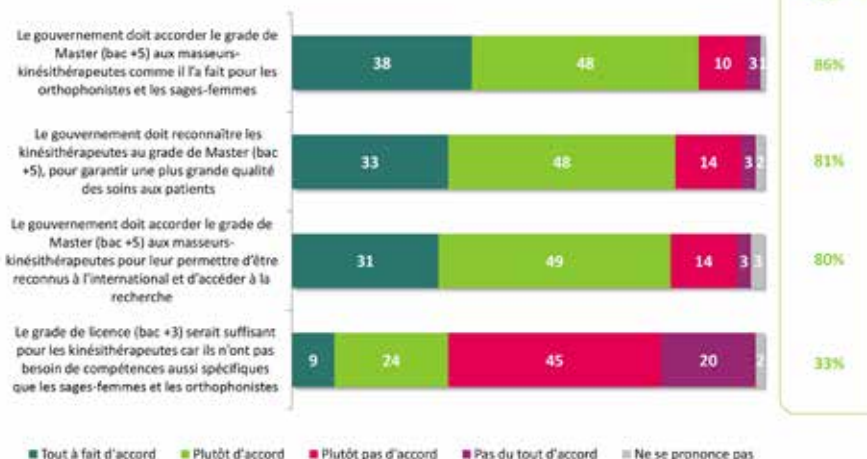


- Ils doivent être maintenus car ils garantissent la qualité des professionnels diplômés et des soins proposés aux patients
- Ils doivent être abandonnés car ils empêchent de nombreux étudiants d'accéder à la profession
- Ne se prononce pas

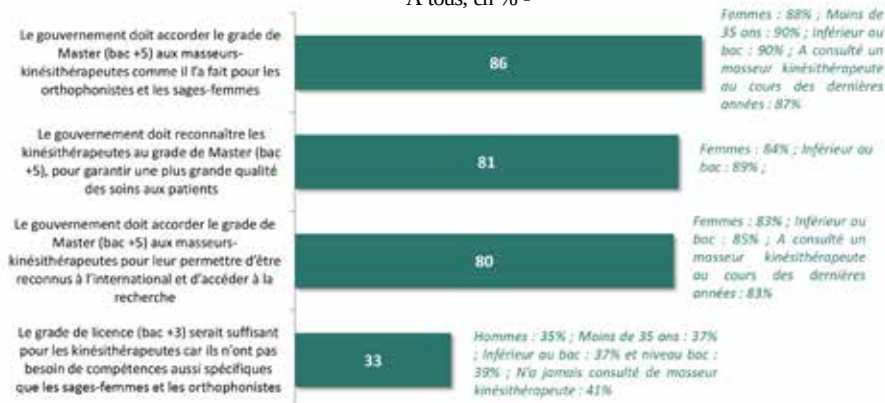
Les Français portent un regard globalement positif sur une réforme qui accorderait le grade de Master aux masseurs-kinésithérapeutes

Une réforme de la formation des masseurs-kinésithérapeutes est en cours. Voici différentes affirmations concernant la formation. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.

À tous, en % -



À tous, en % -



Les femmes et les personnes peu diplômées portent un regard davantage positif à l'égard de la formation des masseurs-kinésithérapeutes

Une réforme de la formation des masseurs-kinésithérapeutes est en cours. Voici différentes affirmations concernant la formation. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.

Enquête réalisée en ligne du 29 août au 1er septembre 2014

Echantillon de 1 815 personnes représentatif des Français âgés de 18 ans et plus

Méthode des quotas et redressement appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé(e).

Source : ©2014 Harris Interactive

Bien choisir sa formation !



Compte tenu de l'investissement nécessaire, que ce soit en terme de temps ou de coût, bien choisir sa formation est un élément important. De plus, l'environnement professionnel, avec la mise en place du DPC, à contribuer à la création d'une multitude d'organismes de formation continue parmi lesquels il est difficile de s'y retrouver. Voici quelques pistes pour vous aider dans vos choix, et pour ne pas être déçu au final.

QUELS SONT VOS OBJECTIFS ?



Qu'est-ce qui vous incite à rechercher une formation ? De la simple information à une formation «certifiante» il y a une large possibilité de solutions, avec des durées, des coûts, et un investissement personnel très variables :

- Le simple besoin d'**information** sur un thème très restreint
- La **réactualisation des connaissances et / ou des pratiques** dans un domaine ou dans une pathologie précise
- L'**acquisition de connaissance et de compétence** nouvelles dans un exercice spécifique que vous souhaitez développer
- Le besoin d'un **diplôme** ou d'un **certificat** pour justifier d'une « compétence » spécifique auprès d'un employeur, d'une société savante ou autres...
- Ou, plus pragmatique, la nécessité de satisfaire à son **obligation** annuelle de DPC !...

Vos objectifs clairement définis, en adéquation avec vos besoins et vos possibilités d'organisation il vous reste à choisir l'organisme, le formateur, le mode de formation et les possibilités de prise en charge.

LA PRISE EN CHARGE



De nombreuses formations peuvent être prises en charge soit par le FIF PL soit dans le cadre du DPC .

L'organisme qui propose une formation doit vous indiquer clairement si celle-ci bénéficie ou non d'une prise en charge, le montant précis de celle-ci, et les modalités administratives pour pouvoir en bénéficier. Très souvent les organismes les plus réputés, accompagnent les stagiaires dans ces démarches administratives de prise en charge.

Méfiez-vous de la simple mention : « **peut-être** » / ou « **susceptible** » d'être pris en charge au titre de la formation continue, qui est insuffisante et masque souvent l'absence d'une réelle prise en charge . Il ne vous sera alors possible que de déduire les frais occasionnés en frais professionnels. Il faut cependant que l'organisme ou le formateur possède un numéro de déclaration d'activité de formation professionnelle.

QUELS FORMATEURS ?



En formation continue, le besoin du professionnel est différent de celui de l'étudiant en formation initiale ; le formateur doit avoir une double compétence, d'une part une expertise « reconnue » dans le domaine et d'autre part un savoir-faire pédagogique. Le choix d'un formateur ou d'un autre, **pour une même thématique** est donc déterminant.

Le programme proposé doit être détaillé et doit préciser quel est l'intervenant. Une présentation, avec un mini CV de l'intervenant doit être consultable.

Il faut se méfier des formations ou une liste de formateurs potentiels est fournie, sans que l'on puisse savoir qui intervient réellement, au risque de ne pas bénéficier du formateur le plus « reconnu » ou du formateur que vous souhaitiez pour votre formation.

De même, la proposition de nombreuses formations, de domaines d'expertises très différents, avec le même formateur ne répond pas forcément à l'assurance de l'expertise « attendue » par le professionnel, de ce formateur dans tous ces domaines.

L'ORGANISME



Déjà cité précédemment, l'organisme de formation au-delà du formateur, contribue à la réussite à l'optimisation de votre formation ; que ce soit avant la formation, pour les différents renseignements sur les programmes, les formateurs, les prises en charge, ou au moment de la formation. Il faut donc privilégier des structures expérimentées, reconnues, disposant de véritables secrétariats, de locaux dédiés à la formation, permettant la réalisation de pratiques dans de bonnes conditions. N'hésitez donc pas, au préalable, à consulter les sites, les catalogues, les réseaux sociaux des différents organismes de formations.

De nombreux organismes bénéficient d'une **certification qualité**, sous une forme ou une autre, c'est pour les stagiaires un gage de qualité sur les prestations de formation délivrées, avec une démarche sur la satisfaction client.

Par ailleurs certaines formations sont proposées par des sociétés commerciales, sur des thématiques en rapport avec leurs gammes de produits. Bien qu'elles puissent être de qualité, en fonction de l'intervenant, il faut avoir à l'esprit que le discours est susceptible d'être « orienté » et qu'il peut exister des conflits d'intérêt. Une action de formation objective et de qualité doit se dérouler en l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé ou d'un matériel, identifié commercialement.

LE MODE DE FORMATION



Avec les progrès dans le domaine des nouvelles technologies, d'autres modes de formation que le classique **stage présentiel** sont désormais proposés par de nombreux organismes

L' e-learning :

En distanciel complet : module de formation en ligne accessible sur une plateforme que chacun peut faire à son rythme en fonction de son emploi du temps ; il faut cependant bien s'assurer de la qualité des contenus car on ne peut assimiler des simples diaporamas en lignes ou des conférences enregistrées à de l'e-learning !...

Les solutions mixtes (**blended Learning**) : certains modules en ligne, précèdent ou suivent une formation présentielle ; idéales pour des thématiques ou un temps d'acquisition, de régulation de pratique est nécessaire avec le formateur ; les parties théoriques les évaluation des connaissances et des pratiques étant faites sur des modules en lignes.

Ces solutions sont amenées à se développer à grande échelle dans un futur proche permettant de former un plus grand nombre de personnes.

Un « guide de bonnes pratiques » sur l'e-learning à l'usage des organismes de formation est d'ailleurs en cours d'élaboration à la HAS afin de préciser le cadre, l'organisation et les contenus nécessaires pour la conception de modules.

LABORATOIRES DALEMBERT
PARIS

à découvrir sur
www.materielmedical.fr



18 ans
de succès !

LE PLUS PUISSANT DES ANTI-DOULEURS DU MARCHÉ

**ARTROGEL AUX HUILES ESSENTIELLES NATURELLES
ET AUX 7 PRINCIPES ACTIFS**

Recommandé pour toutes les douleurs musculaires et articulaires.

En usage quotidien pour le bien-être articulaire.

Avant une préparation sportive afin de préparer les muscles à l'effort.

Après une activité physique pour une meilleure récupération plus rapide. En cas d'œdèmes et hématomes.

NOUVEAU : spécial jambes lourdes (à la silice organique)

Contient du menthol, des huiles essentielles de menthe poivrée, des extraits de préle riche en silice, des extraits de camphre, de l'huile essentielle de cajepout et des huiles essentielles de thym et romarin.

Renseignements sur www.materielmedical.fr
ou par téléphone au 0826 623 741

* Conditionnement :
• Tube 40 ml • Tube 125 ml • Pot 200ml • Flacon 500 ml avec pompe doseuse

Rencontre avec THIBAUT GUIRAUD



Thibaut Guiraud,
Docteur en Physiologie
de l'exercice, Responsable
de la Recherche -
Clinique Saint Orens,
Toulouse ; Chercheur
associé, INSERM 1048
équipe 8, Institut des
maladies métaboliques
et cardiovasculaires,
Toulouse.

LA CLINIQUE SAINT ORENS
Créé en 1988, cet établissement de santé est spécialisé en rééducation/réadaptation cardiaque, pulmonaire et vasculaire. Située au sud-est de Toulouse, la clinique assure une prise en charge globale des patients poly-pathologiques porteurs de multiples facteurs de risques comme le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité et le cholestérol avec une capacité d'accueil de 135 lits et places. Une équipe de recherche dédiée travaille sur l'optimisation des techniques de réentraînement à l'effort chez patients cardiaques et vasculaires.



LPG HUBER® 360

A QUOI SERT LA RÉADAPTATION CARDIO VASCULAIRE ?

En France, les maladies cardiovasculaires tuent une personne sur trois. A la suite d'un évènement cardiaque aigu (infarctus, décompensation cardiaque...), il est recommandé de poursuivre sa rééducation dans un établissement adapté car il a été démontré qu'un programme de rééducation diminue de 20 % le risque de rechute et de 25 % celui de la mortalité. Le programme est composé de l'optimisation du traitement médicamenteux, la prescription d'un plan d'activité physique adapté, l'éducation du patient liée aux saines habitudes de vie comme mieux manger, bouger et contrôler ses facteurs de risque, la réinsertion socioprofessionnelle.

QUEL EST L'INTERET DE LA TECHNOLOGIE HUBER EN RÉADAPTATION ?

La technologie HUBER® (LPG Systems) présente toutes les qualités requises pour être implémentée dans un programme de réadaptation : travail de l'équilibre, de la coordination, de l'endurance de force et amélioration de la composition corporelle. Outre ces performances indéniables, l'aspect ludique de HUBER® pourrait nous permettre de lutter contre la faible adhésion à l'activité physique. En d'autres termes, nous pensons que HUBER® peut remotiver le patient à pratiquer une activité physique.

POURQUOI AVEZ-VOUS FAIT UNE ÉTUDE AVEC HUBER® ?

L'impact et les bénéfices du système HUBER® n'avaient jamais été évalués chez des patients présentant une maladie chronique telle que la maladie coronarienne. C'est pourquoi, nous avons décidé avec l'équipe médicale du service de cardiologie (Dr Marc Bousquet et Dr Lisa Richard) de mener une étude en partenariat avec la Société LPG Systems intitulée : « Etude de l'innocuité de la technique Huber dans les populations symptomatiques et évaluation de son efficacité sur la santé cardiovasculaire dans un programme de réadaptation cardiaque ». Cette étude a fait l'objet d'une collaboration avec le CHU de Toulouse et le CHU de Dijon.

QUEL ÉTAIT L'OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE ?

L'objectif de cette étude était d'une part, d'évaluer les réponses cardiovasculaires et pulmonaires des patients cardiaques (post

syndrome coronarien aigu) lors d'une séance sur HUBER® (phase 1) et d'autre part, de valider si son utilisation répétée associée aux autres exercices de réadaptation, impacte positivement la santé cardiovasculaire (phase 2).

QUELS SONT LES RÉSULTATS ?

Pour des exercices équivalents à 70% de la contraction maximale volontaire, HUBER® permet au patient de travailler à environ 35% de VO₂max (marche modérée) associé à un très bon confort ventilatoire. De plus, aucun patient ne s'est plaint de douleurs musculaires, malgré traitement par statines et aucun trouble du rythme cardiaque ni poussée tensionnelle n'ont été constatés. L'innocuité cardiovasculaire, pulmonaire et musculaire des séances d'exercice sur le dispositif HUBER® a donc pu être démontrée chez des patients coronariens. Ces résultats ont été publiés dans la revue scientifique « American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation » en août dernier*. Dans un deuxième temps, nous avons comparé deux groupes de patients qui ont bénéficié d'un programme complet (15 séances), supervisé par un kinésithérapeute, soit sur HUBER® soit à l'aide de renforcement musculaire classique sur appareils à la même intensité. La supériorité de HUBER® a été observée sur l'amélioration de la composition corporelle (perte de masse grasse de 1.1 kg), de l'aptitude physique (VO₂ max : +21%) et de la fonction endothéliale (vasomotricité des artères : +12%).

De ce fait, on peut constater que HUBER® est plus efficace que les exercices de musculation traditionnels tout en étant beaucoup plus ludique.

POUR CONCLURE ?

Faire de l'exercice sur HUBER® est efficace et sécuritaire sur le plan de la santé cardiovasculaire et son caractère « all in one » renforce son intérêt en réadaptation des maladies chroniques.

*Whole-Body Strength Training Using a Huber Motion Lab in Coronary Heart Disease Patients: Safety, Tolerance, Fuel Selection, and Energy Expenditure Aspects and Optimization. Guiraud T, Labrunée M, Pillard F, Granger R, Bousquet M, Richard L, Boned A, Pathak A, Gayda M, Gremaux V. Am J Phys Med Rehabil. 2014 Aug 28.



PRESSÉ(E) DE
COMMENCER DE
NOUVEAUX PROJETS
PROFESSIONNELS ?
SI LES SYMPTÔMES PERSISTENT,
PARLEZ-EN À VOTRE
CONSEILLER CMV MÉDIFORCE

Création : lecaméléon - Crédits photo : © Thinkstock



Découvrez nos solutions de financement :

- > Immobilier/Travaux
- > Développement d'activité
- > Véhicule professionnel
- > Trésorerie
- > Matériel médical

En vous connectant sur www.cmvmediforce.fr

ou grâce à nos conseillers à votre écoute au **N° Vert 0 800 13 12 84**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Offre sous réserve d'étude et d'acceptation par CMV Médiforce.

CMV Médiforce – SA au capital de 7 568 120 € - 123, rue Jules Guesde – 92683 Levallois-Perret Cedex.
Siège Social : 1 bd Haussmann – 75009 Paris - RCS Paris 306 591 116 – N° Orias 07 02 88 60
(www.orias.fr). Établissement de Crédit Soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,
61 rue Taitbout 75009 Paris.



Comment mettre en évidence le long palmaire (palmaris longus) ?

RÉSUMÉ

Nous avons trouvé dans la littérature 15 tests mettant en évidence le long palmaire, également appelé palmaris longus (PL), dans la nomenclature internationale. Il est décrit comme un fléchisseur accessoire du poignet. Il présente la caractéristique anthropologique d'être inconstant. Sa variabilité est très élevée selon les espèces et même au sein des différentes populations humaines. Certains tests jouent sur la flexion du poignet ou des doigts, de façon à faire saillir directement le PL contracté ou les muscles fléchisseurs adjacents. Les uns étirent l'aponévrose palmaire pour mettre le PL en tension par sa terminaison distale, tandis que d'autres jouent sur la composante d'abduction du pouce, à laquelle le PL participe. Certains tests cumulent plusieurs composantes. Le thérapeute se doit de connaître le PL et de savoir le repérer, non seulement dans le cadre de l'évaluation manuelle de la force musculaire mais aussi pour ne pas le confondre avec d'autres tendons, lors d'un repérage de la région du poignet.

Niveau de preuve. – Non adapté.

INTRODUCTION

Le long palmaire, appelé palmaris longus (PL) dans la nomenclature internationale, est un muscle superficiel de la loge antérieure de l'avant-bras décrit comme un fléchisseur accessoire, du poignet sur l'avant-bras ^[1] parfois considéré comme négligeable ^[2,3].

Le PL participe également à l'abduction du pouce par l'expansion de son tendon distal sur la partie superficielle du court abducteur du pouce ^[4,5].

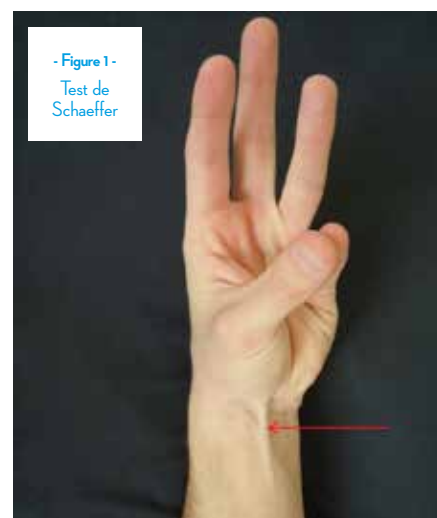
En revanche, son absence n'influe pas sur la force de préhension ^[3]. Le PL a la particularité d'être inconstant en forme ^[6] et en nombre, avec un taux d'absence globale de 20,25 % dans la population mondiale, mais ce taux est extrêmement variable suivant l'ethnie considérée ^[7] : de 63,9 % chez les Turcs ^[8] à 1,5 % dans la population de l'Afrique de l'Est ^[9]. Cette variabilité est dite évolutive, c'est-à-dire qu'elle découle de l'adaptation du muscle à de nouvelles fonctions ^[10]. Les données statistiques concernant sa répartition sont contradictoires, toutefois il apparaît qu'il n'existe pas de relation entre l'absence de PL et le sexe ou l'âge, que les absences unilatérale et bilatérale ne présentent pas de différence significative. Son absence à gauche est plus fréquente qu'à droite ^[7]. Certains auteurs le décrivent comme étant plus absent du côté non dominant ^[11], d'autres ne retrouvent pas de différence suivant la latéralité ^[12-14].

Le PL est fréquemment utilisé en chirurgie reconstructrice et ophtalmologique ^[15] comme banque tendineuse car il possède un long tendon qui autorise une bonne revascularisation.

Le thérapeute se doit de le connaître et de savoir le repérer pour l'évaluation manuelle de la force musculaire mais aussi pour ne pas le confondre avec d'autres tendons lors d'un repérage de la région du poignet.

ANATOMIE

Le PL a été décrit pour la première fois en 1559 ^[16]. C'est un muscle superficiel qui prend son origine sur l'épicondyle médial de l'humérus au



niveau du tendon commun des épicondylaires médiaux, sur le septum intermusculaire le séparant des muscles adjacents et le fascia antébrachial ^[17,18]. Il chemine vers le bas et légèrement en dehors, entre le fléchisseur ulnaire du carpe en dedans, le fléchisseur radial du carpe en dehors et le fléchisseur superficiel des doigts en arrière ^[1]. Il présente un corps charnu fusiforme court qui se prolonge par un long tendon aplati d'avant en arrière ^[19]. Il se termine en bouquet au poignet, à la face antérieure de la partie moyenne du rétinaculum des fléchisseurs, et se confond avec l'aponévrose palmaire ^[1,17,19]. Il envoie, parfois, une expansion aux muscles thénariens ^[17]. Testut lui décrit un tendon terminal bifide : le faisceau médial, plus volumineux, se confond avec l'aponévrose palmaire, et le faisceau latéral s'attache aux muscles thénariens, principalement sur les fibres superficielles du court abducteur du pouce ^[18].

Kapandji lui décrit une terminaison sur le rétinaculum des fléchisseurs ainsi qu'à la face profonde du derme de la paume de la main par quatre bandelettes pré-tendineuses ^[20]. Ses insertions supérieure et inférieure sont sujettes à des variations anatomiques importantes : le PL peut parfois s'insérer sur les os, muscles, et ligaments adjacents ^[6]. Le PL est innervé par un rameau du nerf médian qui le longe en dedans et en arrière ^[18], de racines C6-C7-C8 (2) ou C7-C8 seulement ^[17]. Le PL fléchit la main sur l'avant-bras et tend l'aponévrose palmaire ^[1,17,18,19,21]. Certains lui décrivent une participation à l'abduction du pouce par son expansion terminale latérale ^[4,5].

En partenariat avec

Kinésithérapie
la revue

Extrait du N°152-153
août-sept. 2014





Fabricant français de tables de kinésithérapie & machines de rééducation fonctionnelle



Table 3 plans
réf. PR-50



Table 2 plans
réf. CREA-150



Nouveauté !
Presse horizontale mixte
à charge latérale
réf. 7364



Fauteuil de rééducation du genou
réf. 7336

Découvrez notre nouvelle presse mixte à charge latérale, répondant parfaitement aux besoins de rééducation en chaîne fermée. Plus compacte, cette presse saura vous séduire par ses fonctionnalités. Le plateau pieds inclinable, le réglage de l'amplitude en extension et la possibilité de charges intermédiaires sont autant d'innovations issues de vos réflexions. Forte de son succès, notre presse mixte à charge frontale reste toujours disponible !

Télécharger nos catalogues sur : www.design-corporel.com

Par Simon Villars et Bernard Petitdant

PALPATION

Quinze tests ont été décrits pour attester de la présence du PL. Certains tests jouent sur la flexion du poignet ou des doigts, de façon à faire saillir directement le PL contracté ou les muscles fléchisseurs adjacents. D'autres étirent l'aponévrose palmaire pour mettre le PL en tension par sa terminaison distale, tandis que d'autres jouent sur la composante d'abduction du pouce, à laquelle il participe. Certains tests cumulent plusieurs composantes.

• **Test de Schaeffer** : Le test de Schaeffer est le premier test à avoir été décrit, en 1909, pour la mise en évidence du PL. Le sujet doit faire toucher les pulpes du pouce et du doigt V en légère flexion de poignet, de façon à mettre en tension l'aponévrose palmaire donc le PL, sous l'action conjuguée des thénariens et des hypothénariens ^[1,22] (Fig. 1).

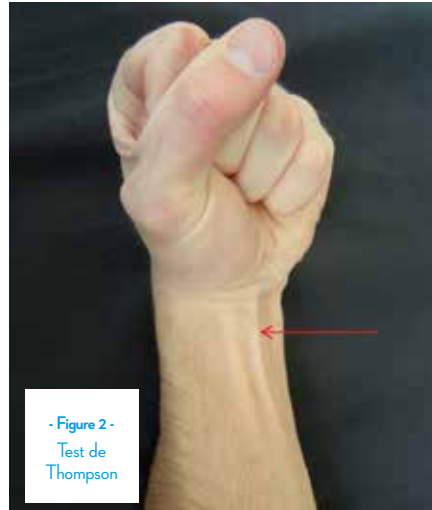
• **Test de Thompson** : C'est chronologiquement le second test à avoir été décrit en 1921. Il consiste à fermer le poing en flexion de poignet pour faire ressortir tous les muscles fléchisseurs du poignet et des doigts ^[23] (Fig. 2).

• **Manoeuvre de Heffez** : Heffez préconise de fléchir le doigt II contre résistance. La contraction du chef correspondant du fléchisseur superficiel des doigts va creuser une dépression le long du bord ulnaire du PL et le faire ressortir ^[24] (Fig. 3).

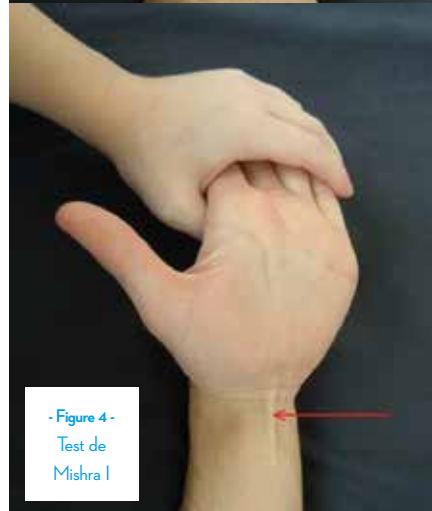
• **Test de Mishra I** : En 2001, Mishra propose un test de mise en tension de l'aponévrose palmaire : le poignet et les doigts du sujet sont placés passivement en hyperextension par l'examineur. Le sujet doit alors amener le poignet en flexion. La tension de l'aponévrose palmaire par l'hyperextension passive, combinée à la flexion de poignet fait ressortir le PL s'il est présent ^[22] (Fig. 4).

• **Test de Mishra II** : Mishra a proposé un second test, basé sur l'abduction du pouce. Il s'agit d'une abduction du pouce résistée, en légère flexion de poignet ^[22] (Fig. 5).

• **Test de Pushpakumar** : Il s'agit d'un test mettant en jeu les 3 composantes du PL. Le patient doit étendre ses doigts II et III en pliant son



- Figure 2 -
Test de
Thompson



- Figure 4 -
Test de
Mishra I

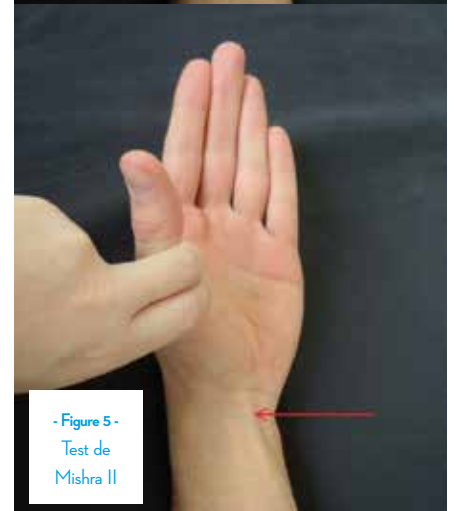
pouce sur les doigts IV et V fléchis. La flexion de poignet augmente la visibilité du PL ^[25] (Fig. 6).

• **Test de Mahajan** : Ce test décrit sous le nom de finger fan-out method, est proche du test de Mishra I : le patient doit écarter au maximum tous les doigts en extension, en gardant le poignet légèrement fléchi ^[26] (Fig. 7).

• **Closed fist sign** : Bhattacharya et Raveendra Reddy décrivent, en 2005, 4 nouvelles



- Figure 3 -
Manoeuvre
de Heffez



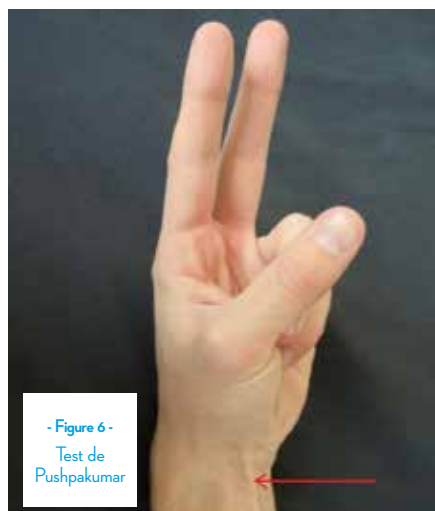
- Figure 5 -
Test de
Mishra II

manoeuvres, dont le closed fist sign, similaire au test de Thompson ^[27].

• Open hand sign

La seconde méthode décrite par Bhattacharya et Raveendra Reddy, ne diffère en rien du test de Mahajan ^[27].

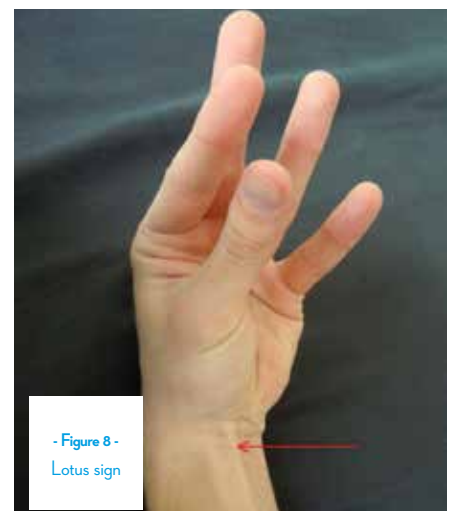
• **Lotus sign** : C'est la troisième méthode de Bhattacharya et Raveendra Reddy, dans laquelle le patient fléchit le poignet en supination et fléchit



- Figure 6 -
Test de
Pushpakumar



- Figure 7 -
Test de
Mahajan



- Figure 8 -
Lotus sign

EST FIER D'ACCOMPAGNER **RENAUD LAVILLENIE** **RECORDMAN DU MONDE 6,16 M**

«La précision et la puissance de la technologie développée par Human Tecar® me permettent d'optimiser énormément mon efficacité dans la récupération et l'accompagnement quotidien de Renaud.»

Dimitri GRATIA

kinésithérapeute de Renaud Lavillenie

www.humantecarfrance.fr



Partenaire officiel 2014



easytech

L'ISOCINÉTISME
Concentrique - Excentrique
À PRIX ABORDABLE

www.elitemedicale.fr



Amiens ☎ 03 22 67 54 54 ✉ direction@elitemedicale.fr
Importateur exclusif France Human Tecar, EasyTech

Partenaire : Médi Pro Nice ☎ 04 93 80 35 20 ✉ accueil@medi-pro.fr



recommandé par la Fédération Française de Basket-Ball



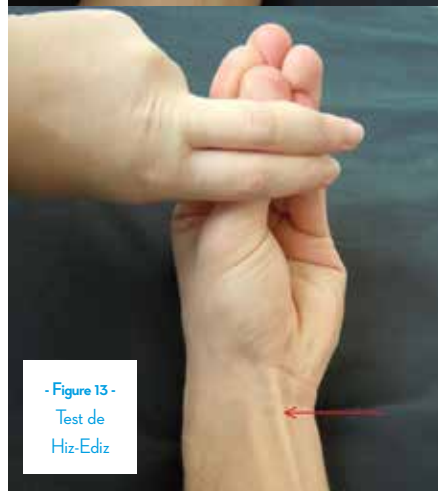
+ Par Simon Villars et Bernard Petitdant



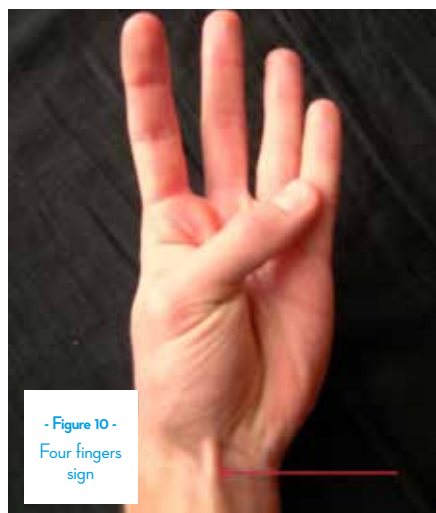
- Figure 9 -
Flexion de
poignet



- Figure 11 -
Test de
Gangata



- Figure 13 -
Test de
Hiz-Ediz



- Figure 10 -
Four fingers
sign



- Figure 12 -
Test de
Schaeffer
modifié

patient oppose la pulpe de son pouce au plus près de la métacarpophalangienne du doigt V, les autres doigts étant tendus. Cette méthode joue sur l'abduction du pouce et la tension de l'aponévrose palmaire ^[28] (Fig. 10).

• **Test de Gangata** : En 2009, Gangata propose un test qui combine la flexion des doigts à l'abduction du pouce : le patient place ses mains en supination tandis que l'examineur résiste à la flexion des doigts à la face palmaire des phalanges et à l'abduction du pouce en regard de la métacarpophalangienne ^[9] (Fig. 11).

• **Test de Schaeffer modifié** : En 2011, Sankar et al. modifient le test classique de Schaeffer en y ajoutant une mise en tension de l'aponévrose par la mise en extension passive des doigts II, III et IV lors de la manœuvre d'opposition du pouce et du V ^[29] (Fig. 12).

• **Test de Hiz-Ediz** : Dans ce test, les auteurs proposent de regrouper les pulpes des 5 doigts en opposant une résistance manuelle à la flexion, permettant ainsi de jouer sur les composantes d'abduction du pouce et de flexion du poignet et des doigts ^[27,30] (Fig. 13).

CONCLUSION

Recourir à un ou plusieurs de ces tests peut aider le thérapeute à mettre en évidence le PL pour l'évaluation manuelle de la force musculaire et pour ne pas le confondre avec d'autres tendons de la région du poignet lors d'un repérage morphologique.

RÉFÉRENCES

- [1] Dufour M. Anatomie de l'appareil locomoteur, tome II : membre supérieur, 2e éd., Paris: Masson; 2007, ISBN: 978-2-294-08056-2 [448 p.].
- [2] Mbaka GO, Ejiwunmi AB. Prevalence of palmaris longus absence – a study in the Yoruba population. *Ulster Med J* 2009;78(2):90–3.
- [3] Sebastião SJ, Lim AYT, Bee WH, Wong TCM, Methil BV. Does the absence of the palmaris longus affect grip and pinch strength? *J Hand Surg* 2005;30(4):406–8.
- [4] Gangata H, Ndou R, Louw G. The contribution of the palmaris longus muscle to the strength of thumb abduction. *Clin Anat* 2010;23:431–6.
- [5] Marzke MW. Origin of the human hand. *Am J Phys Anthropol* 1971;34:61–84.
- [6] Testut L. Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée, leur importance en anthropologie. Paris: Masson; 1884 [844 p.].
- [7] Yammine K. Clinical prevalence of palmaris longus agenesis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Anat* 2013;26:709–18.
- [8] Ceyhan O, Mavt A. Distribution of agenesis of palmaris longus muscle in 12 to 18 years old age groups. *Indian J Med Sci* 1997;51:156–60. <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?1997/51/5/156/11522> (page consultée le 20/10/2013).
- [9] Gangata H. The clinical surface anatomy anomalies of the palmaris longus muscle in the black African population of Zimbabwe and a proposed new testing technique. *Clin Anat* 2009;22:230–5.
- [10] Paumard P. Approche théorique : valeurs et significations des différentes variations musculaires sur le plan évolutif. *Kinesither Rev* 2007;65:16–8.
- [11] Erić M, Kopriváček, Vučić N, Radić R, Krivoková D, Lekšan I, et al. Prevalence of the palmaris longus in relation to the hand dominance. *Surg Radiol Anat* 2011;33:481–4.
- [12] Kyung DS, Lee JH, Choi IJ, Kim DK. Different frequency of the absence of the palmaris longus according to assessment methods in a Korean population. *Anat Cell Biol* 2012;45: 53–6.
- [13] Saltani AM, Peric M, Francis CS, Nguyen TTJ, Chan LS, Ghiassi A, et al. The variation in the absence of the palmaris longus in a multiethnic population of the United States: an epidemiological study. *Plast Surg Int* 2012;1–4. [Article ID 282959] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503284/>.
- [14] Roouf HA, Kader GA, Jaradat A, Dharap A, Fadel R, Salem AH. Frequency of palmaris longus absence and its association with other anatomical variations in the Egyptian population. *Clin Anat* 2013;26:572–7.
- [15] Thompson NW, Mockford BJ, Cran GW. Absence of the palmaris longus muscle: a population study. *Ulster Med J* 2001;70(1):22–4.
- [16] Colombo R. De re anatomica libri. Venise, Nicolai Bevilacqua; [169 p.] 1559 Accessible avec le lien : <http://www.gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k605953>.
- [17] Williams PL, Warwick R. Gray's anatomy, 36e éd., New York: Churchill Livingstone; 1980, ISBN: 978-0-443-01505-2 [1111 p.].
- [18] Testut L. Traité d'anatomie humaine : anatomie descriptive – histologie – développement, tome III : myologie, 3e éd., Paris: Octave Doin; 1896 [1022 p.]. [19] Sappey PC. Traité d'anatomie descriptive, tome II : myologie, 4e éd., Paris: Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier; 1888 [854 p.].
- [20] Kapandji IA. Physiologie articulaire, fascicule 1 : membre supérieur, 1e éd., Paris: Maloine; 1963 [205 p.].
- [21] Richer P. Anatomie artistique : description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements. Édition fac-similée : bibliothèque de l'image; 1996, [270 p.].
- [22] Enye IA, Saolu LC, Osinubi AA. The prevalence of agenesis of palmaris longus muscle amongst students in two Lagos-based medical schools. *Int J Morphol* 2010;28(3):849–54.
- [23] Thompson JW, McBatts J, Danforth CH. Hereditary and racial variations of the musculus palmaris longus. *Am J Phys Anthropol* 1921;4(2):205–20.
- [24] Heffez A. Le petit palmaire chez les Égyptiens. Bulletins et mémoires de la Société d'anthropologie de Paris 10e série 1951;11(4–6):177–81. Accessible avec ce lien : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/bmsap_0037-8984_1951_num_2_4_2893 (page consultée le 22/10/2013).
- [25] Pushpakumar SB, Hanson RP, Carroll S. The "two finger" sign. Clinical examination of palmaris longus (PL) tendon. *Br J Plast Surg* 2004;57:184–5.
- [26] Mahajan AL. The "fingers fan-out" sign: stick out your palmaris longus even better! *Br J Plast Surg* 2005;58:278–9.
- [27] Bhattacharya V, Raveendra Reddy G. The palmaris longus tendon – rationality of the finger manoeuvres. *Br J Plast Surg* 2005;58:419–21.
- [28] Oudit D, Crawford L, Juma A, Howcroft A. The "four-finger" sign: to demonstrate the palmaris longus tendon. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:691–2.
- [29] Sankar KD, Bhanu PS, John SP. Incidence of agenesis of palmaris longus in the Andhra population of India. *Indian J Plast Surg* 2011;44(1):134–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/art-les/PMC3111105/> [page consultée le 29/10/2013].
- [30] Hiz GO, Ediz L, Ceylan MF, Geziç E, Gülçü E, Erden M. Prevalence of the absence of palmaris longus muscle assessed by a new examination test (Hiz-Ediz test) in the population residing in the area of Van, Turkey. *J Clin Exp Invest* 2011;2(3):254–9.

les métacarpophalangiennes de tous les doigts, interphalangiennes tendues, de manière à former un cône à sommet palmaire ^[27]. Ce test joue sur la flexion de poignet et des doigts et l'abduction du pouce (Fig. 8).

• **Flexion de poignet résistée** : Bhattacharya et Raveendra Reddy proposent une dernière méthode, qui consiste en une flexion de poignet résistée directement par l'examineur au niveau du talon de la main ^[27] (Fig. 9).

• **Four fingers sign** : Oudit et al. décrivent en 2005 une manœuvre dite « des 4 doigts » : le

Rééduquer
en toute sécurité

PHYSIO • CARDIO • NEURO

** Conditions générales de vente disponibles sur simple demande. Document non contractuel.



**GARANTIE
5 ANS**
sur tous nos
MATERIELS

**NOUVEAU
DESIGN**

Tapis Premium
Gamme kinésithérapeute
Robuste, fonctionnel
et simple d'utilisation

NOUVEAU

Arceau de sécurité
pour tapis PHYSIO et CARDIO



+ Par Nadège Leclerc

«Davaille*» à Stepanakert ça marche !

La République du Haut-Karabagh est une enclave arménienne auto proclamée indépendante en 1991. Pour avoir une idée, ce pays est deux fois plus grand que le Cantal avec un peu moins d'habitants que la ville de Grenoble. A ses frontières avec l'Azerbaïdjan, c'est un état de tension constant, mais la trêve règne depuis le cessez le feu signé en 1994. Cet été, nous fûmes à deux doigts de connaître une nouvelle guerre.

Sahel qui m'a offert
des fleurs pour me
remercier de la visite



J'étais arrivée depuis une dizaine de jours et étais surprise de voir tant de militaires dans les rues. Puis, les gens ont commencé à faire le silence en écoutant la radio, les propos sur la guerre revenaient

dans les conversations, avec des mimes de fusillades par les hommes que je comprenais. Le dimanche 10 août, j'étais invitée à un rolivatse (barbecue) et les génats (le fait de trinquer) ont démarré par le souhait « que nos enfants ne connaissent jamais la guerre ». Du jour au lendemain, la guerre pouvait éclater et je devrai alors rentrer. Puis les tensions sont redescendues, pour retrouver le calme. Etrange début de mission.

Voici donc le décor, qui est tout inhabituel, pour Kinés du Monde puisque nous œuvrons dans le développement humanitaire, dans des situations dites stables. Et le projet ?



Sahel, dans sa ferme,
vit avec sa femme
et ses parents

Le programme a démarré en juin 2013 avec comme partenaire le centre Lady Cox, le seul centre de rééducation du pays. Imaginez-vous des kinés à l'hôpital de Stepanakert, la capitale. C'est une première ! Grâce à Vincent et Fanny, kinés, expatriés volontaires précédents, des visites régulières ont été mises en place dans le service de réanimation (kiné respiratoire) et de neurologie. Ce sont les physios du centre qui se libèrent pour les effectuer. En octobre 2014, une formation de 12 rééducateurs a démarré dans le centre. Ils prendront leurs postes en août 2015 ; les premiers, dans 4 hôpitaux du pays, grâce à un partenariat avec le Ministère de la Santé. C'est une avancée certaine dans la reconnaissance de la rééducation dans le pays ! De même à présent, une fois par mois, un chirurgien orthopédiste et un neurologue viennent au centre pour des consultations internes, afin d'échanger avec le médecin et les physio. Une pédiatre devrait bientôt se joindre à eux aussi.

Le volet formation des thérapeutes du centre se poursuit. Etant ergothérapeute, c'est sur un versant plus fonctionnel, lié aux activités du quotidien que je les accompagne. Ce matin, je leur ai montré la réalisation d'un bracelet métacarpien, pour Kareem, un patient tétraplégique qu'ils ont en soins depuis quelques années une fois par an. Il mange avec l'aide d'une personne ou bien, en tenant la cuillère, en étai, entre ses 2 mains. Lundi, il est prévu une autonomie toilette avec Laura, une femme hémiplegique depuis 2 mois. Cette activité est nouvelle car ici, les familles prennent le relais, c'est même un devoir. La culture de la famille est primordiale, il n'est pas concevable de laisser son proche se débrouiller seul après un accident, une maladie... Parfois, ils vont au devant du moindre besoin, ce qui est antinomique avec l'indépendance travaillée en rééducation. Il faut donc proposer, expliquer, montrer pour espérer convaincre que c'est possible.

La première autonomie toilette, je l'ai faite avec Anoush, une jeune femme hémiplegique depuis 10 ans. 10 ans que sa mère la lavait

chaque matin, et à présent, elle fait seule, lentement mais seule. Ou bien, Babou, une vieille dame hémiplegique gauche suite à un AVC en juin dernier qui n'arrive pas à s'habiller du fait de troubles praxiques.



Edick, aidé de Vardan
et de sa femme,
en fauteuil, pour
remonter chez lui
(l'élévateur installé
est en panne)

Mais ici, les physio ne rééduquent pas ce genre de trouble, c'est la famille qui vient habiller leur « babou » (qui signifie affectueusement, grand-mère en russe). J'ai donc abordé les troubles des fonctions cognitives, en cours théoriques. Pour illustrer mes propos, j'essaye au maximum de filmer les patients, les situations rencontrées.

C'est toute une approche nouvelle de la rééducation que je tente d'enseigner par cette mission. Je suis ravie de participer à ce projet qui m'offre aussi de petites victoires et de sympathiques moments comme ceux raconter au dessus...et cela, grâce à tous ceux qui soutiennent Kinés du Monde !

Merci de nous aider et de participer aux programmes de formation auprès :

- des pays en développement,
- des structures types centres de rééducation ou orphelinats,
- des personnes en situation de handicap, essentiellement des enfants.

Soutenez nos actions et choisissez la formule qui vous correspond : adhérer, faire un don, parrainer, acheter des articles de soutien sur la boutique en ligne de Kinés du Monde !
www.kines-du-monde.org



Association Humanitaire et Solidaire
des **Rééducateurs en Mouvement**
FORMER POUR MIEUX SOIGNER

Depuis 1987, nous délivrons des formations au personnel de réhabilitation demandeur, assurant la prise en charge des personnes en situation de handicap.



Agenda de poche 2015
format 8,5cm x 16cm
orange
de 7h00 à 19h00
grille à l'heure
20€



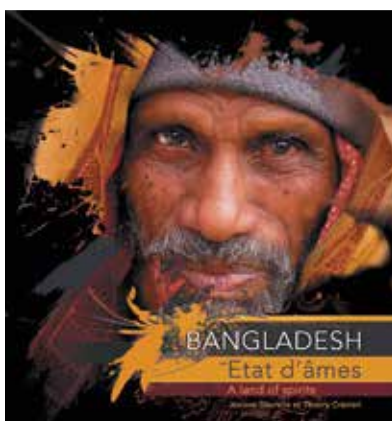
Agenda classique 2015
format 19cm x 26,5cm
rouge ou indigo
de 7h00 à 21h00
grille à la demi-heure
35€



Agenda pro 2015
format 24cm x 31,5cm
vert anis ou framboise
de 7h00 à 20h45
grille au quart-d'heure
42€



Peluche Perroquet
hauteur assis 13cm
yeux brodés
bandana Kinés du Monde
cadeau Noël enfant/adulte
25€



Livre Bangladesh
format 22cm x 23cm
146 pages
découverte et rencontre
cadeau Noël ado/adulte
27€



Carnet de 8 timbres
affranchissement 20g
validité permanente
timbres autocollants
lettre prioritaire
14€



100 cartons de RDV
20 rendez-vous/carton
emplacement cachet
format plié 10,5 x 7,4cm
« formation plâtre »
19€



Vos achats financent nos actions.
Plus qu'un produit, un SOUTIEN !

Choisissez vos articles pour
Votre Shopping Solidaire sur :
www.kines-du-monde.org



Vos coordonnées
(ou cachet professionnel)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Tarifs valables jusqu'au 31 juillet 2015, sauf promotion.
* pour la France métropolitaine uniquement, autre nous consulter.

Article et/ou Lot [FMT décembre 2014]		Taille	Couleur Modèle	Qté	Prix Unitaire	Montant	
Montant total des articles							
* FRAIS de PORT	Pour <u>2 articles maximum</u> parmi caducée, porte-caducée, enveloppes pré-timbrées, carnet de timbres et agenda de poche.					RAYER les mentions inutiles	2,00 €
	Pour les articles de la formule ci-dessus (au-delà de 2), ou agendas classique / professionnel, ou cartons de RdV, ou lampe d'ambiance. Ces articles dans la <u>limite de 42€</u> de commande (hors port).						7,00 €
	Pour tous textiles et/ou autres articles ou toute commande <u>supérieure à 42€</u> (hors port).						10,00 €
Don ou Adhésion (adhésion à 46€ ; 23€ pour les étudiants)							
TOTAL COMMANDE (je joins un chèque du montant correspondant)							

RAYER les mentions inutiles



Kinésithérapeutes du Monde

14 rue Colbert - 38000 Grenoble - France | tél : +33 (0)4 76 87 45 33 | e-mail : kdm.siegesocial@kines-du-monde.org | www.kines-du-monde.org

+ Par Philippe Goethals



Les patients aiment-ils leur médecin ?

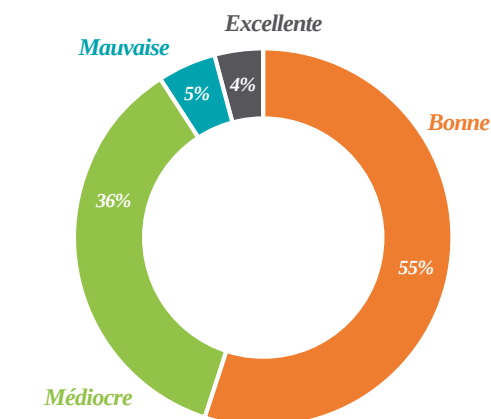
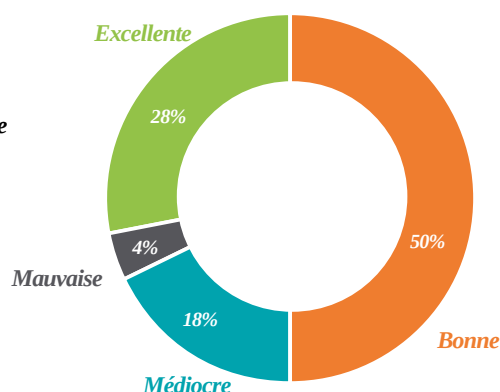
« Les patients aiment-ils leurs médecins ? La réponse est clairement « oui » ! Cette relation de confiance est évidemment essentielle. Cependant, il existe un décalage entre ce que pensent les patients de leur médecin et ce qu'ils pensent de la qualité d'écoute des autres médecins et professionnels de santé en général. Ces chiffres nous permettent d'identifier des pistes pour améliorer notre système de santé et réfléchir aux évolutions possibles de la relation patient - médecin. Toujours avec ce même objectif de connaître l'avis des patients pour améliorer leur qualité de vie, nous effectuons chaque semaine des sondages en ligne sur des thématiques d'actualité liées à la santé. »

Michael Chekroun, président et fondateur de Carenity

Selon vous, quelle est la qualité d'écoute de votre médecin ?

► **78% des patients félicitent leur médecin traitant pour leur écoute**

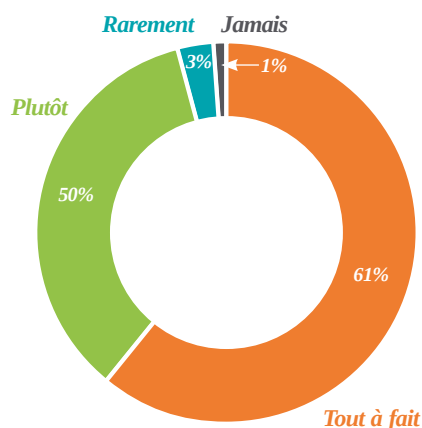
Plus des trois quarts des personnes interrogées reconnaissent la qualité d'écoute de leur médecin, près de 78% d'entre elles la jugeant excellente ou bonne. La sensibilité et l'empathie de ces derniers face à leurs préoccupations et problèmes sont donc largement plébiscitées.



Quelle est selon vous la qualité d'écoute des professionnels de santé en France ?

► **Les autres professionnels de santé sont-ils à l'écoute ?**

Hormis son propre médecin, Carenity souhaitait également connaître l'avis des patients sur la qualité d'écoute des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.) en général. Ainsi, dès qu'il s'agit des professionnels de santé dans leur ensemble, les avis sur les capacités d'écoute des professionnels de santé sont plus mitigés. La majorité des interrogés semble tout de même satisfaite de la qualité de leur écoute, avec 59% la considérant excellente ou bonne. Néanmoins, ils sont 40% à se déclarer mécontents et à la juger médiocre, voire mauvaise...

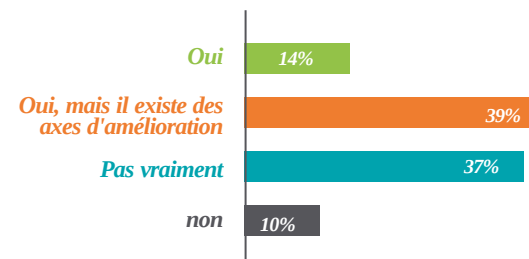


Suivez-vous les recommandations de votre médecin relatives à vos médicaments ?

► **96% ont confiance en leur médecin traitant**

Si les médecins écoutent bien leurs patients, la réciproque est également vraie puisqu'ils déclarent à plus de 96% respecter les recommandations concernant la prise d'un médicament. Seuls 4% émettent des doutes et préfèrent ne pas suivre leurs recommandations et les traitements proposés.

Pensez-vous que les professionnels de santé sont efficaces dans leurs actions de prévention ?



► **La prévention comme point noir**

Pour ce qui est de la prévention, les répondants sont plus lapidaires. Seulement 14% considèrent les acteurs de santé efficaces sur ce point. En revanche, la grande majorité pense que des axes d'amélioration sont à mettre en place ou relève une inefficacité dans les actions menées. Mécontents et à la juger médiocre, voire mauvaise...

* Méthodologie : Carenity a mis en ligne 3 sondages auprès de l'ensemble de sa communauté entre le 5 juin et le 24 septembre 2014. 3 560 personnes ont répondu sur Carenity. La représentativité de l'échantillon a été assurée par quotas : sexe, âge, CSP et localisation.



ABONNEZ-VOUS À
KINÉSITHÉRAPIE
LA REVUE

LA REVUE

**1^{ère} revue francophone à être
indexée dans une base de données
internationale.**

LES + DE VOTRE ABONNEMENT :



- 1) Suivez toute l'actualité de votre profession avec
12 NUMÉROS PAR AN**

- ## 2) Profitez des SERVICES ILLIMITÉS du numérique :

- les archives de la revue depuis 2001 sur [EM|consulte](#)
- l'envoi sur votre messagerie du **sommaire du dernier numéro paru**
- un site performant qui vous permet de **faire des recherches** par auteur, date, mots-clés etc., de **naviguer rapidement** dans la revue grâce au plan interactif, de **recommander des articles** à vos confrères, de **gérer votre espace personnel** [articles favoris, résultats de recherche etc.]



Bulletin d'abonnement 2015

☐ **Oui**, je souhaite m'abonner à *Kinésithérapie*, la revue pour un an

À renvoyer à :

Elsevier Masson, Service Abonnements, 62 rue Camille-Desmoulins – 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

COORDONNÉES

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M

Nom

Prénom

Adresse

CP | | | | | Ville

J'accepte de recevoir des informations commerciales de la société Elsevier Masson par e-mail

☐ Oui ☐ Non Email :

Le recueil des informations dans le cadre de ce document vise à une utilisation à des fins commerciales par Elsevier Masson SAS et ses partenaires commerciaux. ☒ En cochant cette case, je m'oppose à la réutilisation de mes données à des fins commerciales.

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.

Suivez-nous sur



R15PUB0001



RÈGLEMENT

Tarifs TTC France 2015*

☐ Etudiant

(sur justificatif de formation de l'année en cours)

86 €

☐ Particulier

156 €

*Pour les institutions et les tarifs à l'étranger, veuillez contacter notre service abonnements : 01 71 16 55 99 - <http://em-consulte.com/infos>

Ci-joint mon règlement d'un montant de : _____ €TTC

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre d'Elsevier Masson☐ Par carte bancaire : ☐ Visa ☐ Eurocard/MasterCard

Nº _____

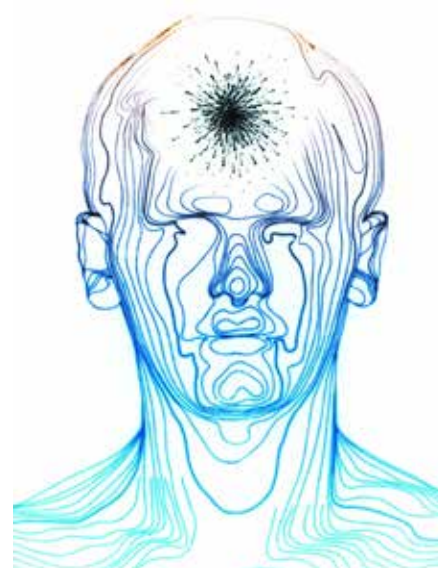
Cryptogramme visuel (3 derniers n° au dos de votre CB) : N°

Date d'expiration : | | / | |

Date et signature obligatoires :

+ Par Jean-Pierre Zana

Une “thérapie globale” qui s’ignore encore...



Le Salon Mondial Rééduca a une fois de plus montré les différentes facettes du métier de kiné. De la physiothérapie, aux ateliers de thérapies manuelles ostéopathiques chaque visiteur pouvait trouver des réponses pour étancher sa soif de nouveautés, de partage et d'échange sur sa pratique ou sur des pistes pour élargir le spectre de ses compétences. Dans cet article, j'explore un thème qui a occupé toute ma carrière professionnelle. La prise en charge globale du patient contre pied d'une approche essentiellement symptomatique insuffisante. Un autre regard sur la kinésithérapie qui fait appel à des concepts et des pratiques qui tendent à disparaître alors que les risques psychosociaux font la Une des journaux et les sciences médicales peinent à répondre "à tout".

Mes premiers pas en kinésithérapie se sont effectués au CHU Bichat sous la protection bienveillante du Professeur M.F. Khan. Célèbre rhumatologue, il n'ignorait rien de la kinésithérapie et nous poussait toujours à améliorer nos gestes et nos techniques. Les conséquences psychologiques et sociales, pour les patients et leur entourage, des pathologies que nous traitions dans le service occupaient nos synthèses et m'ont conduit sur les bancs de l'université en psychologie clinique pour mieux comprendre les liens entre corps et psyché, pour mieux appréhender les patients qui m'étaient confiés pour élargir le champ de mes compétences et pour aborder aussi les liens entre pathologies et travail. Ces années de fac ont été déterminantes pour ma carrière de kiné et encore aujourd'hui dans mon activité professionnelle d'expert d'assistance en ergonomie. La vision "mécaniciste", de nos enseignements de l'époque, laissait peu de place à la dimension psychologique de nos pratiques. Les enseignements reçus en psychologie clinique m'ont permis de développer des prises en charges centrées sur une approche psychosomatiques des patients.

Mon exercice professionnel s'est poursuivi dans un centre psychiatrique de jour où l'équipe m'a soutenu pour la mise en œuvre de thérapies individuelles et en groupe de ces patients au long parcours médical sans succès. Permettre à ces patients de découvrir le lien psychosomatique des troubles dont ils souffraient, s'avérait indispensable pour rompre le cercle vicieux de périodes d'accès toujours plus fortes et de rémissions de moins en moins satisfaisantes.

Dans un article récent publié dans l'EMC Kinésithérapie, je présente un ou deux projets thérapeutiques de ces patients, je souhaite ici nous rappeler l'importance d'une approche globale de tous les patients qui viennent à notre rencontre. Cela concerne à la fois nos entretiens, nos échanges avec eux sur leur mode de vie, de travail, mais également sur leur ressenti. Il est fréquent de constater que plus les échanges sont "égocentrés" moins les patients ont envie de se comparer aux autres. Nous connaissons tous ces malades qui dans le mitan de nos salles d'attente ou sur les plateaux techniques de nos centres de rééducation comparent leurs "bobos" avec les autres avec selon leurs personnalités ceux dont les symptômes ou les conséquences sont supérieurs aux autres et ceux qui minimisent leur pathologie et ses conséquences. Prendre du temps pour inviter l'autre à parler de son ressenti tend à diminuer ce besoin naturel de tout un chacun de se comparer aux autres. L'écoute active de nos patients est déjà un des aspects essentiels d'une prise en charge globale. Quelle place est faite dans nos enseignements à cette apprentissage à l'écoute attentive et bienveillante de l'autre ?

Le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires – on appelle encore cénesthésiques. Toute rééducation participe à la "reconstruction" du schéma corporel. Retrouver des capacités fonctionnelles perdues, du fait d'un traumatisme

ou d'une pathologie de l'appareil locomoteur en phase aiguë, est la base des prises en charge en kinésithérapie. Les différentes techniques à notre disposition facilitent ce travail de récupération indispensable pour permettre à nos patients de reprendre leur vie personnelle et professionnelle dans des conditions "acceptables". Mais cela suffit-il ?

Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit. Il serait l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres qui, sans lui, sans le support qu'il représente, resterait à jamais fantasme non communicable. Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près de même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est spécifique d'un type de relation libidinale.

L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations électives, archaïques ou actuelles. Elle est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle. C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. Tout contact avec l'autre, que ce contact soit de communication ou d'évitement de communication, est sous-tendu par l'image du corps ; car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente.

Il convient de souligner que le schéma corporel, qui est abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité, se structure par l'apprentissage et l'expérience, alors que l'image du corps se structure par la communication entre sujets et la trace, au jour le jour mémorisée, du jouir frustré, réprimé ou interdit (castration, au sens psychanalytique, du désir la réalité). C'est en quoi l'image du corps est référer exclusivement à l'imaginaire, à un intersubjectif imaginaire marqué d'emblée chez l'humain de la dimension symbolique.

Le schéma corporel est inconscient, préconscient et conscient. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. L'image du corps est toujours inconsciente (Fr. Dolto), constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions.

Dans la technique psychanalytique, le schéma corporel neutralisé par la position allongée du patient, favorise le déploiement de l'image du corps. En quelque sorte, Freud s'est servi, sans le savoir, de l'image du corps puisqu'il frustrait

ses patients de toute satisfaction génitale pendant le temps de la cure. En effet, la position de psychanalyste en arrière ou hors de la vue de son patient contribue à un travail sur l'image du corps. Dans la mise en œuvre des techniques de relaxation et des techniques psychocorporelles, le kinésithérapeute place son patient dans un espace et initie une distance à laquelle le patient est peu habitué dans ses relations avec le thérapeute et qui va déclencher à travers les processus langagiers à la prise de conscience de l'image du corps et à sa construction. Ainsi prolonger la rééducation au travers de ces techniques contribue à l'appropriation par le patient de capacités retrouvées, d'un schéma corporel "reconstruit" dans lequel il devient possible de retrouver les perceptions antérieures liées à l'image du corps.

Une rééducation conduite sous cet angle permet de s'affranchir de la dualité cartésienne propre à notre culture judéo-chrétienne pour s'approcher de la dualité psycho-physique reconnue par les psychosomatiques.

Dieu, soutient Descartes, est une substance absolue qui subsiste par soi et qui soutient l'ensemble du monde créé. Ce monde est constitué par des âmes et par des corps. Chaque homme est une substance pensante, chaque corps est une substance étendue. Les corps ne pensent pas ils ne recèlent aucune pensée ni aucun pouvoir de penser. De là découle le mécanisme cartésien qui permet la formulation mathématique du monde et de ses lois. Il ouvre la voie à la science moderne. Il lui permet de se libérer du recours aux sciences occultes. Ce concept de dualité pose le problème de la relation du corps et de l'âme, il ne permet pas de résoudre simultanément le problème de l'unité humaine. Descartes exclut l'imagination

et sensation en excluant la part charnelle et corporelle de la pensée.

Spinoza substitue au terme âme le terme esprit. Il le décrit en le caractérisant par une activité et non pas par une chose (chose pensante). L'esprit est une activité, activité de penser, un objet. L'activité primitive de l'esprit se porte tout naturellement sur un premier objet, celui qui permet l'expression : c'est le corps. Le lien du corps et de l'esprit est un lien interne par nature. L'esprit n'agit pas sur le corps ni le corps sur l'esprit : Ils expriment ensemble et simultanément un même événement mais dans deux registres distincts, en deux formulations symétriques l'une dans l'ordre de l'esprit comme activité de conscience l'autre dans l'ordre du corps comme activité du corps. Ce n'est pas nécessairement parce qu'il y a interaction que les difficultés du dualisme sont levées mais parce qu'il y a un niveau de l'esprit (et de la conscience) idée du corps que le lien corps-esprit est valablement établi. Ce lien est restitué à la fois dans son intériorité et dans son objectivité. Spinoza insiste beaucoup sur l'idée d'individu comme système stable d'éléments interdépendants : le corps est l'individu global.

Le corps n'est pas une substance, il est l'unité d'un ensemble et comme l'équilibre d'actions multiples. La réalité et l'unité du corps sont fonctionnelles. Le corps humain est un individu global permanent par la stabilité des relations internes qui le définissent (mouvement – repos) (action – réaction).

Ne sommes-nous pas entraînés à décrire certains fondements de la kinésithérapie ?

Quelques repères historiques non exhaustifs

Head & Holmes (1911) - Sensory disturbances from cerebral lesions Brain - Schéma corporel : le standard référentiel par rapport auquel les changements de posture sont mesurés, avant même qu'ils entrent dans le champ de conscience.

Schilder (1935) - The Image and the Appearance of the Human Body ; Studies in Constructive Energies of the Psyche. London 1935 – Image du corps - : distinction visuelle de son propre corps. Construction de l'objet visuel à partir des caractéristiques visibles de son corps (volume, formes, surface, contours) identifié comme "soi physique" distinct des objets du monde. Paillard (1980) – propose une approche psychophysiologique de la notion de schéma corporel : Image du corps => « corps identifié » Schéma corporel => « corps situé »

L'image du corps et les schémas corporels renvoient à deux fonctions neurologiques et psychologiques.

Corps référence : (objet par rapport à moi) – travail dans un référentiel égocentré (contré sur moi)

Corps référé : (moi par rapport aux objets) – travail dans un référentiel allocentré Berthoz (1997) – le sens du mouvement

- Une conception moderne qui postule l'existence de plusieurs schémas chacun étant adopté à une fonction précise. Asservissement à deux impératifs pour tous les vertébrés :
- réaction de redressant (réaction de pesantier)
- disposition de l'orifice oral vers l'avant (vision, odorat, vie organisée autour de la bouche).

Ainsi la motricité s'organise à partir de cet asservissement autour de 7 référentiels du corps : Ref. Oculaire / Ref. oro-centré / Ref. Mano centré / Ref. Axial / Ref. sustentatoire / Ref. Cérébro centré / Ref. Géocentré

A.G.A.P.S.

3 Rue Kepler
75016 PARIS
+33 (0)1 47 84 76 26
www.agaps.com

ACADEMIE DE K-TAPING®

Bien-être - spas, Organisme professionnel
18 Bis Chemin Du Pilon
06520 MAGAGNOSC
+ 33 (0)4 92 60 43 80
www.k-taping.fr

ACADEMIE DE SOPHROLOGIE CAYCEDIENNE DE PARIS

Formation
140 Bis Rue De Rennes
75006 PARIS
+ 33 (0)1 70 38 25 07
www.academie-sophrologie.com

ACTECH

Equipelement de fitness
44A Route De Luxembourg
4760 PETANGE Luxembourg
+352 621 323 885
www.actechpro.com

ACTINOMIE

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement de fitness
4, Rue Du Rocher
94440 SANTENY
+ 33 (0)1 43 82 40 53
www.actinomie.fr

ADOHA - Assurances Dominique Haulin

Banque - assurance
2 Rue Du Docteur Lombard
92441 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX
+ 33 (0)1 40 93 19 92
www.adoha.fr

AGAKAM

Organisme professionnel
3 Rue Lespagnol
75020 PARIS
+33 (0)1 44 83 46 93
www.ffmkr.org

ALLCARE INNOVATIONS

Plateforme oscillante/vibrante
Z.A Les Gouvernaux
26120 CHABEUIL
+ 33 (0)4 75 25 00 55
www.allcare-in.com

AMPLI MUTUELLE

Banque - assurance
27, Bd Berthier
75858 PARIS CEDEX 17
+ 33 (0)1 44 15 20 00
www.ampli.fr

ANGAK ASSOCIATION DE GESTION AGRÉÉE

Formation, Organisme professionnel
6 Rue Emile Zola
31500 TOULOUSE
+ 33 (0)5 61 99 52 10
www.angak.com

AQUAFIT TECHNOLOGIE

Bien-être - spas, Equipelement de fitness
Chemin Du Pilon-St Maurice De Beynost
01708 MIRIBEL
+33 (0)4 78 55 89 51
www.aquafit-technologie.com

ASSAS FORMATION CONTINUE

Formation
1 Rue Jules Simon
75015 PARIS
+ 33 (0)1 55 76 55 25
www.assasformationcontinue.com

ATC PRODUCTION

Textiles
10 Avenue De Paris
42300 ROANNE
+ 33 (0)4 77 69 74 92
www.lavieenblouse.fr

ATHLEX

Equipelement - Cryothérapie
Equipelement de fitness
1 Allee Alban Vistel
69110 SAINTE FOY LES LYON
+ 33 (0)4 78 34 32 48
www.athlex.fr

AXONE

30 Rue J. Toulemonde
59790 RONCHIN
+33 (0)6 19 74 83 95

BANQUE POPULAIRE

Banque - assurance
50, Avenue Pierre Mendès France
75201 PARIS CEDEX 13
+33 (0)1 40 39 66 08
www.banquepopulaire.fr

BLUETENS

8 Rue Du Faubourg Poissonnière
75010 PARIS
+33 (0)1 40 50 54 01
www.bluetens.com

BOREAS

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement - Cryothérapie,
Bien-être - spas, Crème de massage et produits,
Equipelement de fitness, Formation
25 Rue Des Blancs Monts
51330 CORMONTREUIL
+ 33 (0)3 26 89 50 73
www.boreas-medical-sport.fr

BTL FRANCE

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Bien-être - spas
38 Rue De Berri
75008 PARIS
+ 33 (0)9 63 26 31 82
www.btlmed.fr

CARE FITNESS

Equipelement de fitness
Zi Les Vignes - 18 / 22 Rue Bernard
93000 BOBIGNY
+ 33 (0)1 48 43 41 00
www.carefitness.com

CEFAR COMPLEX - CHATTANOOGA

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement de fitness,
Plateforme oscillante/vibrante
Centre Européen De Fret - 3 Rue De Bethar
64990 MOUGUERRE
+33 (0)5 59 52 68 13
www.djo.eu

CEKCB / MASSAGE CALIFORNIEN

Formation
1 Rue Senechal De Kercado
56300 PONTIVY
+ 33 (0)2 97 25 13 84
www.cekcb.com

CMV MEDIFORCE

Banque - assurance
123 Rue Jules Guesde - Tsa 51111
92683 LEVALLOIS PERRET
+ 33 (0)1 56 76 98 93
www.cmvmediforce.fr

COE - ECOLE OSTEOPATHIE

46 Avenue Des Genottes - 18554 Cergy
95892 CERGY PONTOISE
+33 (0)1 34 33 71 50
www.osteo-coe.com

CONNAISSANCE & EVOLUTION

Formation
20 Rue Du Rendez-Vous
75012 PARIS
+ 33 (0)1 43 47 89 39
www.connaissance-evolution.com

COSIMED GmbH

Bien-être - spas, Crème de massage
et produits
Pyrmonter Str. 9
31860 EMMERTHAL Allemagne
+49 51 55 60 29
www.cosimed.com

CROMA

Bien-être - spas
38 Rue De Villiers
92300 LEVALLOIS PERRET
+33 (0)1 82 97 03 70

DAVKOR - PCP THERAPY

Equipelement - tables massage,
Bien-être - spas, Formation
112 Rue D'Enghien
95600 EAUBONNE
+33 (0)6 61 77 93 18
www.pcptherapy.com

DESIGN-CORPOREL

Equipelement - tables massage
Pa Du Moulin De Coisne
Rue De La Republique
59496 SALOME
+33 (0)3 20 29 90 02
www.design-corporel.com

DIEN CHAN INSTITUTE

Formation
59 Route De Maisons
78400 CHATOU
+33 (0)1 66 11 16 57
www.dienchaninstitute.com

DJES FORMATION

Formation
10 Impasse De Narcejac
17000 SAINTES
+33 (0)5 17 76 10 06
www.djes-formation.com

DREAMWATER

233 Ancien Chemin De Toulon
83110 SANARY SUR MER
+33 (0)6 09 01 28 93

DREXCO KINESITHERAPIE

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement - Cryothérapie,
Crème de massage et produits, Equipelement
de fitness, Plateforme oscillante/vibrante
Za De La Plaine Haute - 5 Rue Des Investisseurs
91560 CROSNE
+33 (0)1 69 49 65 65
www.drexco-kine.fr

EASY CRYO

Equipelement - Cryothérapie
Parc Eureka- 200 Rue De Thor
34000 MONTPELLIER
+33 (0)4 99 64 21 05
www.easycryo.fr

ECOLE DU DOS MAIL 14

Formation
14, Allee Du Mail
17000 LA ROCHELLE
+33 (0)5 46 41 41 14
www.ecoledudos.biz

ECOPOSTURAL

Equipelement - tables massage
Avda Enrique Gimeno 27
(Ciudad Del Transporte)
12006 CASTELLON Espagne
+349 64 25 58 06
www.ecopostural.com

EDELWEISS FORMATION MASSAGE BÉBÉ

Formation
18 Rue Leonie
92160 ANTONY
+33 (0)1 46 66 55 31
www.massage-bebe.fr

EFSO

Formation
Parc De La Villette
Folie N5211 Avenue Jean Jaurès
75019 PARIS
+33 (0)1 42 00 84 03
www.efso-osteo.com

ELITE MEDICALE / PROMOKINE

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement - Cryothérapie,
Bien-être - spas, Crème de massage et
produits, Equipelement de fitness, Formation
Zi Nord 22 Rue Andre Durouchez
80080 AMIENS
+33 (0)3 22 67 54 54
www.elitemedicale.fr

ELSEVIER MASSON

Presse
62 Rue Camille Desmoulins
92442 ISSY LES MOULINEAUX
+33 (0)1 71 16 50 64
www.elsevier-masson.fr

EMERGENCES

Formation
6Bis Avenue Louis Barthou
35000 RENNES
+33 (0)9 62 16 34 17
www.hypnoses.com

EMS FRANCE

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement - Cryothérapie,
Formation
23 Avenue Louis Breguet
Immeuble Santos Dumont - Batiment D
78140 VELIZY
+33 (0)1 34 58 03 80
www.ems-medical.com

ENRAF - NONIUS

Zac Les Beaudottes - 15 Rue Paul Langevin
93270 SEVRAN
+33 (0)1 49 36 18 18
www.enraf-nonius.com

ETOILE MEDICALE

Bien-être - spas, Crème de massage et produits
6 Rue Carnot
93350 LE BOURGET
+33 (0)8 25 80 09 01
www.etoile-medicale.com

EUREDUC

Equipelement - Cryothérapie, Bien-être - spas,
Equipelement de fitness
35 Rue Des Broderies
78310 COIGNIERES
+33 (0)1 34 61 01 61
www.eureduc.eu

EZY WRAP

Za La Herbetais
35520 LA MEZIERE
+33 (0)2 99 66 41 41
www.smeurope.fr

FFMKR

Organisme professionnel
3 Rue Lespagnol
75020 PARIS
www.ffmkr.org

FIRN PHYSIO DIRECT

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Crème de massage et
produits, Equipelement de fitness
35 Rue Du Marechal De Lattre - BP 3
67150 ERSTEIN
+33 (0)3 88 59 89 53
www.firn.fr

FNEK

C/O Fage 5 Rue Frederick Lemaître
75020 PARIS
France +33 (0)6 30 54 59 75
www.fnek.org

FONDATION EFOM BORIS DOLTO

118 Bis Rue De Javel
75015 PARIS
+33 (0)1 77 68 35 71
www.efom.fr

FORMAT KINE

Formation
Parc De La Villette - Folie
N5 211 Avenue Jean Jaurès
75019 PARIS
+33 (0)1 42 00 84 03
www.formatkine.fr

FRANCO & FILS

Equipelement - tables massage
Zi Rn7
58320 POUQUES LES EAUX
+33 (0)3 86 68 83 22
www.francofils.com

FYZEA

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement - Cryothérapie,
Bien-être - spas, Crème de massage et
produits, Equipelement de fitness, Plateforme
oscillante/vibrante
98 Rue Cousteau - BP 289
85007 LA ROCHE SUR YON
+33 (0)2 51 94 11 59
www.fyzea.fr

GAME READY

Electrothérapie Physiothérapie, Equipelement
- Cryothérapie
18 Chemin Des Courses
31100 TOULOUSE
+33 (0)5 34 50 44 55
www.gameready.fr

GENIN

Equipelement - tables massage, Bien-être -
spas, Equipelement de fitness
Zi Du Grand Pont - BP 46
13840 LA ROCHE D ANTHON
+33 (0)4 42 28 48 20
www.genin-medical.fr

GROUPE PASTEUR MUTUALITE

Banque - assurance
34 Boulevard De Courcelles
75809 PARIS CEDEX 17
+33 (0)1 40 54 53 67
www.gpm.fr

GYMNA-UNIPHY

Equipelement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipelement - Cryothérapie,
Crème de massage et produits, Plateforme
oscillante/vibrante
Pasweg 6A
3740 BILZEN Belgique
+32 89 51 05 10
www.gymna.com

HD PHYSIOTECH

Equipement - tables massage, Electrothérapie Physiothérapie, Equipement - Cryothérapie, Bien-être - spas, Crème de massage et produits, Equipement de fitness
8 Rue Felix Dournay
67250 SOULTZ SOUS FORETS
+33 (0)3 88 94 37 62
www.hd-physiothech.com

HELYTIS MEDICAL

Equipement - tables massage, Electrothérapie Physiothérapie, Equipement - Cryothérapie, Bien-être - spas, Crème de massage et produits, Equipement de fitness
Chez Solimeka - Boite Postal 151
85601 MONTAIGU
+33 (0)2 51 41 72 28
www.helytis.fr

HOLISTE LABORATOIRE ET DEVELOPPEMENT

Equipement - tables massage, Bien-être - spas, Equipement de fitness
Le Port
71110 ARTAIX
+33 (0)3 85 25 29 27
www.holiste.com

HUMAN TECAR

Electrothérapie Physiothérapie
Via Laveggio 3
6855 STABIO Suisse
+41 91 64 72 145
www.humantecarworld.ch

HYDRO-JET SYSTEM FRANCE

Equipement - tables massage, Equipement - Cryothérapie, Bien-être - spas
Za De Launay - Bat Ad Net - BP 16
14130 PONT LEVEQUE
+33 (0)2 14 26 00 73
www.hydrojetsystem-france.com

IN BODY

Equipement de fitness
515 Rue Alfred Nobel
34000 MONTPELLIER
+33 (0)4 67 20 02 03
www.tec4h.com

INDIBA

Equipement - tables massage
Asteropolis - 215 Route De Goa
06600 ANTIBES
+33 (0)4 93 20 60 28
www.indibaactiv.fr

INK

Formation
3 Rue Lespagnol
75020 PARIS
+33 (0)1 44 83 46 71
www.ink-formation.com

INSTITUT DE THERAPIE MANUELLE PARIS

Formation
40 Rue Du Général Malleret Joinville
94400 VITRY
+33 (0)1 47 18 66 89
www.itmp.fr

JFB MEDICAL MAGNOMEGA

Equipement - tables massage, Electrothérapie Physiothérapie, Equipement - Cryothérapie, Crème de massage et produits, Plateforme oscillante/vibrante, Formation
46/44 Route De La Brevenne
69690 BESSENAY
+33 (0)4 74 70 89 08
www.jfb.fr

K LASER FRANCE

Electrothérapie Physiothérapie
Technoparc - 5 Allee Moulin Berger
69130 ECULLY
+33 (0)4 72 09 04 94
www.k-laser.fr

KEENERGIE

Crème de massage et produits
Zi Braye De Cau - 315 Avenue De La Rasclave
13821 LA PENNE SUR HUVEAUNE
+33 (0)4 91 44 06 34
www.keenergie.com

KINÉ ACTUALITÉ

Presse
3 Rue Lespagnol
75020 PARIS
+33 (0)1 44 83 46 93
www.kineactu.com

KINÉ POINT PRESSE/APEK

Organisme professionnel
15 Rue De L'Epée De Bois
75005 PARIS
+33 (0)1 45 35 82 45

KINEPOD

Crème de massage et produits, Village informatique, Formation
69 Route De Thionville
L-2611 LUXEMBOURG Luxembourg
+35 22 61 23 896
www.kinepod.com

KINESIO TAPING

Equipement cryothérapie, Crème de massage
35 rue du Général de Lattre de Tassigny
67150 ERSTEIN
+33 (0)3 88 59 89 59
www.kinesiotaping-France.fr

KINESITHERAPEUTES DU MONDE

Crème de massage et produits, Textiles, Presse, Formation, Organisme professionnel
14 Rue Colbert
38000 GRENOBLE
+33 (0)4 76 87 45 33
www.kines-du-monde.org

KINÉSITHÉRAPIE LA REVUE

Presse
62 Rue Camille Desmoulins
92442 ISSY LES MOULINEAUX
+33 (0)1 71 16 50 64

KINÉSITHÉRAPIE SCIENTIFIQUE

Presse
3 Rue Lespagnol
75020 PARIS
+33 (0)1 44 83 46 93
www.ks-mag.com

KINESSONNE - AKSE

Equipement - tables massage, Electrothérapie Physiothérapie, Equipement - Cryothérapie, Bien-être - spas, Crème de massage et produits, Equipement de fitness, Plateforme oscillante/vibrante, Textiles
200 Av Des Gresillons
92600 ASNIERES SUR SEINE
+33 (0)1 41 32 40 96
www.kinessonne.com

KINETEC SAS

Equipement - tables massage, Electrothérapie Physiothérapie
Zone Industrielle De Tournes
Rue Maurice Perin
8090 TOURNES
+33 (0)3 24 29 85 05
www.kinetec.fr

LA MEDICALE

Banque - assurance
16/18, Boulevard De Vaugirard
Cedex 15
75724 PARIS
+33 (0)1 43 23 40 15
www.lamedicale.fr

LABORATOIRE PHYTO TECH

Equipement - tables massage, Electrothérapie Physiothérapie, Crème de massage et produits, Textiles
80, Impasse Du Serpolet
Z.I. Athelia 2
13600 LA CIOTAT
+33 (0)4 42 70 46 14
www.phytotech.fr

LABORATOIRES EONA

Crème de massage et produits
56 Bis Rue Du Chenet- Za Du Chenet - BP 15
91490 MILLY LA FORÊT
+33 (0)1 60 78 93 03
www.eona-lab.com

LABORATOIRES EXPANSCIENCE

Bien-être -Spas, Crème de Massage
10 Avenue De L'Arche
92400 COURBEVOIE
+33 (0)6 27 51 35 82
www.expanscience.com

LABORATOIRES INELDEA

Bien-être -Spas, Crème de Massage
Zi Carros Le Broc- 4Eme Avenue-10Eme Rue
06510 CARROS
+33 (0)4 97 02 24 65
www.njk-medicafarm.com

LABORATOIRES INSPHY

Bien-être - spas, Crème de massage et produits
15 Rue Du Reservoir - Cs 40001
34680 SAINT GEORGES D'ORQUES
+33 (0)4 67 10 71 13
www.insphy.com

LABORATOIRES PHYTOMEDICA

Electrothérapie Physiothérapie, Equipement
- Cryothérapie, Bien-être - spas, Crème de massage et produits
Zi Les Milles - BP 80005
13791 AIX EN PROVENCE CEDEX 3
+33 (0)4 42 24 56 24
www.phytomedica.eu

LEADERFIT' GROUPE

Equipement de fitness, Formation
9 Rue Du General Mocquery
37550 SAINT AVERTIN
+33 (0)2 47 52 66 01
www.leaderfit.com

LIGNE K

Equipement - tables massage, Textiles
46, Rue De La Pierre Plantée
42650 ST JEAN BONNEFONDS
+33 (0)4 77 21 02 21
www.lignek.com

LOHMANN & RAUSCHER

Textiles
ZA De Choisy
88200 REMIREMONT
+33 (0)3 29 26 25 76
www.lohmann-rauscher.com

LPG SYSTEMS

Equipement - tables massage, Bien-être
- spas, Crème de massage et produits,
Plateforme oscillante/vibrante
Technoparc De La Plaine
30 Rue Du Docteur Abel - BP 35
26000 VALENCE
+33 (0)4 92 38 39 15
www.lpgsystems.com

LUXOMED

Bien-être - spas, Formation, Organisme professionnel
Parc Eurasante - 280 Rue Salvador Allende
59120 LOOS
+33 (0)3 20 30 60 88
www.luxomed.com

MACSF

Banque - assurance
10 Cours Du Triangle De L'Arche
92919 LA DEFENSE CEDEX
+33 (0)1 71 23 86 95
www.macsf.fr

MAD SAP

15 Rue Marc Sangnier
94240 L'HAY LES ROSES
+33 (0)1 78 54 11 12
www.madsap.com

MANKAIA

Textiles
42 Boulevard De La Padouane
13015 MARSEILLE
+33 (0)4 91 09 59 30
www.mankaia.com

MASSAGE CALIFORNIEN KINESTHESIQUE FOURY

Formation
1 Rue Senechal De Kercado
56300 PONTIVY
+33 (0)2 97 25 13 84
www.massage-californien.com

MAZET MEDICAL

Electrothérapie Physiothérapie
Zone Artisanale - Route De Tence
43520 LE MAZET ST VOY
+33 (0)4 71 65 02 16
www.electroniquedumazet.com

MEDICAPP CONNECT

Village informatique
38 Rue Servan
75011 PARIS
+33 (0)1 45 57 68 15
www.medicappconnect.com

MEDYJET FRANCE

Equipement - tables massage,
Bien-être - spas
Woodpark - 10 Allee De Longueterre
31850 MONTRABE
+33 (0)5 61 35 31 28
www.medyjet-france.fr

MOBERCAS

Equipement - tables massage
Pol. Ind. Mijares - C/ Comercio, 3
12550 ALMAZORA Espagne
+349 64 55 01 96
www.mobercas.com/fr

NAGGURA

Equipement - tables massage
Pol. Ind. La Vallidan
Camí De Garreta, 86 - Nau 3
8600 BERGA Espagne
+349 38 24 9 020
www.naggura.com

OCÉVIA

Organisme professionnel
3 Rue Lespagnol
75020 PARIS
+33 (0)1 44 83 46 93
www.ffmkr.org

ONREK

Organisme professionnel
15 Rue De L'Epée De Bois
75005 PARIS
+33 (0)1 45 35 82 45

ORDRE DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES

Organisme professionnel
120-122 Rue Reaumur
75002 PARIS
+33 (0)1 77 49 37 10
www.ordremk.fr

OSIC

824 Rue De L'Aulanière - Za Courtine
84000 AVIGNON
+33 (0)4 90 16 64 60
www.osic-carbone.fr

OSTEOPATHES PLUS

63 Rue Hallé
75014 PARIS
+33 (0)6 81 47 61 31
www.osteopathesplus.com

PAGANI FRANCE

Electrothérapie Physiothérapie, Equipement
- Cryothérapie, Formation
5 Rue Scaliero
6300 NICE
+33 (0)4 93 62 22 66
www.paganifrance.com

PATTERSON MEDICAL FRANCE

Equipement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Equipement de fitness,
Formation
Zone Industrielle De Montjoly
11 Avenue De L Industrie Cs40712
8013 CHARLEVILLE MEZIERES CEDEX
+33 (0)3 24 52 91 21
www.pattersonmedical.fr

PHENIX

Electrothérapie Physiothérapie
Parc Eureka - 200 Rue Du Thor
34000 MONTPELLIER
+33 (0)4 67 27 15 48
www.vivaltis.com

PHYSIO FRANCE

Equipement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Bien-être - spas
ZA Pitaugier
04300 MANE
+33 (0)492790856

PHYSIOQUANTA - GDS

Electrothérapie Physiothérapie
1086 Avenue Albert Einstein
34000 MONTPELLIER
+33 (0)4 67 65 75 18
www.physioquanta.com

PHYTO-AROMATIQUE GRASSE

Bien-être - spas, Crème de massage
et produits, Formation
7 Avenue Font Laugiere - BP13176
06130 GRASSE
+33 (0)4 93 40 10 50
www.phytogamme.com

PHYTOGENESE

Bien-être - spas, Crème de massage
et produits
371 Rue Gustave Courbet
Parc Charles Martel
34750 VILLENEUVE LES MAGUELONE
+33 (0)4 67 64 72 62

PIERRE FABRE MEDICAMENT

Crème de massage et produits
Central Facture - Zi De Melou
81106 CASTRES
+33 (0)5 63 51 86 89

POINT ROUGE - NEODIA

Équipement - tables massage
4, Rue Louis Armand - BP 312
59336 TOURCOING CEDEX
+33 (0)3 20 26 23 99
www.point-rouge-neodia.com

POLIDIS

Crème de massage et produits
38/40 Rue Victorien Sardou
92500 RUEIL MALMAISON
+33 (0)1 47 51 28 00
www.polidis.fr

PROFESSION KINÉ

Presse
PAE du Levray - 5 route de Nanfray
74960 CRAN GEVRIER
+33 (0)4 50 33 14 53
www.professionkine.com

RM INGENIERIE

Village informatique
Avenue De La Gineste - BP 3351
12033 RODEZ CEDEX 9
+33 (0)5 65 76 03 03
www.rmingenieurie.net

SATISFORM

Équipement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Bien-être - spas, Équipement
de fitness, Formation
75 Bd. Marie Et Alexandre Oyon
72100 LE MANS
+33 (0)9 70 40 57 89
www.satisfarm.com

SAURAMPS MEDICAL

Presse, Formation
8 Rue Primatice
75013 PARIS
+33 (0)1 40 09 27 71
www.livres-medicaux.com

SEPHIRA

Village informatique
12 Rue Vincent Scotto
72000 LE MANS
+33 (0)2 43 78 07 08
www.sephira.fr

SISSSEL FRANCE

Équipement - tables massage, Electrothérapie
Physiothérapie, Équipement - Cryothérapie,
Crème de massage et produits, Équipement
de fitness, Plateforme oscillante/vibrante
7 Rue Du Meunier
44880 SAUTRON
+33 (0)2 40 16 98 76
www.sissel.fr

SKINEXIANS

Electrothérapie Physiothérapie,
Bien-être - spas
Bat B - 884 Parc Des Mercieres
69140 RILLIEUX LA PAPE
+33 (0)4 37 27 02 17
www.skinexians.com

SNMKR

Organisme professionnel
15 Rue De L'Epee De Bois
75005 PARIS
+33 (0)1 45 35 82 45
www.snmkr.fr

SOMETHY

Bien-être - spas
Espace Commercial Frejorgues Ouest
90 Rue Leon Morane
34135 MAUGUIO CEDEX
+33 (0)4 67 22 36 62
www.somethy.fr

SONICWORLD CO, LTD

131 Donghwa Gongdan -Ro Munmak -Eup
220801 WONJU-SI République De Corée
www.sonicworld.kr

SPIRIT MEDICAL SYSTEMS - BODYSOLID

Équipement de fitness
Stadsheisse 3
3500 HASSELT Belgique
+ 32 117 612 70
www.bodysolid.fr

STIMED

Electrothérapie Physiothérapie
6, Rue Michelet
71100 CHALON SUR SAONE
+33 (0)3 85 93 05 14
www.abdo-mg.com

STORZ MEDICAL AG

Electrothérapie Physiothérapie
21 Rue Eugene Sue
94700 MAISONS ALFORT
+33 (0)1 43 75 75 20
www.shockwave-france.com

TECH MED TM

Équipement de fitness
Route Nationale 6
Route De Saint Bris - BP 4
89290 CHAMPS SUR YONNE
+33 (0)3 86 53 83 81
www.techmed-tm.com

TECHNO CONCEPT

Electrothérapie Physiothérapie
Za Pitaugier
4300 MANE
+33 (0)4 92 79 08 56
www.technoconcept.fr

TECHNOGYM FRANCE

Équipement de fitness
20 Rue Rouget De Lisle
92130 ISSY LES MOULINEAUX
+33 (0)1 45 29 90 00
www.technogym.fr

TELIC FRANCE

Electrothérapie Physiothérapie, Bien-être -
spas, Crème de massage et produits
379 Rue Jean Baptiste Biot
Espace Polygone
66000 PERPIGNAN
+33 (0)4 68 92 78 85
www.telicfrance.com

TEMPUR

Bien-être - spas
Paris Nord 2
176 Rue Des Chardonnerets - BP 62088
95973 ROISSY CDG CEDEX
+33 (0)1 48 14 42 01
www.tempur.fr

TKM

Équipement - tables massage
25 Route De L'Aerodrome
17800 AVY
+33 (0)5 46 96 11 47
www.table-medicale.fr

URPS

Organisme professionnel
195 Rue Des Pyrenees
75020 PARIS
+33 (0)9 52 00 34 59
www.urps-mk-idf.org

VIBRAM FIVEFINGERS

Textiles
17B Rue De Gaillon
95220 HERBLAY
www.fivefingersfrance.com

VINCENT ALBANE

Textiles
68 Rue Mazarine
75006 PARIS
+33 (0)1 46 33 53 10
www.vincentalbane.com

WELEDA

Crème de massage et produits
9 Rue Eugene Jung - BP 228
68330 HUNINGUE
+33 (0)3 89 69 68 00
www.weleda.fr

WINBACK

Équipement - tables massage,
Electrothérapie Physiothérapie
885 Avenue Du Dr Julien Lefebvre
6270 VILLENEUVE LOUBET
+33 (0)4 93 08 85 81
www.winback-medical.com

YSY MEDICAL

Electrothérapie Physiothérapie
Zac Pole Actif - 9 Avenue De La Fontanisse
30660 GALLARGUES LE MONTUEUX
+33 (0)4 66 64 05 11
www.ysy-medical.fr

ZIMMER MEDIZINSYSTEME

Electrothérapie Physiothérapie,
Équipement - Cryothérapie
Junkersstrasse 9
89231 NEU-ULM Allemagne
+47 88 35 536
www.zimmermed.fr

ORGANISME DE FORMATION POUR LES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ



Thérapie manuelle
Maman & bébé
Médecine chinoise
Drainage
Psychologie
Bien-être
Formations spécifiques
K-Taping®
Formations secteur sud-est

Nos formations début 2015:

Réflexologie plantaire (5, 6 et 7 février, Mouans-Sartoux)
Traitement du Lymphoedème MS (25, 26 et 27 mars, Rodez)
Jones SCS 1, Colonne et bassin (20, 21 et 22 mars, Mouans-Sartoux)
MCA = Myo Correction Articulaire®
(21 et 22 octobre, Mouans-Sartoux ou 11 et 12 avril, Région Parisienne)
Thérapie globale de la scoliose, Module 1 (24, 25 et 26 avril, Mouans-Sartoux)
Traitement des Cicatrices (16 mai, Mouans-Sartoux)
Jones SCS 1, Colonne et bassin (20 et 21 juin, Mouans-Sartoux)

Pour voir toutes les formations, rendez-vous sur notre site !!

a[]ademie

18 Bis Chemin du Pilon - 06520 Magagnosc - Tél.: 04 93 60 47 35
info@akademie-formations.com - www.akademie-formations.pro

suivez-nous sur



Bol d'air®

Jacquier

L'oxygénation cellulaire

Tous vos patients sont concernés !



**Profitez de 2 mois
de location
pour le prix d'1**

Validité
31 décembre 2014



Formations 2015 : Le programme des séminaires disponible sur www.holiste.com



• *Un concept de santé globale* •

Le Port • 71110 ARTAIX • France
Tél. : +33 (0)3 85 25 29 27
Email : contact@holiste.com



- ✓ 6 mois de garantie constructeur
- ✓ 2 jours de **formation** Cellu M6® chez LPG
- ✓ 1 à 2 jours de **formation** Huber® Spineforce chez LPG
- ✓ possibilités de **financement**
- ✓ environnement **marketing**

C'EST L'OCCASION
OU JAMAIS DE S'OFFRIR
UN APPAREIL LPG®



à partir de
201.79€ TTC/MOIS
pour Huber®
Spineforce**

**Leasing Huber®
sur 48 mois
assurance incluse



à partir de
218.12€ TTC/MOIS
pour Keymodule™ [i]*

*Leasing Cellu M6®
sur 48 mois assurance
et tablette incluses



► N° Azur **0 810 786 900**
COÛT D'UN APPEL VARIABLE SELON L'OPÉRATEUR TÉLÉPHONIQUE
serviceclient@lpgsystems.com



Kinépaule

organisme de formation

par un libéral pour des libéraux !

« De la tendinopathie à la rupture de coiffe opérée »

Utilisation des connaissances *biomécaniques*, *neuro physiologiques* et *cognitives* afin de restaurer le centrage et une cinématique correcte de l'épaule.

Applicable sur déficit neuro, traumato, capsulite...

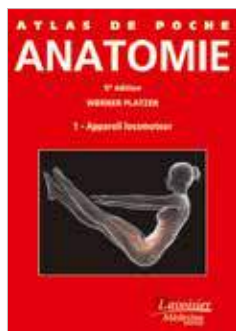
Formation en 1 seul stage sur 2 jours

allez à l'essentiel !

plus d'informations sur www.kinepaule.fr

L'ÎLE LETTRÉE

+ Par France Gardon



ATLAS DE POCHE D'ANATOMIE

Werner Platzer

Éditions Lavoisier

www.lavoisier.fr

480 pages - 26 euros

L'Atlas de poche d'anatomie en trois volumes de Platzer, Kahle, Froschter, Fritsch et Kühnel a formé plusieurs générations de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et manipulateurs radio. Concis et pratique, il offre un aperçu clair de la constitution du corps humain. L'iconographie allie la simplicité du trait à la plus rigoureuse exactitude. Le tome 1, consacré à l'appareil locomoteur, se divise en trois grandes parties : – l'anatomie générale présente les tissus, le squelette et les muscles ; – l'anatomie descriptive de l'appareil locomoteur (tronc, membre supérieur, membre inférieur, tête et cou) décrit la morphologie, la fonction et l'interaction des

os articulations, ligaments et muscles ;

– la topographie des voies de conduction périphériques de l'appareil locomoteur et du tronc aide à la représentation spatiale des vaisseaux et des nerfs. Cette cinquième édition revue est conforme à la nomenclature internationale. Des éléments cliniques ont été ajoutés afin de développer les applications cliniques et fonctionnelles de l'anatomie.

Il est destiné aux étudiants en médecine, pharmacie et sciences, aux étudiants sages-femmes ainsi qu'aux élèves des concours paramédicaux : infirmiers, kinésithérapeutes.



LE GRAND DÉSORDRE ALZHEIMER, MA MÈRE ET MOI

Sarah Leavitt

Éditions Steinkis

www.steinkis.com

128 pages - 18 euros

Sarah a toujours eu une mauvaise mémoire. Quand on diagnostique la maladie d'Alzheimer de sa mère, elle sait qu'elle doit noter tout ce qui se passe pour se rappeler les moments de folie, la beauté, la tragédie et les fous rires aussi. Elle nous entraîne avec elle dans le voyage de sa famille en Alzheimer... Un témoignage sur une maladie complexe, et un hommage d'une fille à sa mère.

Sarah Leavitt

Titulaire d'une maîtrise en création littéraire de l'Université de la Colombie-Britannique (Canada), Sarah Leavitt donne des ateliers, a élaboré un cours universitaire d'introduction sur la Bande Dessinée et participe à de nombreux festivals. Après la « carrière » internationale et l'accueil chaleureux réservé à son premier roman graphique, elle travaille actuellement au prochain.

Sélection FMT

RÉÉDUCATION EN GÉRIATRIE

Jordan Cohen - France Mourey

La prise en charge des personnes âgées est un enjeu majeur de santé publique. Sa pratique a fortement bénéficié, ces dernières années, du développement de la filière gériatrique. Une meilleure compréhension de la fragilité du sujet âgé a permis l'élaboration de nouvelles techniques de kinésithérapie plus adaptées aux patients vieillissants. Rééducation en gériatrie est la référence en rééducation des personnes âgées pour les masseurs kinésithérapeutes.



LE LIVRE SE DÉCOMPOSE EN TROIS PARTIES :

- la première partie permet la compréhension de la physiologie et des différentes théories du vieillissement ;
- la deuxième partie permet de faire le point sur les pathologies gériatriques (dominées par la fragilité, l'équilibre, les chutes et les démences) associées à leur rééducation. De nombreux schémas et exercices permettent une compréhension aisée et aident à la mise en place immédiate dans la pratique quotidienne. De plus, un nouvel arbre décisionnel a été élaboré pour aider le kinésithérapeute dans son diagnostic et dans la définition de la stratégie rééducative à adopter ;
- enfin, la troisième partie aborde différentes pistes de réflexions liées aux questionnements éthiques rencontrés en gériatrie. L'ouvrage est adapté pour une compréhension aisée de l'étudiant en kinésithérapie, mais il s'adresse également aux professionnels de la rééducation gériatrique – kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens exerçant en cabinet libéral ou en milieu hospitalier.

Éditions Lavoisier
www.lavoisier.fr

296 pages - 45 euros

CRYOTHÉRAPIE ET THERMOTHÉRAPIE RÉUNIS DANS UN APPAREIL UNIQUE **CRYO T.SHOCK**

Provoque un choc thermique physiologique
rapide - puissant - efficace - durable

DES PERFORMANCES SALUÉES À L'UNANIMITÉ PAR LE JURIS



SANS CONSOMMABLE

SANS ENTRETIEN

ECONOMIQUE

ECOLOGIQUE

AUTONOME

Démonstration sur demande

Conditions spéciales après Réduca jusqu'au 31/12/2014



5 rue SCALIERO - 06000 NICE - 04 93 62 22 66 - contact@pagani-france.fr - www.pagani-france.com

Offrez la voie vers une meilleure santé

Plus de 300 appareils
de rééducation disponibles !



Body-Solid
ProClubLine



Steelflex



PRO-DUAL



www.spiritfitness.fr

Body-Solid®
Built for Life

www.bodysolid-europe.com

Nous cherchons encore des revendeurs. N'hésitez pas à nous contacter.

Stadsheide 3 | 3500 Hasselt | Belgique | T +32 11 76 12 70 | info@bodysolid-europe.com