fmt mag.com

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

mars. 2016
n°118

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

Une exclusivité brevetée Enraf-Nonius !

Sonopuls 190 StatUS

L'ultrasonothérapie "Mains Libres"

ENRAF NONIUS
PARTNER FOR LIFE

Simple, sûre, efficace, précise et économique

(publicité)

CryOcell®

SOLUTION MINCEUR PAR LE FROID

OFFRE DE FINANCEMENT

17.900€ TTC

Valeur résiduelle 1%: 179,00€
Soit sur 60 mois =317,77€/mois*

*Hors assurance

MAIN-LIBRE
Séance d'une heure

4 PIECES A MAIN 108 et 168mm
Pour s'adapter parfaitement à la zone:
Abdomen, hanches, intérieur des cuisses
Bras, poignées d'amour, genoux, pli du dos...

TRAITE LES AMAS GRAISSEUX LOCALISES
Progressivement dès la 1ère séance

CORPODERM Healthcare Solutions
379 route de Seysses 31100 TOULOUSE
Tel: 05.62.89.16.76 - contact@corpoderm.com - **www.corpoderm.com**

Corpoderm
Healthcare Solutions

ENVIE DE FORM

29e éd

Salo

Bo Fitn

18·19·20 n

Halls 6 & 8 • Paris Exp
9h30 •

© 2015 Reebok International Limited

CONFÉRENCES FIT'PRO +

+ DES COURS DE FITNESS ET DE DANSE GRA

FITNESS • MUSCULATION • MODE • ENTRAÎNEM
• REMISE EN FORME • COACHING • F

Consultez le programme sur www.salonb

Organisé par

Reed Expositions | Direct Matin | e-santé.fr | FITNESS CHALLENGES | FITNES MANAGEME

STORZ MEDICAL

we know shock wave

L'onde de choc et ses innovations!

Traitement des fascias

Traitement des muscles para vertébraux

POUR PLUS D'INFORMATION

Tél: 01 43 75 75 20 info@shockwave-france.com
www.shockwave-france.com

STORZ MEDICAL

we know shock wave

L'onde de choc et ses innovations !

Confort de traitements

Traitement des fascias

Interactivité permanente

Traitement des muscles para vertébraux

Massage & levées de tensions

Pour test patient dans votre cabinet:

Tél: 01 43 75 75 20 info@shockwave-france.com www.shockwave-france.com

ENVIE DE FORME !

29e édition

Salon Body Fitness

18·19·20 mars 2016

Halls 6 & 8 • Paris Expo Porte de Versailles
9h30 • 19h00

Entrée à **9€** au lieu de **13€** **sur la billetterie en ligne** www.salonbodyfitness.com

© 2015 Reebok International Limited

CONFÉRENCES FIT'PRO + 2 CONVENTIONS FITNESS
+ DES COURS DE FITNESS ET DE DANSE GRATUITS + DES ATHLÈTES EN DÉMONSTRATION

FITNESS • MUSCULATION • MODE • ENTRAÎNEMENT • BIEN-ÊTRE & NUTRITION • ÉQUIPEMENTS
• REMISE EN FORME • COACHING • FORMATION • ACCESSOIRES • DIGITAL

Consultez le programme sur www.salonbodyfitness.com et restez connecté

Organisé par Reed Expositions

Direct Matin · e-santé.fr · Fitness Challenges · Fitness Management · Reebok · Mens Fitness · Bien-être MCS · Runner's World · Vivre la forme · Chérie FM

UN COLLOQUE QUI FERA DATE

Création du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

30 avril 1946

Création de l'Ordre

6 mars 2006

Réservez votre journée !

8 sept. 2016 À PARIS

70 ANS DE KINÉSITHÉRAPIE - 10 ANS DE L'ORDRE 100 % PATIENTS

" KINÉSITHÉRAPIE ET NOUVELLES TECHNOLOGIES : QUELLE PLACE POUR L'HUMAIN ? "

Une révolution est en cours. **La santé entre dans l'ère digitale, celle des biotechnologies, des nanotechnologies, de la réalité virtuelle.**
Les objets connectés ont déjà fait irruption dans nos pratiques quotidiennes. Les « serious games » ou « jeux sérieux » se développent. Certains programmes permettent un travail du patient à son domicile, travail que le kinésithérapeute peut contrôler, évaluer et modifier en fonction des résultats transmis.
Cette évolution extrêmement rapide ne peut s'affranchir d'une **réflexion éthique et déontologique.**

C'est cette réflexion qui sera au cœur du **colloque que l'Ordre organisera le 8 septembre prochain, à Paris, à l'occasion de ses 10 ans et des 70 ans de la profession.**

Cette manifestation se tiendra lors de la *Journée mondiale de la physiothérapie* et réunira des praticiens, mais aussi des chercheurs, des universitaires, des ingénieurs, des philosophes et des sociologues. Ils s'interrogeront, notamment, sur **les conséquences de l'utilisation des nouvelles technologies dans notre exercice, et sur la nécessaire place de la déontologie et d'une éthique renforcée pour préserver l'humain** qui est au cœur de la relation thérapeutique.

Pour ses dix ans, l'Ordre rappellera que **qualité des soins et sécurité des patients** sont les objectifs qui doivent nous guider dans nos choix quotidiens.

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
Conseil national
120-122 rue Réaumur 75002 PARIS

Retrouvez toute l'actualité de la profession sur : www.ordremk.fr

ÉDITO

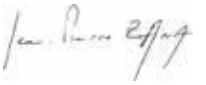
> N°118 mars.avril.mai. 2016

2015 S'EN EST ALLÉ… BON DÉBARRAS, QUE 2016 NOUS PERMETTE DE VIVRE UN PEU PLUS SEREINEMENT SERAIT-IL TROP EN DEMANDER ?

Les sujets, présents et à venir, sociaux, sociétaux et professionnels ne vont pas manquer. La France frissonne chaque jour non pas du fait du froid qui lui manque, mais de cette ambiance qui impose de se recroqueviller sur soi-même ou de retenir collé contre soi les deux pans de son manteau. Le "ça pourrait mieux aller " a remplacé le traditionnel "ça va" indiquant peut-être plus clairement une certaine peur sourde, imprévisible, redoutée et inconnue. Une sorte de… "Que va-t-il nous tomber dessus"…
Je laisse la dimension sociale et sociétale à vos quotidiens, vos hebdomadaires. Avec les réseaux sociaux, nous ne pouvons pas passer une heure sans y faire référence cela participe, oserais-je dire, à un risque politico-psycho-sociétal en devenir ? Pourtant, il me semble important de nous interroger sur le domaine en plein essor de l'automatisation, de la mécanisation des outils de production et de service de nos entreprises. Ne voit-on pas aussi apparaître dans nos cabinets et centres de rééducation des propositions de robot manutentionnaire de patient, d'une kinésithérapie virtuelle aussi et ce n'est que le début. Loin de moi l'idée de refuser la modernité, mais n'est-il pas essentiel de s'interroger sur les évolutions technologiques afin qu'elles ne remplacent pas le sens du travail humain, mais donne du sens au travail, à nos pratiques professionnelles.

Pour notre profession, la couverture d'un de nos hebdomadaires, sur un thème important pour les libéraux, nous prépare à un avenir douloureux "Après les fêtes la gueule de bois"[1]. Mais les autres sujets ne manquent pas. La mise en œuvre de la nouvelle ingénierie de formation initiale et continue peut aussi apparaître comme une vraie galère. A écouter certaines équipes, ce n'est pas simple… pour d'autres, c'est un vrai casse-tête, voire un déchirement… Comme dans tout changement, il faut d'abord se débarrasser du poids des habitudes et cela est un vrai travail difficile à faire mais indispensable. Pour ma part, je trouve, pour les unités d'enseignement à laquelle je participe, un véritable engouement à dépoussiérer mes cours et mes pratiques. Si la "psycho" était le maillon faible dans nos enseignements précédents, il est plus efficient dans les nouveaux programmes parce que plus près d'une psychologie adaptée à nos pratiques à nos rencontres avec le patient. Les questions que les étudiants vont être amenés à aborder sont plus proches des difficultés psycho-physiques de nos prises en charge. Par ailleurs, via la dynamique du développement professionnel continue (DPC), qui est un judicieux mélange d'évaluation des pratiques professionnelles, d'acquisition de connaissances et de mise en application, les professionnels de santé et les kinés en particulier seront demain encore plus ouverts à la pluridisciplinarité de leurs pratiques professionnelles.

Je suis définitivement optimiste, je continue à dîner au restaurant, à aller au concert avec ma fille à ne pas porter la kippa le vendredi ; en fait à faire ce que j'ai la chance de pouvoir faire, de pouvoir dire ce que je pense et penser ce que je dis grâce à nos valeurs républicaines.



Jean-Pierre Zana - MCMK
(Moniteur Cadre en Masso-Kinésithérapie)

1- Kinéactualité N°1430 14/01/2016

**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
Anne-Laure PERRIN
anne-laure.perrin@reedexpo.fr
01 47 56 67 03

Publicité
Ludovic LARRY
ludovic.larry@reedexpo.fr
01 47 56 67 04

Maquette
Studio Reed - Frédéric ESCLAUSE

Comité de rédaction
P. Crépin - J. Druennes - M. Dufour
F. Gardon - P. Goethals - M. Lalanne
A. Lollia - J.M. Oviève - J-P. Zana

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

Diffusion
38 000 exemplaires
Imprimé par ROTO CHAMPAGNE

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

IMPRIM'VERT®

OJD PRESSE GRATUITE 2015

Prix : 2,29 euros ISSN 1778-915X

FERROX®

EQUIPEMENTS PROFESSIONNELS POUR LA PHYSIOTHERAPIE ET REÉDUCATION

le bien-être à votre service

Contactez votre revendeur de confiance!

info@ferrox.it +39 0438 777091

> N°118 mars.avril.mai 2016

Pratique
Muscle diaphragme 10

Étude
Projections d'incidence et de mortalité par cancer en France 12

Rapport
La politique vaccinale en France 14

Rapport
Marisol Touraine engage un plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale 20

Technologie
Laser thérapeutique à haute énergie 22

Santé
Une plateforme de santé numérique et un patch qui surveille les patients à distance 24

L'île de la prévention
Les compétences à l'épreuve du dialogue pour le développement de l'activité 26

Matériel
L'innovation chez GENIN ne date pas d'hier... 30

Étude
Les Français et les professionnels de santé 32

Découverte
Développement du cerveau découverte d'un nouveau mécanisme 34

Réflexion
Automatisation, mécanisation, virtualisation signifient-elles la fin du travail ? Une société sans emploi ? 36

Kiné du Monde
Larges voiles au vent 38

Savoirs
Effets des entraînements aérobies et anaérobies chez les patients atteints de mucoviscidose 40

Étude
Les oreilles des jeunes au bord du précipice ! 48

Colloque
Soigner les professionnels de santé vulnérables 50

Livre
La philosophie de Metabolic Profil® expliquée en un ouvrage 60

Services
Installation de cabinet kiné de A à Z 62

L'île léttrée 63

Formation Continue
Qualité et Contenus 64

Rapport
L'hospitalisation à domicile 66

Découverte
Tuberculose, découverte d'une étape critique de l'évolution du bacille vers la pathogénicité 70

Recherche
Cancer de la prostate, comprendre son agressivité chez les patients obèses 72

Rencontre
Beaucoup de bruit pour mieux s'entendre 74

p.14

RAPPORT

La politique vaccinale a fait l'objet de controverses et ce depuis de très nombreuses années. <<<

p. 22

TECHNOLOGIE

Utilisé depuis plus de 15 ans en Italie, le laser à haute énergie se développe progressivement en France grâce à une meilleure compréhension de ses effets thérapeutiques. >>>

p. 38

KINÉS DU MONDE

Thanh Tâm School est un centre qui accueille 250 enfants atteints de déficience auditive, mentale, ou de paralysie cérébrale dans la région de Danang. <<<

p. 48

ÉTUDE

Alors que la réglementation protège les oreilles des travailleurs, celles de nos enfants sont en danger imminent. >>>

p. 66

RAPPORT

La Cour des comptes a rendu public, le 20 janvier 2016, un rapport sur les évolutions récentes de l'hospitalisation à domicile <<<

fmt mag.com

Abonnement

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

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

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

Biofeedback
Électrothérapie
Échographie

YSY EST ÉVOLUTION 4

Combiné Biofeedback / Stimulation informatisé

2 voies EMG, 2 voies manométriques, 4 voies de stimulation, 4 générateurs
Véritable Biofeedback temps réel sans perturbation (précision : 0.1 µV / 0.1 cmH_2O)
Multiplicité des écrans BFB pour une compréhension parfaite du patient
Programmes ludiques / jeux animés
Confort de stimulation reconnu par tous
Bilans de début et de fin de traitement
Planches anatomiques avec zoom intégré

U50

Échographe portable avec doppler couleur

Idéal en musculo-squelettique avec sa sonde linéaire haute définition à 14.8 MHz
Optimisations automatiques d'imagerie en fonction de l'examen sélectionné
(corrélation spatiale, réduction de speckle, technologie multi faisceaux, fréquences harmoniques...)
Modes d'imagerie : B, 2B, 4B, B+M, M, PW, CW, CFM, PDI, DICOM

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 Michel Dufour

Muscle diaphragme

Si un muscle du tronc est bien connu, valorisé par sa fonction vitale, et travaillé en rééducation comme en gymnastique, c'est bien le diaphragme. Les points essentiels sont aussi assez bien connus, cela concerne sa morphologie originale, son innervation haute, ses rapports avec les culs-de-sac pleuraux, les orifices livrant passage aux 3 gros tubes que sont l'aorte, l'oesophage et la veine cave inférieure (Fig. 1). Il est plus délicat de synthétiser tout cela en croquis, notamment en se limitant à 3 ce qui, à nouveau, reprend les classiques plans anatomiques qui sont a priori la preuve d'avoir probablement fait le tour de la question. On peut les classer par ordre d'importance :

- **la coupe frontale** (a) montre une vue antérieure de la partie postérieure du muscle. Elle a l'avantage de poser presque tout le problème. S'il n'y avait qu'un seul croquis à conserver, ce serait celui-là. Il convient donc de le placer à gauche pour débuter la lecture. Il montre l'essentiel de la myologie de ce muscle : les piliers principaux, secondaires, les 3 arcades fibreuses (même si leur visualisation détaillée mériterait un croquis spécifique supplémentaire). L'innervation par les 2 nerfs phréniques (venant de C4) et la vascularisation issue de l'aorte sont représentées. Il faut noter la relative verticalité des fibres charnues (contrairement à des schématisations où elles sont représentées trop obliques), cela est indispensable pour expliquer que l'action élévatrice des côtes (dont l'axe costovertébral impose mécaniquement l'écartement) ne soit guère gênée par la très faible composante de rapprochement. Cette même disposition montre (légende 21 de la Fig. 1) le cul-de-sac pleural latéral permettant le glissement à la manière d'un piston dans la chambre d'un cylindre ;

- **la vue supérieure** (b), assez classique, traduit le plan transversal et complète les choses en montrant l'aspect à 3 folioles du centre phrénique ainsi que les bandes fibreuses semi-circulaires qui les réunissent 2 à 2, limitant à droite le foramen de la veine cave inférieure (VCI) et du nerf phrénique droit. On voit également le passage du nerf phrénique gauche en avant de l'intersection des 2 autres folioles. En arrière, on distingue les hiatus oesophagien et aortique ;

- **la coupe sagittale** (c) est un croquis simple, il a pour avantage de montrer les importants rapports du diaphragme avec les éléments qui le traversent : le hiatus aortique au niveau de T12, le hiatus oesophagien au niveau de T10 et le foramen de la VCI au niveau de T9. Il montre, en outre, le rapport avec le cul-de-sac pleural postérieur. On voit l'obliquité du diaphragme et on peut donc évoquer d'une flèche l'action d'abaissement du centre phrénique (rôle inspirateur et de compression du caisson abdominal).

Au total, ces 3 croquis, assez simples à reproduire de façon schématique, permettent de bien camper les choses importantes à retenir à propos du diaphragme.

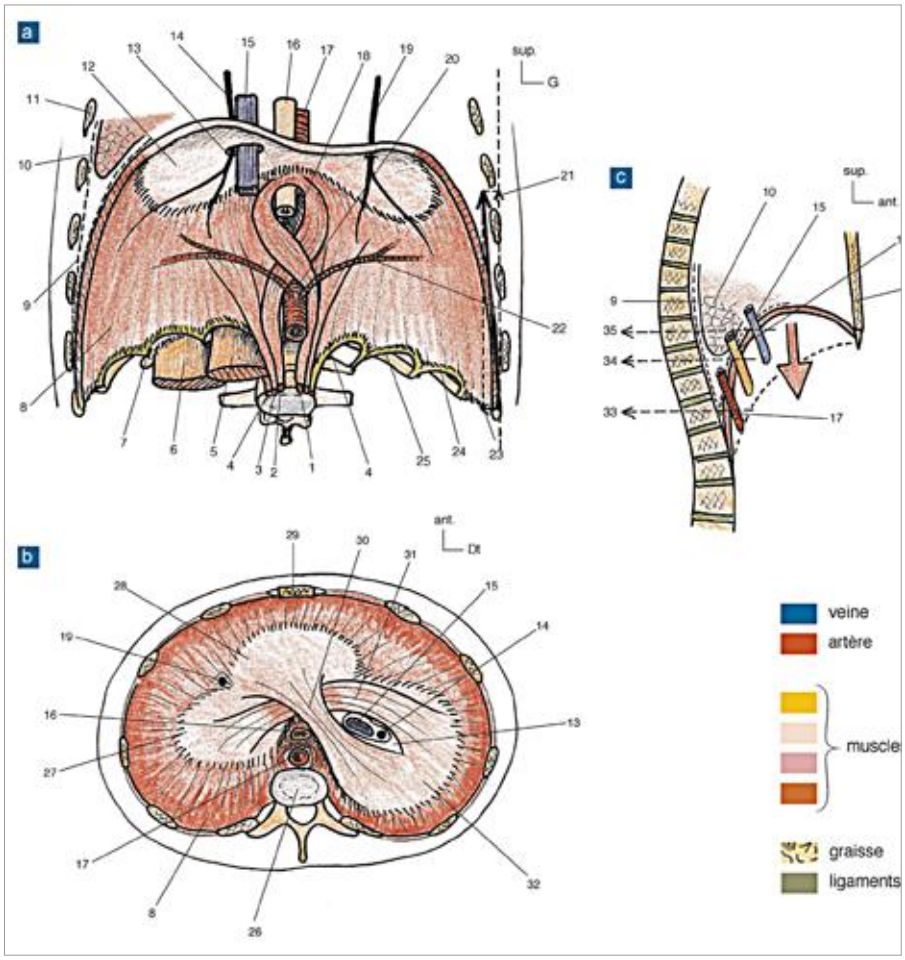


Figure 1. **Muscle diaphragme.**
1 : Vertèbre L2 ; 2 : Pilier principal droit ; 3 : Pilier accessoire droit ; 4 : Arcade médiale (du psoas) ; 5 : Muscle psoas ; 6 : Muscle carré des lombes ; 7 : 12e côte ; 8 : Muscle diaphragme ; 9 : Plèvre ; 10 : Poumon droit ; 11 : 5e côte ; 12 : Centre phrénique ; 13 : Foramen de la veine cave ; 14 : Nerf phrénique droit ; 15 : Veine cave (VCI) ; 16 : Èsophage ; 17 : Artère aorte ; 18 : Hiatus oesophagien ; 19 : Nerf phrénique gauche ; 20 : Hiatus aortique ; 21 : Composante élévatrice du diaphragme ; 22 : Artère phrénique gauche ; 23 : Composante de rapprochement costal du diaphragme ; 24 : Arcade latérale ; 25 : Arcade intermédiaire (du carré des lombes) ; 26 : Colonne vertébrale ; 27 : Foliole gauche ; 28 : Foliole antérieure ou ventrale ; 29 : Sternum ; 30 : Bande fibreuse semicirculaire crâniale ; 31 : Bande fibreuse semi-circulaire caudale ; 32 : Foliole droite ; 33 : T12 ; 34 : T10 : 35 : T9.

En partenariat avec Kinésithérapie la revue

Extrait du N°168 décembre 2015

WINBACK®

PHYSIO

PHYSIO

SPORT

BEAUTY

EN 2016 PASSEZ À LA VITESSE SUPÉRIEURE AVEC LA TECAR 4.0

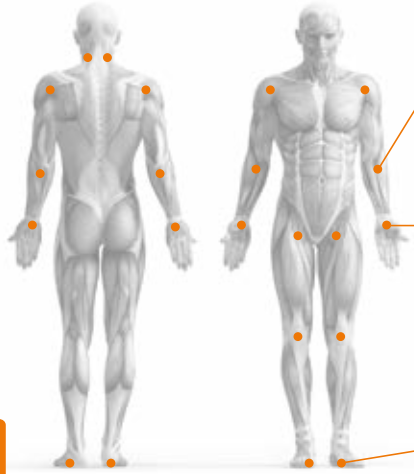
TECAR 4.0 de WINBACK repose sur la technologie de haute fréquence où les deux électrodes au contact du patient sont regroupées en 1 seule. Appelée **MIX,** cette électrode offre **une énergie focalisée** et superficielle avec une réaction tissulaire immédiate.

MIX3
(TRIPOLAIRE)
(BODY & FOCUS)

MIX6
(HEXAPOLAIRE)
(BODY)

6 FOIS PLUS RAPIDE

La technologie **MIX** stimule en moins de **30 secondes** les tissus en y apportant les mêmes effets vasculaires, antalgiques et cicatriciels qu'un traitement classique en **TECARTHÉRAPIE.**



L'OEIL DU PRO PAR WINBACK ACADEMY
Pour certaines pathologies localisées, il est nécessaire d'avoir un surcroit d'énergie focalisée pour traiter : des aponévroses, des adhérences de cicatrices ou bien encore des tendinopathies superficielles, les troubles lymphatiques (sans compression),Maladie de Dupuytren, Traitement post opératoire de la main et du pied, périostite tibiale et les imperfections esthétiques.

*Toutes les informations au **04 93 08 85 81***
*ou par mail **contact@winback.com***
www.winback.com

+ Par Philippe Goethals

Projections d'incidence et de mortalité par cancer en France

Le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer publient de nouvelles projections d'incidence et de mortalité par cancer en France métropolitaine pour l'année 2015. Le rapport estimerait à 385 000 le nombre de nouveaux cas de cancer, et à un peu moins de 150 000 le nombre de décès par cancer. L'objectif principal des projections d'incidence et de mortalité par cancer est d'estimer, pour l'année en cours, les nombres attendus de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer au niveau national.
Ces projections 2015 ont été produites, pour 19 localisations tumorales solides, à partir des données d'incidence observées jusqu'en 2011 dans les départements couverts par un registre du réseau Francim ainsi que des données de mortalité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Pour chaque localisation cancéreuse, des hypothèses d'évolution ont été définies, pour la période 2011-2015.

LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Incidence (nombre de nouveaux cas)
Pour l'année 2015, l'étude estimerait ainsi à 385 000 le nombre de nouveaux cas de cancer, dont près de 57 % chez l'homme, soit environ 211 000 cas et 43 % chez la femme, soit 174 000 cas.
Les nouveaux cas de cancer chez l'homme resteraient majoritairement représentés par les cancers de la prostate, même s'il n'a pas été possible de réaliser une projection pour ce cancer (53 400 cas estimés en 2011). Le cancer du poumon resterait le deuxième cancer le plus fréquent, avec environ 30 400 nouveaux cas, devant le cancer du côlon-rectum (environ 23 500 nouveaux cas).

Chez la femme, le cancer du sein, avec environ 54 000 nouveaux cas, resterait de loin le plus fréquent, devant les cancers du côlon-rectum (19 500 nouveaux cas) et du poumon (14 800 nouveaux cas).

Mortalité
Le nombre estimé de décès par cancer s'élèverait à un peu moins de 150 000, dont 56 % chez l'homme (84 000 décès) et 44 % chez la femme (65 000 décès).
Les cancers responsables du plus grand nombre de décès chez l'homme demeureraient les cancers du poumon (21 000 décès), du côlon-rectum (9 300 décès) et de la prostate (8 700 décès).

Chez la femme, le cancer du sein serait également toujours à l'origine du plus grand nombre de décès, avec environ 11 900 décès, suivi par le cancer du poumon (9 600 décès), et le cancer du côlon-rectum (8 500 décès).

LES HYPOTHÈSES RETENUES POUR LES 19 LOCALISATIONS PERMETTENT DE PRÉVOIR, POUR L'ENSEMBLE DES CANCERS

- une stabilisation du taux d'incidence standardisé[1] des cancers (tous types confondus) chez l'homme ;
- une augmentation de ce taux chez la femme ;
- une diminution du taux de mortalité standardisé pour les deux sexes.

Compte tenu des évolutions démographiques (accroissement et vieillissement de la population), ceci se traduit par une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer pour chaque sexe et une stabilisation du nombre de décès par cancer. Comme toute prédiction, ces données comportent un certain degré d'incertitude et ne permettent pas de reconstituer des tendances temporelles.

Ces projections étant désormais destinées à être mises à jour tous les deux ans, les prochaines sont prévues pour l'année 2017 et devraient être publiées fin 2016-début 2017. Des estimations d'incidence et de mortalité par cancer seront publiées en 2018.

POUR ALLER PLUS LOIN

Comment sont produites les projections d'incidence ?
Les projections en 2015 proviennent d'une modélisation des données d'incidence observées dans les registres des cancers du réseau Francim et des données de mortalité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC, Inserm), sur la période 1980-2011.

Des hypothèses d'évolution sur la période récente (2011-2015) ont été définies, sur la base de l'évolution des facteurs de risque de chaque cancer, des tendances observées dans d'autres pays, et de l'évolution récente d'autres sources de données comme les mises en affection de longue durée (ALD). Trois scenarii ont été étudiés. Soit on considère que :

- l'incidence va suivre l'évolution observée sur la période récente (2008-2011) ;
- son taux va rester constant entre 2011 et 2015 ;
- l'incidence va suivre l'évolution moyenne observée sur une longue période (1980-2011).

Quelles ont été les hypothèses retenues pour les projections d'incidence ?
Le scénario majoritairement retenu est celui d'une poursuite de la tendance récente observée jusqu'en 2011, comme par exemple :

- une baisse de l'incidence pour les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx, de l'œsophage, de la vessie chez l'homme ; des cancers du col de l'utérus, de l'ovaire, du côlon-rectum chez la femme ;
- une augmentation de l'incidence du mélanome, des cancers de la thyroïde, du rein chez l'homme et les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx, de l'œsophage, du poumon, de la vessie, du corps de l'utérus, le mélanome, de la thyroïde chez la femme ;
- une stabilité de l'incidence pour les cancers du poumon, du testicule chez l'homme.

Pour le cancer du sein, chez la femme, le scénario d'une stabilisation entre 2011 et 2015 a été retenu au regard des évolutions observées dans d'autres pays, contrairement à l'évolution observée avant 2011 en France.

Pour le cancer de la prostate, en raison du caractère difficilement prévisible des pratiques de dépistage, il n'a pas été possible de choisir une hypothèse. Seule l'estimation de l'année 2011 est rapportée.

Comment sont produites les projections de mortalité ?
Comme pour l'incidence, les projections de mortalité sont produites à partir d'une modélisation des données de mortalité du CépiDc sur la période 1980-2011 et des hypothèses sur l'évolution de la mortalité pour chaque localisation cancéreuse entre 2011 et 2015 sont choisies parmi 3 scénarii similaires à ceux de l'incidence.

Quelles ont été les hypothèses retenues pour les projections de mortalité ?

Concernant la mortalité, pour toutes les localisations, l'hypothèse d'une « poursuite de la tendance récente observée jusqu'en 2011 » a été retenue, c'est-à-dire :

- une diminution de la mortalité pour la quasi-totalité des localisations quel que soit le sexe ;
- une augmentation de la mortalité pour le cancer du poumon chez la femme ;
- une stabilité de la mortalité par mélanome, par cancer du rein chez l'homme.

(source INCA)

(1) *Nombre de cas pour 100 000 personnes/an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale. C'est-à-dire des chiffres qui permettent des comparaisons dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.*

CECI N'EST PAS UN ELLIPTIQUE

ARC TRAINER CYBEX

ELLIPTIQUE VS **ARC TRAINER**

MOUVEMENT UNIQUE

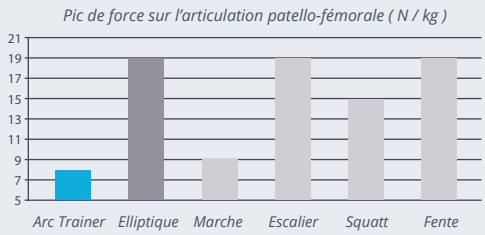
Un mouvemement biomécanique unique conçu pour l'Arc Trainer.

Elliptique *Arc Trainer*

Sans extension de hanche, fluide et confortable, le mouvement de l'Arc Trainer favorise la réalisation d'exercices plus longs et plus intenses.

SANS DOULEUR ARTICULAIRE

84% de contraintes articulaires en moins avec un Arc Trainer.*



**Etude réalisée par l'Université de Caroline du Nord - Dpt de Kinésiologie*

EFFICACITÉ DU MOUVEMENT

16% de calories brûlées en plus sur un Arc Trainer.*

Pour un même effort percu, l'Arc Trainer permet de brûler plus de calories, de consommer plus d'oxygène, de développer l'endurance musculaire et donc de réaliser une rééducation plus efficace.

**Etude réalisée par l'Université de Wisconsin - Lacrosse*

Retrouvez le livre blanc et toutes les études scientifiques sur **l'Arc Trainer Cybex** auprès d'Athlex - info@athlex.fr - www.athlex.fr

+ Par Philippe Goethals

La politique vaccinale en France

La politique vaccinale a fait l'objet de controverses et ce depuis de très nombreuses années. Le rôle majeur de la vaccination en santé publique, avec son succès tangible lié à des baisses de mortalité et de morbidité pour des maladies graves, avait conduit à la plupart des scientifiques et les pouvoirs publics à écarter pendant longtemps ce sujet du débat. Limités pendant longtemps au champ des « mouvements anti-vaccinations », les questionnements émanent aujourd'hui également d'autres acteurs. Les interrogations portent notamment sur l'intérêt et de l'innocuité des vaccins. Le contexte a changé. L'expertise dans ce domaine s'est complexifiée. Une certaine méfiance s'est installée vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques et, même si elle n'est pas majoritaire, vis-à-vis de la vaccination. « La recommandation vaccinale ne se situe donc plus dans un univers consensuel, mais durablement controversé dans lequel la portée et les limites de l'expertise sont redéfinies »[1]. Dans le même temps, on constate la persistance des flambées épidémiques de maladies à prévention vaccinale et des lacunes dans la couverture vaccinale. Cette situation et l'avis du Haut conseil de santé publique (HCSP) de septembre 2014 concernant la vaccination sur les principes de l'obligation vaccinale et de la levée des obstacles financiers à la vaccination méritent donc une réponse.

1. LA DIFFÉRENCIATION ACTUELLE ENTRE LES VACCINS OBLIGATOIRES ET RECOMMANDÉS N'EST PAS PERTINENTE

Les obligations concernent la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Contre la diphtérie et le tétanos, seule la primo-vaccination avec le premier rappel à 11 mois est obligatoire. Contre la poliomyélite, la primo vaccination et les rappels sont obligatoires jusqu'à l'âge de 13 ans. D'autres vaccins ne sont que recommandés en population générale et non obligatoires, alors que la vaccination contribue à une protection collective vis-à-vis de maladies infectieuses graves à transmission interhumaine. Il s'agit notamment de maladies pour lesquelles la vaccination est recommandée pour tous les enfants/adolescents : coqueluche, rubéole, rougeole, oreillons, infections invasives à haemophilus influenzae de type B, à pneumocoque, à méningocoque C, hépatites B, Infection à papillomavirus humains (HPV). Or, la différence entre les vaccinations désignées comme recommandées et les vaccinations désignées comme obligatoires n'apparaît cohérente ni sur le plan épidémiologique, ni sur celui des objectifs poursuivis et relève d'un contexte historique. Pourtant, cette différence de statut entre vaccins obligatoires et vaccins recommandés a des conséquences administratives, pénales et sur les modalités d'indemnisation. C'est notamment dans ce contexte peu lisible que les personnes doivent décider des vaccinations dont ils souhaitent faire bénéficier leurs enfants. Le statu quo n'est pas possible dans ce domaine.

2. LA POLITIQUE VACCINALE ABOUTIT À DES RÉSULTATS CONTRASTÉS

L'incidence des maladies à prévention vaccinale et l'analyse de l'impact des niveaux de couverture montrent que les résultats diffèrent selon les maladies. L'impact épidémiologique du taux de couverture vaccinale sur les maladies à prévention vaccinale, analysé par l'Institut de veille sanitaire (InVS) va dans le sens de résultats tout à fait satisfaisants de la politique vaccinale pour la diphtérie et la poliomyélite et pour le tétanos chez l'enfant. Mais ce constat est plus nuancé pour les infections invasives à méningocoques, la rougeole et la rubéole, la grippe et l'hépatite B.

Ces données posent la question d'une relation entre les résultats de la politique vaccinale française et l'existence d'une obligation pour certaines vaccinations. Les taux de couverture vaccinale sont élevés pour les vaccinations à caractère obligatoire comme le DTP, ou les valences associées sous forme de vaccins multivalents (coqueluche et Hib notamment). Néanmoins, le taux élevé de vaccination contre les pneumocoques (PCV-13) témoigne de la possibilité d'obtenir un taux de couverture satisfaisant en l'absence d'obligation. Par ailleurs,

1 Torny D, La politique vaccinale en situation controversée durable, Société française de santé publique, Lille, 2011

Moi c'est l'ANGAK !

Ma cotisation n'a pas bougé depuis 10 Ans

et j'en suis ravie !

190 € ttc

ANGAK
27000 *
Adhérents

Association Nationale de Gestion agréée de Professions de Santé

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

N° de Formateur : 73 31 06752 31 pour ses formations gratuites

L'ANGAK est certifiée Qualité Iso 9001

05 61 99 52 10

www.angak.com

*** Données au 15/04/2015**

+ Par Philippe Goethals

le caractère obligatoire d'une vaccination protège en quelque sorte des disparités géographiques et sociales et favorise une équité sur l'ensemble des territoires. Les résultats de la politique vaccinale s'apprécient également en tenant compte des effets indésirables liés à la vaccination. Ils constituent un élément majeur de la balance Bénéfices/ Risques de toute vaccination. L'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) a notamment pour mission de garantir la sécurité des vaccins tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à la surveillance après autorisation de mise sur le marché. La politique vaccinale s'appuie sur la connaissance de ces effets indésirables et les recommandations peuvent être modifiées pour en tenir compte. L'efficacité est également analysée.

3. L'ADHÉSION À LA VACCINATION NE PEUT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME ACQUISE D'EMBLÉE

Les difficultés d'adhésion diffèrent selon les vaccins et les maladies concernées. **Pour les patients comme pour les médecins, la balance bénéfices/risques individuelle constitue l'élément de décision principal et s'accompagne, dans la majorité des cas, d'un impact collectif positif à valoriser.** La prescription des vaccinations nécessite un dialogue nourri entre le médecin et le patient ou son représentant visant à éclairer au mieux le consentement du patient ou de son représentant afin d'arriver à une décision partagée. La tolérance du vaccin constitue un élément majeur dans la décision de prescription d'un vaccin et dans celle d'acceptation par le patient. Les professionnels de santé constituent plus que des simples vecteurs de l'information. Leur capacité à expliquer au patient les différents éléments de la balance / bénéfices risques, y compris ceux concernant les effets indésirables des vaccins est déterminante. Cette relation médecin-patient est d'une importance capitale. L'étude de la DREES sur les attitudes et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination montrait que seuls 46,2% des médecins généralistes se sentent à l'aise pour donner des explications aux patients sur les adjuvants[2]. La perception du risque lié aux adjuvants nécessite probablement une autre organisation permettant un positionnement qui soit plus lisible pour les patients comme pour les médecins prescripteurs, en les associant à une réflexion portant notamment sur les risques de la non-vaccination. L'efficacité du vaccin et la perception de la maladie liée notamment à son incidence interviennent également fortement. Lors de différentes auditions, l'idée que les succès de la vaccination a en quelque sorte contribué à la défiance envers les vaccins a été plusieurs fois émise. La notion d'impact positif de santé publique joue aussi. Si la vaccination est d'abord un acte de prévention individuel, pour certaines maladies à transmission interhumaine, cet acte de prévention individuel contribue également à la prévention collective par une protection indirecte liée l'acquisition d'une immunité de groupe.

Une information et une communication régulière sur les sujets relatifs à la vaccination sont indispensables à l'adhésion des professionnels de santé et du public concerné. La mise en place par l'INPES puis par la nouvelle agence nationale de santé publique d'un site dédié à la vaccination est souhaitable. Ce site devrait comporter un volet grand public et un volet pour les professionnels de santé sans restriction d'accès et une rubrique « questions/ réponses ».

Les informations diffusées par les réseaux sociaux constituent aujourd'hui un moyen de communication à ne pas négliger. L'INPES doit intervenir de façon structurée et officielle sur les réseaux sociaux. Le site de l'ANSM constitue une source précieuse d'informations mais tous les acteurs, et en particulier les médecins prescripteurs, n'ont pas forcément le temps de le consulter. La connaissance des effets indésirables des vaccins constitue un facteur indispensable à l'adhésion à la vaccination, pour les professionnels de santé comme pour les usagers. Une information directe pour les professionnels de santé concernant notamment les effets indésirables des vaccins apparaît nécessaire. Le grand public doit disposer d'une information validée notamment par la DGS et les agences de sécurité sanitaire sur les effets indésirables des vaccins. Afin de permettre une décision éclairée, il est également essentiel que l'information sur les effets indésirables des vaccins soit complétée par une information sur les risques évités par le vaccin et sur l'efficacité des vaccins. Les professionnels de santé doivent également être informés de façon directe d'éventuelles tensions d'approvisionnement, des motifs de ces tensions et des évolutions possibles dans ces domaines. Parvenir à une confiance retrouvée sur la vaccination nécessite l'implication des professionnels de santé ce qui suppose une information transparente et régulière sur l'ensemble des sujets relatifs à la vaccination. La Direction générale de la santé, avec les contributions des Agences de santé concernées et en lien avec les professionnels de santé, doit éditer un bulletin électronique périodique à destination des professionnels de santé sur les derniers développements concernant les vaccins et les politiques de vaccination. Il doit être accessible sans restriction sur internet.

L'adhésion à la vaccination nécessite une transparence et une clarté des messages qui suppose un pilotage du système où chacun des acteurs de la politique vaccinale trouve sa place. La complexité du système et l'importance des enjeux de santé publique imposent d'affirmer clairement le pilotage de la politique vaccinale par la DGS. Les échanges entre l'ANSM, l'ONIAM et la DGS devraient être davantage formalisés afin de potentialiser les connaissances en matière de survenue et d'indemnisation des effets indésirables. La communication entre la DGS et les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, devrait être renforcée par des temps d'échange réguliers et structurés autour des sujets de santé publique dont celui de la vaccination. Un comité des parties prenantes, présidé par la DGS sera sollicité régulièrement pour faciliter la compréhension mutuelle des différents acteurs et éclairer la décision publique en matière de vaccination. Le CTV joue un rôle d'expertise multidisciplinaire intégrant notamment expertise médicale et économique qui plaide pour son rattachement à la HAS. Le CTV est également amené à répondre en urgence à des saisines de la DGS or ce type de mission s'intègre mal dans une structure comme la HAS. Un comité d'experts doit assurer la réponse aux saisines en urgence de la DGS sur des sujets relatifs à la vaccination. L'InVS et L'INPES, qui devraient être réunis dans la future Agence de santé publique, constituent des partenaires incontournables pour élaborer et adapter la politique vaccinale. Le rôle de l'ANSM sur les effets indésirables des vaccins, leur efficacité et leur disponibilité conditionne également l'efficacité de la politique vaccinale. Les médecins et les professionnels de santé sont des partenaires incontournables.

L'absence de reste à charge pour le patient apparaît comme un vecteur d'adhésion à la vaccination mais pas la gratuité. Lors des auditions, le reste à charge des patients n'est pas apparu comme un frein à la vaccination. Le taux de couverture vaccinal n'est du reste pas meilleur pour les vaccins remboursés à 100% par l'assurance maladie (grippe pour les populations ciblées, ROR) que pour les vaccins remboursés à 65% par l'assurance maladie comme celui ciblant le pneumocoque. La gratuité des vaccins entraînerait un transfert de charge des assurances maladies complémentaires vers l'assurance maladie obligatoire. Or, il n'est pas certain que ce gain réalisé par l'AMC se répercute sur les assurés.
Pour des vaccins particulièrement coûteux comme les vaccins anti-HPV, le critère financier peut intervenir mais il semble que ce soit à la marge. Lors des auditions, le coût de vaccin anti- HPV a parfois été cité comme un frein à la vaccination, mais pas comme le frein principal, attribué aux inquiétudes liées aux effets indésirables potentiels.

Cependant, pour les patients qui doivent avancer le ticket modérateur, le prix d'achat du vaccin HPV peut poser problème, il convient d'être vigilant dans ce domaine. D'autres pays procèdent par achats groupés mais les enseignements internationaux plaident pour approfondir avec prudence cette piste à l'échelle nationale dont l'intérêt est à relativiser du fait notamment de l'émergence d'organismes acheteurs de vaccins à l'échelle internationale. En outre, La mise en œuvre effective d'achats groupés pour les vaccins

2 Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes, Etudes et Résultats n°910, DREES, mars 2015

Zimmer
MedizinSysteme

LA thérapie laser haute puissance

Opton*Pro*

Traitement à la vitesse de la lumière laser haute-puissance jusqu´à 7000 mW...

Opton 4

Le traitement laser utilise un rayonnement à haute énergie faisant pénétrer de grandes quantités de lumière dans les tissus.

Ondes de choc radiales

enPuls*Pro*

Appareil de traitement par ondes de choc radiales par balistique à haute énergie.

enPuls 2

Nouveau design

Zimmer Elektromedizin France
24, avenue J. Masset
69009 Lyon
Tel. 04.78.83.55.36
Fax 04.78.83.83.94
zimmer.cryo@wanadoo.fr
www.zimmermed.fr
www.zimmer-enpuls.de

+ Par Philippe Goethals

supposerait une organisation logistique adaptée et dont les coûts devraient être maîtrisés

La simplification du parcours vaccinal permettrait d'améliorer l'adhésion à la vaccination. Disposer de vaccins au cabinet médical faciliterait le parcours vaccinal mais présente des contraintes organisationnelles. Les auditions ont confirmé que la connaissance du statut vaccinal permet une simplification du parcours. La mise en œuvre d'un carnet électronique compatible avec les logiciels métiers constitue une priorité pour permettre la connaissance statut vaccinal du patient.

L'adhésion des patients à la vaccination suppose une implication des différents professionnels de santé. Le rôle majeur et incontournable des médecins en particulier des médecins généralistes a été souligné. Il importe également de faciliter l'information de l'ensemble des professionnels de santé. Une incitation financière à la vaccination pour les médecins ne paraît pas pertinente. Elle ne peut contrebalancer un manque de confiance ou d'informartion. Lors des auditions, les médecins ont plusieurs fois insisté sur le temps passé à expliquer l'intérêt des vaccinations qui va en augmentant dans le contexte actuel. L'hypothèse d'une cotation spécifique pour la vaccination a été assez peu développée. Dans l'enquête de la DREES, moins d'un tiers des médecins considèrent utile une cotation spécifique pour une consultation dédiée à la vaccination

4. LES OBLIGATIONS VACCINALES DES DIFFÉRENTS PAYS DOIVENT ÊTRE ÉTUDIÉES EN INTÉGRANT LES OBLIGATIONS QUI CONDITIONNENT L'ADMISSION EN COLLECTIVITÉ.

Les résultats comparés de la politique vaccinale au travers des taux de couverture entre la France et les autres pays sont variables. Peu de pays ont maintenu des obligations vaccinales au niveau national. Dans certains cas l'obligation s'applique pour les enfants à l'entrée en collectivité avec un degré de contrôle du respect de cette obligation et un degré d'acceptation d'exemption variables. Jusque là, la France a des taux de couverture vaccinale comparables voire meilleurs que les autres pays pour les vaccins obligatoires, mais moins bon que certains pays pour la plupart des vaccins recommandés. Les flambées épidémiques concernant la rougeole dans d'autres pays les amènent toutefois à prendre des mesures pour y faire face. Le cas de diphtérie constaté en Espagne témoigne de la réalité du risque de ce type de maladie. Enfin, la situation internationale (conflits amenant à une interruption des campagnes de vaccination, voyages, déplacements de population) amène à une vigilance accrue. Les comparaisons internationales conduisent logiquement à s'interroger sur la pertinence d'une levée de l'obligation vaccinale mais également à en peser les risques du fait du contexte décrit et des situations auxquelles certains pays ont aujourd'hui à faire face.

5. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE VACCINALE SUPPOSE DE PRENDRE EN COMPTE LA QUESTION DE LA DISPONIBILITÉ DES VACCINS.

En premier lieu, une obligation vaccinale ne peut être respectée que si les vaccins sont disponibles. La présence de la valence hépatite B dans le seul vaccin multivalent disponible pour répondre aux obligations vaccinales a constitué un facteur de défiance.
En cas de ruptures d'approvisionnement, les stratégies vaccinales initiales sont nécessairement revues pour prendre en compte les ruptures d'approvisionnement et impactent l'organisation des prises en charge.
Ces adaptations doivent faire l'objet d'échanges avec les professionnels de santé puis d'une communication élargie à l'ensemble des parties prenantes, sous l'égide de la DGS.

Les ruptures de stock sont liées pour partie à la spécificité du marché des vaccins. Pour les prévenir, il convient notamment de favoriser les technologies qui permettent de réduire le risque de contamination et donc les interruptions de produit et celles augmentant la durée de vie du vaccin ou raccourcissant le délai nécessaire pour étendre sa production. Les ruptures sont liées selon les cas aux décisions de firmes qui décident de quitter le marché, à des problèmes de production, au respect d'exigences de bonnes pratiques de fabrication, à un changement dans la formulation recommandée. L'ANSM joue un rôle majeur dans le suivi et le traitement des ruptures de stocks. Ainsi, l'ANSM évalue notamment le risque lié aux caractéristiques de la rupture de stock : durée, circuit touché, cause. Une communication officielle sur les raisons des ruptures de stock est indispensable afin de mieux expliquer la réalité de ces ruptures de stocks parfois présentées notamment sur les réseaux sociaux comme des stratégies délibérées des laboratoires pour augmenter leur profit. En cas de rupture de stock, l'orientation des chaines de production à privilégier prend en compte les intérêts industriels si aucun garde-fou n'a été prévu. Parmi les facteurs qui conditionnent l'adhésion à la vaccination figure la disponibilité des vaccins. Depuis plusieurs années, la France comme les autres pays est confrontée à des épisodes de rupture de stock sur certains vaccins ou à des tensions d'approvisionnement. Des stratégies doivent être mises en œuvre pour atténuer les risques de rupture. La maîtrise de l'achat des vaccins par les autorités sanitaires est décrite comme efficace mais les pénuries subies aux Etats Unis ne semblent pas confirmer cette hypothèse. Le développement de stocks pour les certains vaccins est utilisé dans d'autres pays pour faire face à d'éventuelles ruptures d'approvisionnement. Mettre en place des stocks pour certains vaccins, sur proposition du CTV, permettrait afin de faire face à d'éventuelles ruptures d'approvisionnement. Un effort sur le raccourcissement des délais d'approbation en situation de pénurie peut s'avérer utile et ce type de stratégie est déjà mis en œuvre par l'ANSM. La prévention et l'anticipation des tensions d'approvisionnement et des ruptures de stock supposent un échange régulier avec les producteurs de vaccins. Le CEPS pourrait contribuer à l'anticipation des ruptures de stocks en prévoyant, lors des négociations sur les prix une clause relative à un volume minimal de doses à fournir, en deçà duquel le laboratoire devrait s'acquitter d'une indemnité compensatoire.

6. AVANT TOUT CHOIX ENTRE OBLIGATIONS ET RECOMMANDATIONS VACCINALES, UN DÉBAT PUBLIC ET UNE CONFÉRENCE DE CONSENSUS SCIENTIFIQUE SONT INDISPENSABLES

Le conseil constitutionnel a jugé que le caractère obligatoire de la vaccination, présent dans le code de la santé publique, n'était pas contraire à la Constitution de 1958, rappelant qu'il appartenait au Parlement dedéfinir une politique de vaccination afin de protéger la santé individuelle et collective. Toutefois, si le principe de l'obligation vaccinale n'est pas remis en cause et même confirmé, cela ne signifie pas que la question de la pertinence de l'obligation vaccinale et des résultats de la politique ne doit pas se poser. La question est bien de savoir s'il est opportun de remplacer les vaccinations obligatoires par d'autres stratégies qui conduiraient à une adhésion « consentie » à la vaccination, sans pour autant dégrader les taux de couverture vaccinale, voire en les améliorant. Un débat public et une conférence de consensus scientifique sur la vaccination doivent permettre d'éclairer les décisions publiques dans ce domaine. Les objectifs du débat public doivent être clairement définis. Il devrait aborder les risques liés à la vaccination mais également les risques liés à une non-vaccination. Ce débat public doit être organisé par une ou des institutions qui présentent une neutralité sur ces différentes questions liées à la vaccination. Une conférence de consensus scientifique est souhaitable pour répondre aux questions qui aujourd'hui créent une incertitude sur la pertinence des vaccins. Le fait que des instances scientifiques se soient déjà prononcées n'a en effet pas permis d'apaiser l'inquiétude sur certains champs. Il convient également de préciser la nature de la relation entre obligation vaccinale et taux de couverture vaccinale. Le rapport présente enfin différents scénarios possibles variant entre obligations et recommandations vaccinales mais les résultats du débat public et de la conférence de consensus scientifique sont donc indispensables à la définition d'un scénario opérationnel.
Ce n'est pas le cas pour plusieurs des propositions de ce rapport car compte tenu des enjeux, il est apparu indispensable de prendre sans attendre les mesures qui devraient permettre de redonner confiance dans la vaccination et d'améliorer la disponibilité des vaccins.

Institut National de la Kinésithérapie

3 rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71
secretariat@ink-formation.com

© drubigphoto - Fotolia.com

90 %
de satisfaction globale pour nos programmes de formation

© Ilike - Fotolia.com

© Doram - iStockphoto

65
formateurs

+ de **300**
actions de formation proposées en 2016

+ de **4200**
stagiaires par an, dont **89 %** en exercice libéral

© Elena Ray - Fotolia.com

L'INK en quelques mots

Notre démarche

L'INK vous accompagne tout au long de votre évolution professionnelle pour vous permettre de développer de nouveaux outils et savoirs-faire, de renforcer vos compétences, et de consolider votre expertise.

Nos formats

- **Possibilités de prise en charge FIF PL ou DPC** en petits groupes sur 1, 2 ou 3 jours
- **Programmes longs** certifiants
- **Journées de congrès** en partenariat avec des sociétés savantes (ARREP, AKTL...)
- **Formations courtes en soirée** pour répondre à l'obligation de formation, même si le temps vous manque

Quelques thèmes...

Pour répondre au plus près à vos attentes, l'INK enrichit chaque année son offre de formations :

- Thérapie manuelle orthopédique
- Thérapie manuelle (neuro-dynamique, points triggers, tissu conjonctif, etc.)
- Kinésithérapie du sport (CECKS)
- DLM
- Rééducation et cancer du sein
- Pelvi-périnéologie
- Rééducation : maxillo-faciale, respiratoire, rachidienne
- Yoga et kinésithérapie
- Pathologie de la coiffe
- Tendinopathies
- Chaînes musculaires GDS
- Gériatrie
- Pédiatrie
- Bilan par l'échographie
- Prévention
- Éducation thérapeutique du patient...

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

N° 6030596

Pour connaître l'intégralité des thèmes proposés et vous inscrire :
www.ink-formation.com

+ Par Philippe Goethals

Marisol TOURAINE engage un plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale

Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a engagé un plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale, à la suite de la remise du rapport de l'ancienne députée Sandrine HUREL. Décliné en 4 axes, ce plan d'action poursuit un objectif clair : agir, auprès des particuliers, des professionnels de santé et des industriels, pour renforcer la confiance dans la vaccination.

Construit sur la base des recommandations de Sandrine HUREL, ancienne députée, chargée par le Premier ministre d'une mission sur la politique vaccinale, le plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale présenté par Marisol TOURAINE propose 4 axes d'intervention : informer, coordonner, sécuriser l'approvisionnement et débattre.

> SE VACCINER, C'EST UN DROIT INDIVIDUEL, MAIS C'EST AUSSI UN DEVOIR COLLECTIF. SE VACCINER, C'EST SE PROTÉGER, MAIS C'EST AUSSI PROTÉGER LES AUTRES ET EN PARTICULIER LES PLUS FRAGILES.
>
> Marisol Touraine

1 – INFORMER : ASSURER UNE MEILLEURE INFORMATION DU GRAND PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Publication d'un bulletin trimestriel à destination des professionnels de santé ;
- Création d'un «Comité des parties prenantes», sous l'égide de la direction générale de la santé (DGS) composé de professionnels de santé, d'associations d'usagers et d'institutionnels, pour mieux comprendre les réticences éventuelles et anticiper les situations de crise ;
- Accélération de la mise en œuvre du carnet de vaccination électronique, entièrement personnalisé, pour améliorer le suivi du statut vaccinal des patients.
- Mise en place d'un site Internet dédié par la future « Agence nationale de santé publique » (ANSP) ;

2 – COORDONNER : ASSURER UNE MEILLEURE GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE VACCINALE

- Formalisation, sous l'égide de la DGS, des échanges entre le ministère, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) pour améliorer les connaissances sur les effets indésirables ;
- Rattachement du Comité technique des vaccinations (CTV) à la Haute autorité de santé (HAS) pour unifier les instances d'expertise et renforcer son indépendance.
- Soutien à la recherche sur les vaccins et le développement de solutions facilitant et fiabilisant leur production, en lien avec le ministère chargé de la recherche.

3 – SÉCURISER L'APPROVISIONNEMENT : LUTTER CONTRE LES TENSIONS D'APPROVISIONNEMENT ET LES PÉNURIES DE VACCINS

- Obligation pour les industriels produisant des vaccins inscrits au calendrier vaccinal de mettre en place des plans de gestion des pénuries (constitution de stocks réservés au territoire national, mise en place de chaînes alternatives de fabrication des vaccins et identification de différentes sources d'approvisionnement en matières premières). Ces obligations sont assorties de sanctions en cas de non respect (mesure votée dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé) ;
- Simplification des autorisations d'importation, notamment via l'harmonisation des conditionnements, afin de pallier un éventuel manque de vaccins en France.

La Ministre réunira par ailleurs, avant la fin du mois, les industriels ainsi que le comité vaccination du LEEM, pour qu'ils lui remettent des propositions pour empêcher toute rupture d'approvisionnement des vaccins inscrits dans le calendrier vaccinal et assumer ainsi leurs responsabilités.

4 – DÉBATTRE : LANCER UNE GRANDE CONCERTATION CITOYENNE SUR LE SUJET DE LA VACCINATION

La concertation citoyenne sera organisée en trois temps tout au long de l'année 2016, par un comité d'orientation qui sera présidé par une personnalité qualifiée, Alain FISCHER, Professeur en immunologie pédiatrique et titulaire de la chaire Médecine expérimentale au Collège de France :

- L'expression des opinions. Dès le mois de mars, une plateforme web recueillera les contributions citoyennes, professionnelles, associatives, institutionnelles. A partir du mois de mai, un jury de citoyens, un jury de professionnels de santé et un jury d'experts scientifiques analyseront ces contributions en n'écartant aucune des questions de fond que se posent les Français. Faut-il maintenir une différence entre les vaccins obligatoires, d'une part, et les vaccins recommandés, d'autre part ?

QUELLE PERCEPTION DU BÉNÉFICE/RISQUE INDIVIDUEL ? QUELLE ACCEPTATION DU RISQUE LIÉ À LA VACCINATION OU À LA NON-VACCINATION

- L'échange. Au mois d'octobre, un débat public national permettra d'échanger sur les avis des jurys et le contenu des contributions citoyennes.
- Les propositions. Sur la base de l'ensemble des contributions recueillies, le comité d'orientation formulera dès décembre 2016 des conclusions sur l'évolution de la politique vaccinale.

FRANCO & FILS

CONCEPTION FABRICATION

D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX

ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUGUES-LES-EAUX

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

SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

Conception graphique : Lechat et la Souris - 03 86 71 05 83 - Varennes-Vauzelles

+ Publi Rédactionnel

Laser thérapeutique à haute énergie

Retours d'expérience

Utilisé depuis plus de 15 ans en Italie, le laser à haute énergie se développe progressivement en France grâce à une meilleure compréhension de ses effets thérapeutiques.

Comment ça marche ?

Le laser est une lumière monochromatique, cohérente et directionnelle qui pénètre dans les tissus grâce à des longueurs d'ondes qui lui permettent de franchir les obstacles que constituent l'eau, l'hémoglobine et la mélanine. Comme tout outil de physiothérapie, l'interaction avec les tissus dépend ensuite de la puissance, de la fréquence et du geste du thérapeute. Plus la puissance est importante, plus l'énergie délivrée sera importante, particulièrement en profondeur (jusqu'à 6 cm).

Quels effets ?

L'énergie délivrée par le laser a 3 effets principaux : Antalgie, biostimulation (cicatrisation) et décontracturant. L'effet biostimulant de traduit par la production accrue d'ATP ce qui réactive le cycle de KREPS.

Quels résultats ?

Pour le laser comme pour tout autre produit que nous commercialisons au sein du Groupe SMS, nous passons par une phase de test qui a été conduite cette fois par notre consultant clinique Christophe FOUCAUD. Une fois cette phase achevée avec des résultats probants, nous avons convaincu et équipé les premiers thérapeutes qui ont eu la gentillesse de faire un retour dont Christophe nous livre ici la synthèse.

« Lors de ma phase de test, je me suis engagé à utiliser l'équipement en n'utilisant aucune autre technique ce qui nous permettait d'isoler l'impact du traitement laser sur les patients. J'ai pu l'utiliser et affiner mon geste en respectant le menu Protocole dans un premier temps, puis, en respectant les principes de base (effet, nombre de joules par cm 2, phototype) j'ai vite évolué vers le mode autonome.

Pour toute pathologie, j'ai procédé ainsi :

- Y-a-t-il un point douloureux exquis ou stimulé (triggerpoint) ?
- Y-a-t-il perte de mobilité d'une articulation concernée ?
- Y-a-t-il des structures (musculaires ou autres) que j'aimerais stimuler pour la résolution du problème ?

Exemple avec un conflit sous acromial :

- Point douloureux en avant de la tête humérale: antalgique
- Test de mobilité déficiente : bio stimulation des défilés articulaires antérieurs et post.
- Bio stimulation des muscles de cette épaule : coiffe des rotateurs, biceps, deltoïde, sus épineux...

J'ai procédé avec la même analyse pour un genou une cheville, hallux valgus lombalgie...

Comme me l'ont confirmé mes confrères maintenant équipés le temps court de la séance m'a surpris : en effet la puissance de ce laser et les joules rapidement utiles permettent un traitement rapide et précis. Ces mêmes praticiens confirment que dans un enchaînement de séances (de 2 à 7) des progrès nets dans les mobilités articulaires sont constatés. L'effet antalgique propre à cette machine que moi j'ai trouvé souvent spectaculaire remporte aussi les suffrages. Le plus important aussi, c'est le ressenti de nos patients. De mon expérience ils me parlent de chaleur agréable, de fluidité, de meilleures sensations musculaires et de mouvements plus faciles.

Pour un confrère utilisant également les ondes de choc, il privilégie le laser sur des zones où les ondes de choc sont jugées douloureuses (ex : épitrochlée).

Jusqu'à a maintenant, je n'ai pas eu d'effets indésirables et aucun ne m'a été indiqué. Au vu de mon expérience, c'est la puissance de cette machine, son mode antalgique propre (et breveté), sa maniabilité simple et rapide qui peut apporter un côté spécifique dans l'éventail thérapeutique du kinésithérapeute ».

Exemple de prise en charge sur un footballeur de haut niveau *(G. SANIEL, 11 Leader)*

L'utilisation du programme CW (bio-stimulation), nous a permis de favoriser la cicatrisation tendineuse dans la zone en lésion. Ce programme nous a également permis de travailler de manière globale, en utilisant notamment le laser sur les interlignes articulaire du genou droit (côté de la lésion tendineuse), pour diminuer la présence d'un flexum de genou, qui avait tendance à mettre en sur programmation les muscles ischios jambiers. Cette attitude vicieuse du genou, nous limitait également lors des exercices de réhabilitation.

L'utilisation du programme CW nous a aidé et permis de passer un cap dans la mise en place des exercices sans limitation au niveau de l'articulation du genou, et de diminuer la densité trop importante du tissu conjonctif entourant cette zone.

La mise en place quotidienne du programme antalgique E2C (programme spécifique) sur le tendon en lésion, a permis de diminuer de manière significative les douleurs après le traitement manuel, et les mauvaises sensations que le joueur pouvait ressentir tout au long de la journée (au repos ou lors des exercices).

Pour conclure, nous pouvons dire que le laser a été un adjuvant thérapeutique de qualité dans l'aide à la cicatrisation tissulaire (programme CW) et la qualité du pouvoir antalgique développé par le programme E2C que ce dernier nous a conféré.

Plus d'infos sur la gamme de laser du Groupe SMS : www.physioplus.fr
Vous êtes curieux et souhaitez une démo au cabinet : Appelez nous au 05.34.50.44.55
ou mail à contact@groupe-sms.fr

En 2016, Repoussez les limites ...

...Thérapeutiques

Laser Haute Énergie

Antalgie - Points Triggers
Biostimulation

...Du Diagnostic

Échographe HD

Portable - Doppler couleur
Formations associées

Contactez nous au 05 34 50 44 55 pour une démonstration en cabinet
+ d'info sur www.physioplus.fr

Groupe SMS
Santé • Medecine • Sport

Solutions Thérapeutiques d'Excellence

Paris - Lyon - Toulouse

05 34 50 44 55 - contact@groupe-sms.fr - www.physioplus.fr

+ Par Philippe Goethals

Une plateforme de santé numérique et un patch qui surveille les patients à distance

Le réseau StudioSanté, coordinateur de soins ville/hôpital, innove à nouveau en créant la première plateforme de santé numérique qui met en relation patient et professionnel de santé. Elle a pour objectif d'apporter une plus grande réactivité en cas de problèmes et d'éviter ainsi les ré-hospitalisations. Cette nouvelle plateforme technologique amène également d'énormes possibilités pour le développement de la chirurgie ambulatoire, le suivi des maladies chroniques à domicile, la cancérologie et sa thérapie personnalisée et permet la diminution des coûts de santé.

Associé à cette plateforme de suivi et de prévention, StudioSanté lance le premier patch connecté : une révolution dans le monde de la santé. Ce patch sans fil, qui sera disponible courant du 1er trimestre 2016, facilite la surveillance à distance et permet d'agir en temps réel. Il devient notamment possible d'anticiper, en amont, une détérioration de l'état de santé d'un patient avant que la situation ne se dégrade, et ainsi sauver des vies.

SURVEILLANCE À DISTANCE POUR UNE RÉACTIVITÉ ASSURÉE

Grâce au patch connecté il devient possible pour les patients d'avoir accès à leurs constantes sans avoir à être branchés à de nombreuses machines reliées par des fils à l'hôpital. Le concept est simple : un patch à usage unique sans-fil collé sur le torse, au niveau du coeur. Les patients pourront dorénavant suivre l'efficacité de leurs propres traitements à partir d'un smartphone, d'une tablette ou d'un ordinateur. De plus, leur spécialiste et / ou une plateforme StudioSanté auront également accès en temps réel à leurs constantes vitales et pourront suivre leur fréquence cardiaque ou leur température cutanée. Il devient donc possible pour les praticiens de constater à distance une infection, un traitement qui n'agit pas, anticiper la détresse respiratoire des patients sous morphine, leur niveau d'activité ou encore leur niveau de stress face aux traitements médicamenteux. Par exemple, le patch peut aider à détecter une complication potentiellement mortelle, telle que la septicémie en associant la température cutanée, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire d'un patient.

La prévention par le suivi en temps réel des constantes vitales peut éviter qu'une situation ne se dégrade, et permet ainsi de prendre toutes les mesures nécessaires rapidement. En effet, grâce à une prise en charge en amont avec le patch connecté, il est possible d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques, une meilleure qualité de vie, une économie des coûts de santé (moins de consultations, diminution des coûts de transport, moins de ré-hospitalisations) et une suppression du risque d'infections nosocomiales, lors des soins.
«En prévoyant l'efficacité ou les effets indésirables d'un médicament pour un patient en soins à domicile, nous gagnerons un temps précieux. Aujourd'hui, cela devient possible avec le patch connecté» annonce Gérald Vignal, président fondateur des réseaux StudioSanté et Suite de Soins. Toutes les données, récupérées par le patch, sont ultra-sécurisées dans un hébergeur de santé agréé par le ministère de la santé. De plus, la société StudioSanté est certifiée ISO 9001 et le patch bénéficie des marquages CE et FDA.

LA RECHERCHE CLINIQUE «EN TEMPS RÉEL»

Cette innovation technologique peut être aussi utilisée pour en apprendre davantage sur l'efficacité et les effets secondaires d'un médicament comme notamment les chances de guérison et les avantages du traitement. L'objectif étant de prescrire le traitement le plus efficace et le mieux toléré par le patient.

LA MÉDECINE DE DEMAIN

Le patch connecté répond aussi à la problématique des hôpitaux surchargés. En France, seulement 36 % des opérations sont prises en charge en ambulatoire contre 70% au Danemark ou encore 90% aux Etats-Unis. «D'ici 2017, le Ministère de la Santé prévoit d'atteindre les 50% de prises en charge ambulatoires. Grâce à cette application de santé ainsi qu'aux réseaux StudioSanté et Suite de Soins présents sur tout l'hexagone, nous sommes capable de dépasser les 70 % de prises en charge ambulatoires en deux ans'' affirme Gérald Vignal.

LIPODISSOLUTION ET LIFTING NON INVASIFS

UNE TOUCHE DE PERFECTION

BTL EXILIS™

- **Sans douleur**
- **Sans anesthésie**
- **Sans injection**
- **7 min 30 par zone**
- **5 séances seulement**

Le système EXILIS représente la technologie la plus avancée sur le marché pour

Le remodelage du corps,
Le raffermissement de la peau
Et le rajeunissement du visage

Nathalie Adamo, kinésithérapeute :
" Les résultats sont très convaincants. L'appareil permet une réelle perte centimètrique sur les zones traitées qui couplée à un travail sur le relâchement cutané opère un vrai lifting de cette zone. L'effet anti-rides et redensifiant est indéniable avec en prime un effet bonne mine teint éclatant immédiat très apprécié par les patientes. L'EXILIS répond donc à toutes ses promesses."

Emmanuel Dufait, kinésithérapeute :
"EXILIS m'a convaincu par la rapidité des résultats et leur persistance à long terme. Le fait que ce ne soit pas douloureux, qu'on puisse jouer sur la profondeur de traitement (graisses et raffermissement) et qu'on ne soit pas limité à une zone de traitement est un réel avantage. Le contrôle d'énergie et de la température en temps réel et un plus car il nous sécurise totalement pendant le traitement."

Photos avant et après 4 séances EXILIS

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

+ Par Pierre-Alain Lollia

Les compétences à l'épreuve du dialogue pour le développement de l'activité

L'Ile de la prévention porte ici bien son nom. Notre confrère Pierre-Alain Lollia, qui exerce depuis… aux Abymes en Guadeloupe, a développé un réseau de MK souhaitant développer leurs compétences dans le champ de la prévention au sein de leur cabinet et plus si affinité. Ce réseau rayonne à présent dans les Antilles mais aussi en France. Partisan de la DPC, les formations qu'il propose s'inscrivent dans un déploiement des savoir-faire des MK mesuré, efficient et qui commence à être reconnu par les institutions régionales de prévention de l'assurance maladie. Nous nous connaissons depuis quelques années maintenant et nos échanges se sont enrichis de nos différences et de nos sensibilités communes. En matière de passion pour notre profession, nous regardons dans la même direction. Ce troisième article qu'il nous propose prolonge le fruit de ses réflexions et de nos échanges. Il taille avec rectitude la route d'une kinésithérapie, qui fait fi des querelles de clochers, des "m'as-tu-vu" chers à certains, pour être utile à notre public et aux professionnels qui la composent. ***J.P Zana***

Cet article a pour objectif de poursuivre notre contribution au nouveau positionnement de la profession MK dans le domaine de la prévention et de la formation. Ceci afin de positionner notre approche de ces domaines dans un socle théorique qui prend en compte la question, voire la problématique, de la ou des compétences[1].

Dans un article précédent (voir FMT Mag n°115, juin 2015), nous faisions le discernement entre la prévention en kinésithérapie (au cabinet) qui prend une dimension éducative à la santé et la fonction de préventeur en entreprise qui elle prend la dimension de la formation, qui fait appel à une autre professionnalité. Ce sont deux espaces de pratique différents, donc deux cadres de références différents et deux cadres réglementaires différents du Code du travail. Pour le premier nos compétences de MK sont à priori suffisantes, tandis que pour le deuxième il nous est nécessaire de mobiliser des savoirs supplémentaires, donc à acquérir. La compétence ne se décrète pas, elle s'acquiert.

Pour autant, notre profession bénéficie d'à priori positifs qui font que pour certains actes il nous est attribué par défaut la compétence de… De plus pour certains titres ou équivalence notre diplôme suffit. Prenons l'exemple de la loi du 12 janvier 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, qui transfert l'enregistrement des IPRP à la DIRECCTE. Tout MK est donc éligible à ce titre.

> LA COMPÉTENCE NE SE DÉCRÈTE PAS, ELLE S'ACQUIÈRE.

Cela fait-il de nous objectivement des préventeurs compétents ?

La problématique de la ou des compétences est caractérisée par nos représentations influencées par la spécificité de notre pratique, de notre activité, de notre métier ; la rééducation par le mouvement.

Être compétent ne peut se singulariser par une représentation statique ou vide de sens en matière de savoir-faire, « d'être capable de… ». A l'instar de l'enregistrement au titre d'IPRP, le DE et le décret de compétences des MK pour la prévention hors du cabinet, donc dans le monde du travail, se situent dans « l'incapacité de faire ».

Le cabinet étant notre espace d'activité naturel, cela y reste possible. Nous y sommes dans un positionnement d'acteur de prévention dans un secteur qui nous est spécifique. Cela peut-il être une rampe de lancement pour le hors cabinet ?

Seulement, le hors cabinet nous positionnerait en tant que « préventeur » dans un milieu ouvert aux autres préventeurs qui en ont fait un métier, une activité à part entière. Il est opportun de vouloir sans doute se singulariser en tant que professionnel de santé et surtout MK nous permettant d'aller vers l'élaboration d'un genre professionnel de MK préventeur.

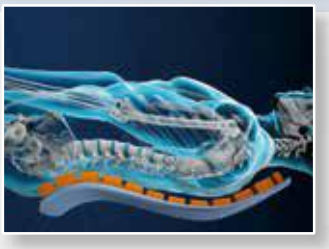
Dans cette perspective, la question est faut-il inventer un nouveau cadre de référence spécifique ou alors faut-il tenir compte de l'existant et s'adapter pour l'améliorer en y instillant la « compétence kiné » ?

Cette singularité, et l'émergence de ce genre professionnel doit s'appuyer sur les valeurs telles que l'humilité, le travail, l'honnêteté, la confraternité, l'accompagnement, le respect, le questionnement, la remise en cause, la valorisation, l'encouragement, le discernement, la morale, la qualité…qui ont été mises en évidence lors de l'élaboration du cadre de référence pour l'EPP des MK par le CNOMK. Ce qui constitue la marque et le socle de la « compétence-kiné » en prévention et qui est inaliénable, donc non influençable. De ce fait le MK se situe dans une dynamique de performance et d'apport de compétences, donc de savoir-faire sans doute profitable à la prévention.

Mettre une dose de compétence santé dans la prévention santé au travail n'est pas un non-sens. D'autant que le PST2 appelle à la professionnalisation des préventeurs et à l'instauration de la culture prévention au travail et de la démarche de prévention dans la formation initiale, tant dans les

1 - Le Boterf G., Ingénierie et évaluation des compétences

- ☑ 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…)



TESTEZ DANS VOTRE CABINET

SANS AUCUN ENGAGEMENT ET JUGEZ VOUS-MÊME DES RÉSULTATS COMME L'ONT FAIT **STÉPHANE ROBERT ET GUILLAUME BRIMONT, KINÉSITHERAPEUTES À PONTCHARRA (38).**

ODP StimaWELL 120MTRS

DÉMO PRÊT
03.89.49.73.61

TESTÉ ET APPROUVÉ EN CENTRES ANTI-DOULEUR
+ DE 80% DES PATIENTS SOULAGÉS DÈS 1 À 3 SÉANCES

schwa-medico

schwa-medico

30 rue Joffre · 68250 Rouffach · Tél. 03 89 49 73 61 · info@schwa-medico.fr · **www.schwa-medico.fr**

+ Par Pierre-Alain Lollia

lycées professionnels que dans les écoles de management. Pour cela les préventeurs devront avoir un niveau licence-master.
La question de la compétence ou des compétences se pose en termes de socle de connaissances qui constitue, objectivement un appel aux professions de santé sensibles à la question de la prévention par affinité et surtout en compétence.

Profession de santé et prévention santé au travail constitue une interaction naturelle et légitime. Nos compétences biomédicales sont donc nécessaires mais pas suffisantes. Du fait de l'évolution de l'approche de la prévention, des recherches effectuées en sciences du travail, des évaluations pratiquées pour une meilleure orientation de la prévention, de la réglementation et des référentiels de plus en plus élaborés et contraignants, font que nous n'avons plus le temps de nous enorgueillir et qu'il s'agit alors d'avoir un regard plus professionnel pour plus de compétences dans le domaine de la prévention en général.

Nous devons aussi tenir compte du fait qu'en entreprise, nous sommes confrontés à l'éducation par la formation d'adultes qui ont leurs expériences, leurs compétences (savoirs) acquises et leurs croyances (représentations). Le rôle du préventeur-formateur est de fabriquer des compétences nouvelles pour l'amélioration et le développement continu des savoir-faire des travailleurs en matière de prévention santé. La situation de travail est un paradigme « physiologique », tandis que nos compétences MK nous convoquent à la prise en charge de patients en difficulté de santé, donc à la phase de réparation des dommages. L'approche travail et santé est ainsi différente de l'approche santé et prévention.
La « compétence-kiné » dans la prévention, devra permettre une complémentarité, une nouvelle compétence-métier des MK vers les métiers de la compétence (la formation). Rappelons que nous nous situons dans deux cadres réglementaires différents, la prévention et la formation.

Le référentiel de la profession édité par le CNOMK ainsi que le PST2 qui réforme le code du travail en matière de santé au travail en précisant le rôle des acteurs tant internes qu'externes, sont des outils sur lesquelles s'appuyer pour mieux cadrer, de façon objective et honnête, la ou les « compétence(s)-kiné » pour passer à une autre phase de la prévention, avec des acteurs véritablement compétents.

La question de la prévention constitue ainsi « une zone de développement potentiel » pour un genre voire un style professionnel de MK-préventeur-formateur. Nous sommes dans la problématique d'une profession qui est en mode libéral où la notion de collectif et de dialogue doit avoir tout son sens.

Il y a une interaction manifeste entre la kinésithérapie et la prévention, au sens étymologique du terme, où l'un influencerait l'autre, tout au moins l'un aiderait l'autre dans un processus de développement. Donc la prévention peut-être, en toute objectivité, un pan de développement de notre activité, pas tout simplement dans un contexte de hors convention.

Dans une perspective de construction, les différentes approches et pratiques de la prévention par des MK mériteraient de faire l'objet d'une concertation pour une délibération sur une pratique coordonnée.
Les travaux de Bakhtine lui ont permis de mettre en évidence la théorie du dialogisme, qui permet la construction d'un cadre d'évolution par le fait que le dialogue fait sens. La touche MK dans la prévention se fait de façon naturelle, professionnelle, emprunte d'affinité appuyée par le décret de compétence de la profession.

De ce fait, nous nous trouvons confrontés au dialogue avec les travailleurs, et notre capacité d'écoute nous positionne dans un lien direct avec le troisième destinataire qui est le travail et le grand autre qui est la prévention santé. Ainsi le micro dialogue, selon la théorie Bakhtinienne, consisterait à instaurer un véritable dialogue sur la question de la prévention au travail au sein de la profession, de façon officielle par la médiatisation scientifique par exemple. Ce qui nous permettra de valoriser la touche MK dans la prévention, le genre professionnel MK-préventeur-formateur et surtout le style professionnel dans une activité qui est en pleine mutation.

La force de la profession est du fait qu'elle soit, parmi les professions de santé, la seule à s'être investie autant dans la prévention et de façon organisée. Les CDPK et le CNPK en sont l'illustration. D'autres MK sont isolés ou au sein d'autres structures de MK sans pour cela se positionner dans un réseau professionnel identitaire.

Ces éléments ne sont pas des faits anodins, et ne doivent pas être pris à la légère. Comme nous le précisions dans les articles précédents (FMT Mag n°115 et n°117) la profession ne peut pas se suffire à la situation actuelle et la prévention non plus. Il est impératif de prendre en considération le nécessité d'aller plus loin et montrer que les caractéristiques de l'approche prévention des MK, dans un souci d'ouverture, peut permettre un axe de développement professionnel qui devra passer inéluctablement par une étape fondamentale qui est le dialogue ou le micro dialogue selon Bakhtine.

Ce dialogue, avec pour grand autre la santé au travail, permettra la prise en compte des compétences qui seront alors développées, à partir des expériences, pour l'élaboration d'un cadre de références caractérisant véritablement une nouvelle contribution, facilitant l'approche pluriprofessionnelle.

Les professions telles que Médecin, Infirmière, Psychologue, Assistante Sociale ont montré l'efficacité de leur approche spécifique du travail et ont eu cette reconnaissance qui, à leur instar, devrait nous être attribuée pour être reconnus « kinés du travail ». De plus nous amènerions le maillon soins, du fait que nous soyons la profession de santé en première ligne pour la prise en charge des TMS des patients travailleurs, ce qui n'est pas suffisamment, pour l'heure, pris en compte dans le concept même de la prévention pour éviter les récidives. Il y a une boucle insidieuse qui serait réceptive à tout ce qui permettrait la prise ne compte du travail dans le soin MK (FMT Mag 117).

Ces dialogues qui mettent les MK préventeurs en interaction avec les patients et avec les confrères doivent permettre, selon Bakhtine, une construction de pensée ayant une portée d'ouverture, de création, de développement personnel et professionnel. L'enjeu est de permettre aux nombreux MK qui se sont lancés dans la prévention, par des parcours divers et à ceux qui ont l'intention de le faire[2], de confronter leurs expériences dans une démarche de coopération scientifique (méthodologique et objective) pour supplanter la subjectivité qui constitue un frein et surtout une limite à toute tentative de développement et d'acquisition de compétences indexées au réel. Par la sans doute riche délibération qui s'en suivra, l'élaboration d'un contexte redessiné fixera le cadre d'évolution des MK préventeurs dans une double compétence laminaire, non dichotomique, de soignant et d'acteur de prévention.

De ce fait, il nous est aisé de comprendre que ce secteur d'activité dépasse le contexte et le concept du hors convention, c'est un autre paradigme, c'est un autre métier, c'est un monde.

BIBLIOGRAPHIE :

1 Mikhaïl M. Bakhtine, La poétique de Dostoïevki, Paris, Seuil, 1970, 347 p4

2-Guy Le Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence, Eyrolles, 2015.

3- Guy Le Boterf, Travailler en réseau et en partenariat. Comment en faire une compétence collective, Eyrolles, 2013

GLOSSAIRE :

CNOMK : Conseil national de l'Ordre des MK

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

IPRP : Intervenant en prévention des risques professionnels

PST : Plan santé au travail

2 - Entreprendre en prévention : KA n°1410

TÉMOIGNAGE SUR L'UTILISATION DES ONDES DYNAMIQUES PROFONDES STIMAWELL

David OLLIVIER,
Kinésithérapeute à Velaux (13)

J'utilise un appareil efficace pour soulager les douleurs du dos chez mes patients »

Je travaille seul en cabinet libéral depuis une dizaine d'années, et je suis un fervent adepte des soins et massages manuels. Je n'utilise que très peu de machines et aucun appareil d'électrostimulation ni TENS.

J'ai toujours axé l'essentiel de ma prise en charge des douleurs du dos sur des **massages**, des exercices de mobilité, de souplesse, des mobilisations de la charnière lombo-sacrée, et des vertèbres, des exercices de renforcement des paravertébraux et de tonification de la sangle abdominale.

Cela fait des années que je suis à l'écoute de nouveaux outils pour m'aider à soulager les dos, dans les lombalgies ou cervicalgies chroniques ou dans les spondylarthrites. Mais je n'ai jamais rien trouvé qui m'apporte un réel plus jusqu'à ce que j'essaie les Ondes Dynamiques Profondes. Honnêtement, **je ne pensais pas qu'une « machine » pouvait être efficace à ce point,** en soulageant d'une part, et en apportant un effet massant puissant et décontracturant de l'autre. Les résultats sur la douleur et la souplesse du dos sont étonnants. Même mes patients les plus anciens, qui ne sont adeptes ni des machines, ni des courants électriques, apprécient le soulagement, le confort et la chaleur des ondes profondes Stimawell®. Ils en redemandent, et certains ne veulent même plus que je les masse…

Patient 1 (68 ans) : Douleurs du rachis cervico-dorsal à cause de tensions musculaires importantes récurrentes depuis plusieurs années. Avant, le patient était traité par massages qui permettaient de stabiliser les douleurs et les tensions. Depuis l'essai du Stimawell, le patient n'a plus voulu revenir au massage car l'appareil lui procure une détente musculaire et un confort au niveau de la douleur bien plus intéressant qu'une séance de massage même quand celle-ci est plus longue que la durée de la séance Stimawell. 30 séances effectuées sur Stimawell après avoir effectué autant de séances de massages.

Patient 2 (40 ans) : Hernie discale lombaire. Blocages récurrents avec douleurs importantes, les massages et le renforcement des abdominaux permettaient de maintenir un seuil de douleur acceptable et une diminution des blocages. Depuis l'utilisation des ODP Stimawell au cabinet, couplée aux exercices appris ensemble et effectués par le patient à son domicile, les blocages ont disparu et les crises douloureuses sont généralement stoppées très rapidement avec de simples antalgiques en plus du Stimawell. 20 séances sur Stimawell.

Patient 3 (45 ans) : Troubles du sommeil et fatigue extrême. Difficultés à dormir, à se reposer. Douleurs du rachis dans sa globalité liées aux tensions musculaires. Utilisation de la natte Stimawell en mode détente et relaxation. Amélioration nette de la situation après 10 séances.

Plus qu'un simple outil de travail, c'est une véritable manière de repenser la prise en charge globale du dos.

J'utilise aussi bien les Ondes Dynamiques Profondes en thérapie à part entière (plus d'une dizaine de patients reviennent d'ailleurs régulièrement spécialement pour ça) qu'en complément d'un traitement manuel spécifique.

Les Ondes Dynamiques Profondes **m'ont aidé à faire évoluer ma pratique,** en proposant une véritable valeur ajoutée à mes patients. **Je suis très satisfait de mon investissement et le recommande** à d'autres kinésithérapeutes pour soulager autrement et efficacement tous les dos.

Pour moi l'ODP Stimawell se résume ainsi :

- Un outil novateur et très performant pour soulager toutes les douleurs du dos
- Des résultats très intéressants que je ne parviens pas à obtenir avec mes mains
- Un fonctionnement mains-libres qui me permet de mieux organiser ma journée de travail
- Des patients satisfaits et soulagés qui en parlent autour d'eux et reviennent me voir

Protocole typique du traitement O.D.P. StimaWELL :

- En début de crise douloureuse aigüe : 2 à 3 séances hebdomadaires de 20 minutes durant les 3 semaines, puis 1 séance d'entretien jusqu'à disparition des symptômes.
- En traitement chronique : 2 séances hebdomadaires de 20 minutes pendant 6 semaines au moins.

VOUS AUSSI SOUHAITEZ ESSAYER ?
DÉMO ou PRÊT au 03.89.49.73.61

ODP StimaWELL 120MTRS

+ Publi Rédactionnel

L'innovation chez GENIN ne date pas d'hier...

DANS LE DERNIER NUMÉRO DE FMT MAG, VOUS NOUS AVEZ PARLÉ DES DIFFÉRENTES SOCIÉTÉS DU GROUPE ARMONY.

POUVEZ VOUS NOUS EN DIRE UN PEU PLUS SUR VOTRE FAÇON DE TRAVAILLER.

Je pourrais vous donner de nombreux exemples de travail collaboratifs de **GENIN** avec différents acteurs comme les écoles d'ostéopathie, les centres de rééducation ou les fédérations de sport de haut niveau lorsque nous y développons des produits Multiform'. Cependant, je voudrais aujourd'hui mettre en lumière une collaboration vieille de plus de 25 années mais toujours très actuelle avec le Dr Michel Koch, éminent médecin cardiologue, rééducateur fonctionnel, mèdecin du sport à Bordeaux. Les premiers échanges datent de 1989, **GENIN** ne faisait pas encore partie du groupe Armony. Le jeune chef de clinique avait mis au point avec l'équipe des kinés du Pr Broustet le premier concept Européen de rééducation des insuffisants cardiaques : le programme segmentaire publié en 1992 dans la revue américaine CHEST. Ainsi est né le premier banc de Koch faisant suite au prototype conçu pour l'étude.
Il y a 25 ans en arrière, faire de la musculation segmentaire sur des malades fragiles était un concept très « osé » même si aujourd'hui, il est unanimement recommandé par les sociétés savantes. **GENIN** était donc déjà précurseur.
Ces dernières années, les métamorphoses de la rééducation fonctionnelle ont imposé la reprise de notre travail de collaboration avec le Dr Koch afin de mettre au point un nouveau Banc permettant avec design un bien meilleur bénéfice patient dans un minimum de temps physiothérapeute par des exercices beaucoup plus nombreux (polyvalence), des manipulations simplifiées, des charges et mouvements plus efficients et précis, une amélioration de l'excentrique, une analyse plus fine numérique des données, et une adaptation à toute morphologie (jusqu'à l'obèse). Mieux, plus Vite, pour Tous grâce aux technologies modernes. Cette évolution produit est un bel exemple des synergies qui existent entre la société **MULTIFORM** et **GENIN**, toutes deux dans le groupe **ARMONY**, et du rapprochement entre le secteur de la musculation et de la santé..

1989

2015

JE CROIS QUE LE BANC DE KOCH N'EST PAS LE SEUL PRODUIT DÉVELOPPÉ AVEC LE Dr KOCH ? OÙ EN SONT VOS AUTRES PROJETS DANS CE DOMAINE DE LA CARDIOLOGIE ?

Effectivement, ce n'est plus un secret. Nous terminons la mise au point d'un divan d'examen d'échographie cardio-vasculaire High tech. **GENIN** avait étudié un concept avec le Dr Koch 20 ans plus tôt. Compte-tenu de l'immense métamorphose de la spécialité, le concept a été entièrement repensé par le Dr Koch, lui même praticien au quotidien, qui en a défini le cahier des charges dans le seul objectif constant de l'intérêt du patient. Le mèdecin alerte sur les besoins des soignants, fait remonter à Génin les feed-back des utilisateurs, participe aux formations de terrain. Son expérience permet de répondre aux attentes des cardiologues et angiologues pour faciliter l'examen en collaboration avec nos ingénieurs (inclinaisons commandées, design sellerie, calages…),de s'adapter aux évolutions de la spécialité, d'améliorer la qualité de l'examen, le confort du patient, l'ergonomie du poste du praticien (polyvalence effort-repos, accessibilité aux différentes parties du corps, éclairage indirect, mobilité de table …).
La version avec ergomètre a été mise au point en collaboration avec des sociétés françaises et allemandes de pointe.

Ces deux exemples sont bien la preuve que **GENIN** est à l'écoute et a toujours compris que l'innovation scientifique passe par la collaboration ingénieurs-professionnels de santé. Cette ouverture d'esprit est un trait de caractère constant de Génin en apportant tout son savoir-faire et son expérience riche de 64 ans pour la réalisation de nos nouveaux produits.

Toutes ces innovations portées par l'équipe soudée de **GENIN**, au niveau conception, fabrication et commercialisation, nous permettent d'être un des leaders européens des tables et du matériel de rééducation et d'exporter dans plus de 50 pays…

TABLE D'EXAMEN KOCH DAILY

TABLE D'EXAMEN KOCH EXERCISE

GENIN

GENIN

Créateur de tables de kinésithérapie et ostéopathie depuis 1947

SPOMC

Tables d'ostéopathie

Tables bariatriques

Table de gynecologie

CONCEPTION & FABRICATION FRANCAISE

GENIN MEDICAL
ZI du grand Pont
13640 La Roque d'Anthéron - FRANCE
tél : 04.42.28.58.47
commercial@armony-sa.com
www.genin-medical.fr
Groupe Armony

Kiné Rééducation

GENIN

Hospitalier

SPOMC

Musculation

MULTIform

Amincissement

MULTIWell

+ Par Philippe Goethals

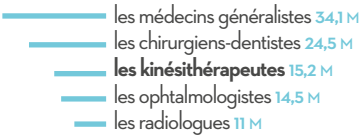
LES FRANÇAIS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

402 000
professionnels et établissements de santé référencés sur **PagesJaunes.fr**

245 millions
de recherches sur les professionnels de santé effectuées sur **PagesJaunes** en 2014

30%
des recherches de santé sur mobile (soit 73,5 millions de recherches)

Les professionnels de santé les plus recherchés en 2014



Le nombre de recherches est en augmentation pour toutes les spécalités (+ 17,8% vs 2013) : elles représentent 17,4% du volume globale de recherches effectuées sur pagesjaunes.fr (vs 16% en 2013)

Boom des médecines alternatives

- +61% de recherches vs 2013
- l'hypnothérapie (+62% vs 2013 avec 197 000 recherches) le magnétisme (+52% vs 2013 avec 279 000 recherches) et la sophrologie (+4% vs 2013 avec 735 000 recherches) restent les médecines douces les plus tendances
- les 3 départements les plus adeptes de médecines douces sont la Loire-Atlantique, l'Ille-et-Vilaine et les Côtes-d'Armor

Aspérités régionales (recherches/habitant) :

- Lyon reste la ville où l'on recherche le plus de médecins généralistes et d'infirmiers
- C'est à Nantes que l'on recherche le plus de diététiciens

Les chirurgiens plastiques plébiscités avec 57% de recherches nominatives

C'est à Paris et à Toulouse que l'on cherche le plus de psychanalystes.

C'est à Montpellier que les neurochirurgiens sont les plus recherchés.

Les Français et les recherches de santé : les usages

Le médecin généraliste, le chouchou des familles
Sur les 245 millions de requêtes de praticiens enregistrées sur pagesjaunes.fr en 2014, les médecins généralistes obtiennent la palme de la profession médicale la plus recherchée par les internautes français. Totalisant 34,1 millions des recherches annuelles (soit 13,9% des requêtes de santé), le médecin généraliste se positionne comme le professionnel de santé de proximité référent des Français au quotidien ; il occupe un rôle central dans l'orientation et le suivi tout au long de leur parcours de soins. Tantôt confident, tantôt conseiller, son rôle est prépondérant, notamment dans les zones rurales.

Les chirurgiens-dentistes se révèlent être les spécialistes les plus recherchés sur pagesjaunes.fr avec plus de 24,5 millions de recherches (soit 10% des requêtes).

La troisième marche du podium est occupée par les kinésithérapeutes avec 15,2 millions de recherches (6,2% des requêtes).

Enfin, arrivent en 4ème et 5ème positions des spécialistes les plus recherchés les ophtalmologistes et les radiologues, réunissant respectivement 14,5 millions (5,9%) et 11 millions de requêtes (4,5%).

+61% de recherches vs 2013 pour les médecines alternatives : les Français en quête de bien-être

Longtemps marginalisées, les médecines alternatives ont dorénavant la cote auprès des Français avec **plus de 4,8 millions de requêtes effectuées en 2014 sur pagesjaunes.fr (vs 3 millions en 2013), soit +61% de recherches en plus ! La Loire-Atlantique (729 recherches pour 10 000 hab.), l'Ille-et-Vilaine (697 recherches pour 10 000 hab.) et les Côtes-d'Armor (689 recherches pour 10 000 hab.) arrivent en tête des départements les plus adeptes de médecines douces.**

Hypno-thérapie, magnétisme, sophrologies…, les médecines* de demain ?

Les recherches pour ces professionnels ont enregistré à elles seules une croissance de plus de 105% sur pagesjaunes.fr entre 2011 et 2014 alors qu'elle n'était que de 71% entre 2011 et 2013.

- le Baromètre PagesJaunes constate un engouement particulièrement fort des Français pour les hypno-thérapeutes qui enregistrent, avec plus de 196 217 recherches annuelles, une croissance record de + 62% vs 2013 ! C'est principalement la Loire-Atlantique et la ville de Nantes qui concentrent le plus de requêtes pour ces praticiens.

- les magnétiseurs sont eux de plus en plus demandés avec 278 943 requêtes annuelles (soit + 52% ! vs 2013), et ce, plus particulièrement dans les Côtes d'Armor et à Dijon.

- les sophrologues enregistrent 735 346 recherches par an (soit + 4% vs 2013), les plus nombreuses s'effectuant en Savoie et à Toulouse.

- les musicothérapeutes sont massivement recherchés dans l'Aube et à Montpellier.

- les art-thérapeutes sont recherchés dans le Bas-Rhin et à Rennes.

- les naturopathes quant à eux sont plébiscités dans le Gers et à Grenoble.

C'est dans l'Aube que l'on recherche le plus de musico-thérapeutes.

Recherches nominatives : le chirurgien plastique ou la force du bouche à oreille

Le Baromètre PagesJaunes montre que bon nombre de praticiens sont souvent recherchés par leur nom. Des requêtes nominatives qui illustrent l'importance de la réputation dans le secteur de la santé, ou encore de la force du bouche-à-oreille et du lien de proximité qui unit les Français à certains de leurs praticiens.

Au palmarès des requêtes nominatives, on retrouve en N°1 les chirurgiens plastiques (57% de recherches nominatives), en N°2 les généralistes (47%), en N°3 les gastro-entérologues (38%), en 4ème place les cardiologues (37%) et enfin en dernière position les pédiatres avec 32% des recherches par nom.

A contrario, les dermatologues, ophtalmologues et radiologues sont principalement recherchés sur pagesjaunes.fr à travers leur spécialité.

eureduc

Leader de la pressothérapie professionnelle depuis 40 ans

Découvrez le NOUVEAU

TP05i

Toujours

- La qualité et la fiabilité Eureduc. Le seul appareil du marché garanti 5 ans.
- L'efficacité thérapeutique de nos appareils conçus en partenariat avec les meilleurs spécialistes de la lymphologie.
- La compatibilité avec vos accessoires Eureduc.
- Accompagnement de notre équipe dédié aux professionnels.

Et en plus

- Un écran tactile pour une utilisation toujours plus simple.
- Un pilotage modulable de la pression des chambres.
- Une télécommande pour assister vos patients.

eureduc - 01 34 61 01 61

info@eureduc.eu - www.eureduc.eu

AlterNatif COMGENER 2016-02-01

+ Par Philippe Goethals

Développement du cerveau
découverte d'un nouveau mécanisme

L'équipe de **Bassem Hassan,** neuroscientifique de renommée mondiale ayant rejoint l'ICM en janvier 2016, a découvert au sein du VIB and University of Leuven School of Medicine, un mécanisme inédit et très conservé entre les espèces, qui régule la neurogénèse via un contrôle temporel précis de l'activité d'une famille de protéines essentielles au développement du cerveau, les protéines proneurales. Ce mécanisme, une simple modification chimique réversible, est crucial pour la production d'un nombre suffisant de neurones, leur différenciation et la mise en place du système nerveux.

Notre système nerveux est composé d'une diversité étonnante de neurones. Pourtant, un très petit nombre de protéines sont nécessaires pour générer et déterminer l'identité de ces milliards de neurones. Un nombre encore plus restreint de protéines, appelées protéines proneurales, initient et régulent le développement du cerveau et la neurogénèse (fabrication de neurones fonctionnels à partir de cellules souches neurales). Ces protéines proneurales sont des facteurs de transcription, c'est-à-dire qu'elles contrôlent l'expression des autres protéines.
Elles sont exprimées de façon très transitoire pendant la neurogénèse précoce. Un point clef non encore élucidé au sein de ce système est la régulation temporelle précise de l'activité des protéines proneurales et la façon dont elle contribue à la différenciation neurale. Comment un ensemble très petit de protéines avec une durée d'expression très limitée contrôle la génération d'un nombre très élevé et très diversifié de neurones ? Quelles sont les causes et les conséquences de l'expression transitoire de ces protéines ? Enfin, ce mécanisme qui permet le développement du système nerveux est-il conservé entre les espèces ?

Des études antérieures chez la drosophile, ou mouche du vinaigre, et chez la souris, ont montré que l'expression des protéines proneurales commence à des niveaux très bas dans les cellules souches neurales et augmente par auto-activation. Cette augmentation soudaine cesse très rapidement. Ainsi, l'activité des protéines proneurales a deux caractéristiques : une amplitude importante, expliquée facilement par l'auto-activation, et une durée limitée. Comment une protéine qui auto-active sa propre expression peut-elle disparaitre au pic de son expression ? Les résultats suggèrent l'existence d'un mécanisme inconnu qui prend le pas sur l'auto-activation et permet de synchroniser l'amplitude et la durée de l'expression des protéines proneurales.
Pour répondre à ces questions, l'équipe de Bassem Hassan a étudié le contrôle et le mécanisme de l'expression des protéines proneurales lors du développement de la rétine chez la drosophile. Ces protéines contrôlent la différenciation des neurones de la rétine à partir des cellules souches neurales.

Les chercheurs ont découvert un mécanisme binaire de type « tout ou rien » qui permet d'inactiver les protéines proneurales : il s'agit d'une modification chimique réversible (phosphorylation) dans une partie de la protéine très conservée entre les différentes espèces, de la drosophile à l'homme en passant par la souris. C'est ce mécanisme qui permet la mise en place d'un réseau de neurones fonctionnels.
En effet, la suppression de cette phosphorylation modifie l'activité des protéines proneurales entraînant des changements au niveau de l'expression des gènes cibles ce qui empêche le développement normal du cerveau. Ces modifications interfèrent avec la signalisation entre les neurones et ont des conséquences négatives sur le nombre et la diversité des neurones. De façon intéressante, l'inhibition de ce mécanisme « tout ou rien » se traduit par des changements quantitatifs au niveau de l'expression des gènes cibles. Le contrôle temporel délicat et précis de la neurogénèse serait régulé par l'équilibre entre les quantités de protéines proneurales actives et inactives.

Ces résultats, confirmés dans un autre modèle expérimental, révèlent donc l'existence d'un mécanisme très conservé entre les espèces et universel qui régule la neurogénèse et la génération d'un nombre suffisant et diversifié de neurones au cours du développement du cerveau.

Des mutations empêchant cette modification chimique entraînent des maladies qui altèrent le développement du système nerveux, l'élucidation de ce mécanisme pourrait donc permettre, à terme, la mise en place de solutions thérapeutiques. Par ailleurs, tout au long de sa vie, un adulte génère de nouveaux neurones qui contribuent à maintenir l'ensemble de ses capacités cognitives et qui jouent un rôle clef dans la mémoire. La compréhension du rôle de ce mécanisme au cours de la neurogénèse chez l'adulte serait une piste prometteuse pour lutter contre les maladies dégénératives.

Bassem Hassan a rejoint l'ICM en janvier 2016 où il est à la tête de l'équipe « Développement du cerveau ».

Après avoir obtenu sa thèse en génétique moléculaire à l'université de l'Ohio en 1996, il a effectué son post-doctorat au Baylor College of Medicine à Houston au Texas. De 2001 à 2015, il est senior group leader au "VIB Center for the Biology of Disease" et Professeur au "Center for Human Genetics" à l'Université de Leuven en Belgique. En 2003, il reçoit le prix EMBO "Young Investigator" et en 2009, il est élu membre EMBO. En 2015, il est nommé "Einstein Visiting Fellow" pour les années 2016-2018 à l'Université libre de Berlin et au NeuroCure cluster.

Son équipe s'intéresse aux mécanismes génétiques qui contrôlent le développement précoce du système nerveux, de la spécification des cellules à la formation des circuits de neurones, ainsi qu'aux mécanismes impliqués dans les maladies neurologiques en utilisant la drosophile comme modèle. L'équipe de Bassem Hassan se concentre sur trois domaines d'étude principaux :

- La relation entre la particularité du réseau cérébral d'un individu et son comportement • Les mécanismes moléculaires responsables de la différenciation des cellules souches neurales
- L'étude des mécanismes de certaines maladies :
- La maladie d'Alzheimer, en investiguant si la modulation de la voie de signalisation Wnt par le précurseur des peptides amyloïdes joue un rôle dans la pathologie
- Le Syndrome de l'X-fragile, en étudiant si la protéine X-fragile joue un rôle dans l'organisation du cerveau

Grâce à ses travaux, Bassem Hassan se tourne lui aussi, aux côtés des 650 chercheurs, ingénieurs et techniciens de l'Institut, vers l'espoir de guérir et un jour réparer l'organe le plus extraordinaire du corps humain.

chattanooga™

Nouvelle gamme Compex Pro

COMPEX PRO
REHAB

COMPEX PRO
THETA

COMPEX PRO
PHYSIO

COMPEX PRO
WIRELESS PROFESSIONAL 2 CH

COMPEX PRO
WIRELESS PROFESSIONAL 4 CH

Pour toute demande : DJO France
Centre Européen de Fret - 64990 Mouguerre
05 59 52 80 88 - physio@djoglobal.com

chattanooga™ Une Marque DJO GLOBAL

MKGRSMED129 - Rev A - 02/2016 - Les produits de la gamme Chattanooga sont des dispositifs évalués par l'organisme notifié AMTAC INTERTEK permettant l'application de techniques de kinésithérapie et physiothérapie

+ Par Jean-Pierre Zana

Automatisation mécanisation virtualisation

signifient-elles la fin du travail ? Une société sans emploi ?

Confronté quotidiennement dans ma pratique professionnelle en entreprise à la montée des réflexions, des recherches sur la mécanisation et l'automatisation des situations de travail. Interrogé aussi par des bureaux d'études, des départements de recherche et de développement sur mon expertise sur le travail humain, je suis curieux mais aussi anxieux de toutes ces évolutions technologiques qui nous envahissent progressivement, qui nous simplifient parfois la vie mais, qui peuvent aussi avoir une face cachée à laquelle il me semble que l'on s'intéresse fort peu. J'ai souhaité partager les bases de mes questionnements avec vous qui les voyez apparaître dans nos salons professionnels, qui commencez peut-être à les utiliser et surtout vous, qui si sensible à "l'humain", "votre produit quotidien" que vous conduisez vers la re-socialisation, le retour au travail. ***J.P Zana***

En fait, la situation dont nous faisons l'expérience est la mise en œuvre de visions esquissées il y a plus de 50 ans, en Europe principalement. L'Europe est devenue très administrative, avec une administration encore plus tentaculaire en s'élargissant et plus grand-chose ne s'y passe. Lorsque tout allait bien, les gouvernements des pays les plus à l'aise ont dépensé sans compter et n'ont envisagé aucune action prospective. Plus particulièrement, ils n'ont rien fait pour accueillir dans l'emploi la jeunesse et lui faire la place que tout développement impose. Nous avons appris à vivre, depuis pas mal d'années avec, d'un côté, un regard lointain porté sur les fusions et acquisitions parce qu'il faut devenir de plus en plus grand dans un marché mondial qui verra sa population passer de 3 à bientôt 9 milliards en un peu plus de 50 ans. Tandis que les états multiplient les commissions et institutions intermédiaires qui alourdissent les factures des ménages et, bien sûr, ralentissent les flux d'informations et services. Avec l'informatisation et la dépersonnalisation (le tout Internet), la question de l'utilité de ces lourdes "machines" se pose. L'écart entre les institutions et les entreprises s'est creusé. Les premières avec du personnel qui devrait disparaître mais l'état providence ne peut le faire et les entreprises avec un manque de personnel.

Ce ne sont pas les "jobs" qui manquent, les entreprises en font état. Malheureusement, les qualifications ne sont pas au rendez-vous. Paradoxalement, une importante portion des jeunes, alors qu'ils ont droit à l'éducation gratuite mais aussi l'obligation d'aller à l'école, ne profitent pas de ces structures qui devraient les amener à rester "dans le coup". Et, dans un tel contexte, les gouvernements ne sont pas très actifs pour y pallier adéquatement. Par ailleurs, certains enseignements dits de base, ne sont plus vraiment à la hauteur de la situation et devraient fondamentalement changer pour être conformes à l'environnement que nous connaissons et à celui qui sera le nôtre dans l'avenir. De plus, il convient de souligner, et cela n'échappe à personne que les changements se font de plus en plus vite au point que pour les formations longues, il faudra remettre en question ce qui a été étudié au cours des deux premières années avant la fin des cinq ans pour un master par exemple. Nous sommes dans une réalité dynamique mal maîtrisée. Une université qui ne se pose pas les bonnes questions et qui est à des kilomètres des besoins des entreprises. Parallèlement, la mécanisation, l'automatisation et les virtualisations progressent à grand pas prendraient elles des places ?

Les recherches et développement dans ce domaine sont silencieuses ou discrètes alors que sur le confort, la culture, le loisir (ne parlait-on pas de la civilisation des loisirs, il y a quelques années), la restauration, le fitness, le tourisme, les transports, la sécurité, la mobilité, les services digitaux personnalisés, le coaching, le bien-être... les études se sont déployées et remplissent les pages de tous les médias. Cependant, il convient de constater aussi que le "digital" (simple et/ou évolué) intervient de plus en plus au sein de chacun de ces domaines. A-t-on encore besoin d'un préparateur physique ?

La question à laquelle il faudra bien répondre peut-être est la suivante :
Alors que l'intelligence artificielle et les automates robotisés pénètrent nos vies quel sera son impact sur l'économie au sens large, les entreprises, les jobs et nos relations humaines ?

Les études confortent mes interrogations ; selon une analyse récente du cabinet conseil McKinsey, 45% des tâches professionnelles et même celles de postes de haut niveaux peuvent être automatisées par les technologies existantes. L'ensemble de ces tâches automatisables représenterait ainsi une masse salariale de 2000 milliards de dollars aux Etats Unis. En termes d'organisation et de management, ces changements ont de profondes implications sur les nouvelles entreprises automatisées car selon ce cabinet, au-delà des jobs individuels remplacés et automatisables, de nombreuses actions et tâches automatisables impliqueront une redéfinition radicale des rôles et des organisations. Et, il n'y a pas que les activités physiques lourdes ou répétitives qui sont automatisables ou mécanisables. Selon le cabinet de conseil, ni la connaissance tacite ni l'expérience n'échapperont à l'automatisation. En confrontant 2000 activités professionnelles à plus de 18 capacités potentiellement automatisables (transports et manutentions de charges, montage de précision et même détection d'émotions), ce qui correspond au 45% des tâches professionnelles citées plus haut. Ce chiffre peut atteindre 58% si on associe la capacité d'émulation du langage naturel. Pourtant précise le cabinet conseil, seuls 5% des jobs sont intégralement automatisables par les technologies actuelles. En revanche 60% des fonctions pourraient automatiser 30% de leurs activités (jusqu'aux diagnostics médicaux). Au-delà des économies en termes de ressources humaines, McKinsey imagine que l'automatisation augmentera les capacités humaines sur les segments des jobs les mieux payés en amplifiant leur expertise (le text mining chez les avocats ou les experts, l'automatisation de leads ou des prospects et des process chez les commerciaux).

Dans les prochaines années, conclut le cabinet conseil, les gouvernements et les entreprises devront faire face à l'impact humain de l'automatisation des activités et au dilemme : augmentation de l'humain ou remplacement ? Il faudra se positionner sur la gestion des pertes d'emplois et celle de la masse de data collectée par les activités automatisées. Enfin, comment mesurerons-nous l'impact de la collecte de données sur la vie privée et l'inégalité économique… A ce stade, rappelle le cabinet de conseil personne n'a de perspective définitive sur la transformation du lieu de travail par l'automatisation...

De vastes chantiers en devenir.

1 - D'après l'ouvrage de Martin Ford "The rise of the robots Technoology and the Threat of Jobless Future" Basic Books, 2015.
2 - Cabinet conseil auprès des directions générales.

“Tendinite rotulienne”

Jean-Charles, 27 ANS / TOURS

Inflammation chronique du cartilage rotulien

*“Mon kiné est à la pointe de la technologie!
La rééducation avec Kinapsys me permet d’oublier ma douleur au genou.
Mes progrès sont rapides et ma motivation au top niveau!
Mon ballon de basket n’est plus très loin!”.*

connectez-vous sur **Kinapsys.fr**

KINAPSYS
La Solution de Rehab-Gaming

RM 05 65 76 03 36

... complète et optimise toutes vos rééducations fonctionnelles!

+ Par Pauline Crépin

Larges voiles au vent

Thanh Tâm School est un centre qui accueille 250 enfants atteints de déficience auditive, mentale, ou de paralysie cérébrale ; et qui propose un programme de dépistage et d'intervention précoce dans la région de Danang. L'équipe du centre a sollicité Kinés du Monde en juin 2014 et un partenariat est né. Les objectifs :

- **améliorer la prise en charge rééducative et éducative et favoriser l'inclusion des enfants handicapés de Thanh Tam School ;**
- **améliorer l'information et la prise en charge précoce des enfants handicapés des familles démunies des régions de Danang et Ha Tinh.**

Voici le témoignage de ce partenaire vietnamien Kinés du Monde.

Il s'agit d'un jour du mois de février où, après notre grande fête de Nouvel An traditionnel, une jeune thérapeute française, Pauline Crépin, rejoignit le Centre pour répondre à une mission que lui avait confiée l'association de «Kinés du Monde». Comparativement aux autres spécialistes internationaux qui ont travaillé au Centre à court terme, Pauline est restée avec nous six mois pour former des thérapeutes du Centre d'Accueil d'Enfants et de Jeunes en situation de handicap de Thanh Tâm et des parents des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale de la région de Quang Nam-Danang, Vietnam. Plonger dans un pays, une culture et des conditions de travail totalement nouveaux a été vraiment un grand défi pour cette formatrice. L'attente du Centre, des thérapeutes locales, des familles des enfants et des enfant était énorme. Cependant, nous avons tous cru à son dévouement et ses talents. Elle est arrivée à surpasser de nombreux obstacles et à bien accomplir sa noble mission.

Des heures de formations formelles en théorie et en pratique ont été prodiguées. Il y a eu également des sorties de détente et amusantes entre les filles vu que la majorité de l'équipe de thérapeutes du Centre sont des femmes. Diverses émotions et expériences ont été vécues de part et d'autre lors du séjour de Pauline. Nous avons été confrontées ensemble à des malentendus à cause de la langue, de la culture et du mode de vie mais grâce aux discussions et échanges réalisés, nous sommes arrivées à apporter des changements pour qu'à la fin l'équipe de thérapeutes s'oriente vers une bonne direction et offre des bonnes techniques de soins aux enfants en situation de handicap.
A la fin de sa mission, Pauline a gagné le respect, la reconnaissance, l'admiration et surtout la confiance de toute l'équipe de thérapeutes.

Première sortie de Pauline avec notre équipe de dépistage précoce dans les villages éloignés de la région de Quang Nam. Le soleil se lève sur les rizières d'un vert immaculé à perte de vue. Qui peut imaginer que des millions de litres de défoliant y ont été versés il y a 40 ans ? Qui, derrière des bambous, des hameaux paisibles, porte encore des séquelles de ce crime ? Les villageois emmènent leurs enfants lourdement handicapés et déformés vers la salle où se déroule l'intervention de Pauline. Des larges sourires se dessinent sur les visages des mères et des grands-mères. Elles ont appris à soigner leurs enfants à domicile et elles n'ont plus de craintes de faire fausse route quand elle donnent à manger à leurs enfants souffrant d'IMC.
Les enfants sont bien heureux d'être entourés par l'amour et par la compassion. Dorénavant, ils n'auront plus à demeurer sur leur lit toute la journée ; ils ont appris à s'installer correctement dans une chaise roulante. Ils peuvent aussi sortir voir le jardin, les rizières et la rivière avec les autres enfants.

Les enfants en situation de handicap de la région de Quang Nam Danang sont comme de larges voiles qui, grâce au vent de bonheur que l'Association de «Kinés du Monde» leur a apporté, peuvent commencer à réaliser leurs premiers rêves et à bien avancer dans notre monde.

Suivez nos programmes et projets sur notre site internet www.kines-du-monde.org.
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 !

TMG
Fascia Concept

FORMATIONS 2016

Ivry sur Seine, Clermont-Fd
Ile de la Réunion, Guadeloupe

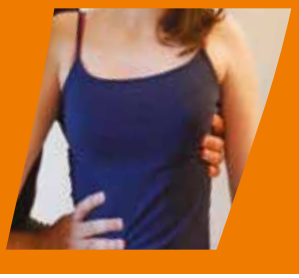
ORGANISME DE FORMATION PROFESSIONNELLE EN THÉRAPIE MANUELLE ET GESTUELLE

Thérapie manuelle des fascias

- Musculo-squelettique, crânio-facial, viscéral et vasculaire
- Domaines spécifiques : somato-sensoriel, pédiatrie, gymnastique fasciale, épaule, cheville

Cycle pour ostéopathes

Gymnastique sensorielle et santé



Responsable pédagogique : Christian Courraud
07-50-44-56-69 - info.tmgconcept@gmail.com
www.tmgconcept.fr

Certaines de nos formations bénéficient d'une prise en charge FIFPL

E.M.C
EVOLUTION

FABRICATION FRANÇAISE

Fabricant Français
de sondes périnéo-sphinctériennes
depuis plus de 30 ans.

DISPONIBLES CHEZ VOTRE DISTRIBUTEUR HABITUEL

E.M.C EVOLUTION
Tél. 04 73 801 494 - contact@emc-evolution.com
Toute notre gamme sur : www.emc-evolution.com

ISO 9001:2008
ISO 13485
ISO 9001
MED

+ Par Marnie Lalanne et Jérémy Druennes

Effets des entraînements aérobies et anaérobies chez les patients atteints de mucoviscidose

RÉSUMÉ

Objectifs. – Déterminer quels bénéfices apportent les entraînements physiques (aérobie et/ou anaérobie) aux patients atteints de mucoviscidose. Méthode. – Les recherches ont été réalisées en octobre 2013 sur la base de données PubMed. Neuf articles ont été retenus. Pour les 4 articles utilisés dans les résultats, 3 sont d'un niveau 1-A et 1 de niveau 2-B.

Résultats. – Pour la consommation d'oxygène (V'O2), l'aérobie est plus efficace. Pour la puissance musculaire (Wmax) et le volume d'expiration forcée en 1 seconde (FEV1), l'anaérobie est plus efficace. Pour la qualité de vie (QoL), nous pouvons conclure que l'entraînement physique l'améliore.

Discussion. – Les études montrent que l'aérobie et l'anaérobie améliorent certains paramètres. Il a été difficile de synthétiser les données à cause de la diversité des paramètres des études mais l'interprétation des résultats ouvre sur des applications pratiques immédiates. Conclusion. – L'entraînement physique pour les patients atteints de mucoviscidose est un bon moyen pour lutter contre la baisse des fonctions cardio-respiratoires et physiques.

Niveau de preuve. – Non adapté.

INTRODUCTION

La mucoviscidose est une maladie génétique létale à transmission autosomique récessive. Elle est liée à une mutation du gène CFTR (cysticfibrosistrans-membrane conductance regulator) qui code une protéine CFTR. Si cette protéine est altérée, cela cause un dysfonctionnement de la régulation du transport du chlore à travers les membranes cellulaires, entraînant un épaississement du mucus dans les voies respiratoires et digestives. Les atteintes respiratoires dominent dans cette pathologie, ce sont les plus graves et elles peuvent entraîner la mort. Les bronches présentent une inflammation bronchique qui cause des infections bactériennes ; c'est un cercle vicieux. Cette maladie touche environ 70 000 personnes dans le monde. À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement curatif mais uniquement des traitements symptomatiques. L'espérance de vie dépend des possibilités de l'accès aux soins et augmente avec la prise en charge. La kinésithérapie est le plus souvent utilisée au niveau respiratoire, afin de drainer le mucus et désencombrer les patients. La qualité de vie chez les patients atteints de mucoviscidose repose principalement sur la condition physique et la fonction pulmonaire [1]. L'inactivité physique peut aggraver la maladie. Il est donc important de fournir des programmes de réadaptation pulmonaire, en plus du traitement médical pour améliorer la qualité de vie et prolonger la survie chez les enfants atteints de mucoviscidose [2]. Lors d'un entraînement physique, quel qu'il soit, les muscles doivent transformer l'énergie chimique en énergie mécanique. La molécule adénosine triphosphate (ATP) est une source d'énergie pour le muscle et permet sa contraction. Afin de fabriquer à nouveau de l'ATP? deux méthodes sont possibles : une méthode aérobie où l'ATP est fabriquée à l'aide de l'oxygène, et une méthode anaérobie qui fabrique l'ATP à partir de phosphocréatine, d'adénosine diphosphate (ADP) ou de glucose. Dans ce contexte, l'objectif de cet article est, à travers une synthèse bibliographique, de déterminer quels bénéfices apportent les programmes d'entraînement physique (aérobie et/ou anaérobie) aux personnes atteintes de mucoviscidose.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les recherches ont été effectuées au mois d'octobre 2013 à partir de la base de données PubMed avec comme équation de mots clés : cystic fibrosis AND (training OR rehabilitation) AND (aerobic or anaerobic). Les critères d'inclusion ayant permis de sélectionner les différents articles lors de la lecture des titres et des résumés ont été tout d'abord la langue (les articles devaient obligatoirement être en anglais) et la date de publication des articles (seuls les articles publiés après l'année 2000 ont été retenus). Après une première lecture des articles, ont été retenu ceux qui présentaient un programme aérobie ou anaérobie. Les articles étaient exclus s'ils présentaient uniquement des méthodes de kinésithérapie respiratoire et s'ils incluaient dans le programme d'entraînement le critère nutritif. Les populations des différentes études vont de 23 à 72 patients. La tranche d'âge est de 7 à 19 ans. Les critères généraux d'inclusion sont le consentement des parents, la FEV1 supérieure à 30 % ou 40 % en fonction des études et un état clinique stable. Les patients étaient exclus si une exacerbation pulmonaire avait été diagnostiquée avec une augmentation de la toux et des expectorations, s'ils devaient être régulièrement sous oxygène toutes les 24 h, s'ils présentaient une hypertension pulmonaire, s'ils étaient inclus dans un autre programme ou étude ou s'ils ne respectaient pas le protocole.

Tableau I. Résultats concernant la consommation d'oxygène en fonction des études.

$V'O_2$	Selvadurai (%)	Schneiderman-Walker (%)	Klijn (%)	Orenstein (%)
Témoin	–1,22	–4,54	–1,47	
Aérobie	+7,31	–4,43		–2,63
Anaérobie	+0,73		+3,73	–5,25

$V'O_2$: consommation d'oxygène.

En partenariat avec Kinésithérapie la revue

Extrait du N°168 décembre 2015

MKS Paris

NOTRE MÉTIER
La Cryothérapie
sous toutes ses formes

LA CRYO À GAZ

LE GAZ

- Puissance
- Design
- Performances
- Soin de 30 secondes

A PARTIR DE : 49€ / MOIS

LA CRYO À AIR

A PARTIR DE : 92€ / MOIS

L'AIR

- Zéro consommable
- Compact
- Puissant
- Système CryoPress (Bottes)

LA CRYO À EAU

L'EAU / GLAÇONS

- Mobile
- 2 Sorties
- 2 Design
- Attelles par zone anatomique

A PARTIR DE : 39€ / MOIS

OFFRES PROMOTIONNELLES DE PRINTEMPS
CONTACTEZ-NOUS :

Veas Hannibal - Lot A5. Bât A
165, Rue de la Bilière
34660 Cournonsec

Tél. 04 99 64 21 05
Fax. 04 99 64 21 06
olivia.beldame@easycryo.fr

www.easycryo.fr

MKS Paris : Sarl au capital de 10 000€ SIRET : 51822767300028 / N° Intracom : FR 11518227673

design kyah.fr

+ Par Marnie Lalanne et Jérémy Druennes

Tableau II. Résultats concernant le volume d'expiration forcée en 1 seconde en fonction des études.

FEV1	Selvadurai (%)	Schneiderman-Walker (%)	Klijn (%)	Orenstein (%)
Témoin	+ 4,51	–3,47		
Aérobie	+ 6,54	–1,46		–1,31
Anaérobie	+ 10,09			–0,98

FEV1 : volume d'expiration forcée en 1 seconde.

Tableau I. Résultats concernant la consommation d'oxygène en fonction des études.

$V'O_2$	Selvadurai (%)	Schneiderman-Walker (%)	Klijn (%)	Orenstein (%)
Témoin	–1,22	–4,54	–1,47	
Aérobie	+7,31	–4,43		–2,63
Anaérobie	+0,73		+3,73	–5,25

$V'O_2$: consommation d'oxygène.

Tableau III. Résultats concernant la puissance musculaire maximale développée en fonction des études.

W_{max}	Selvadurai (%)	Schneiderman-Walker (%)	Klijn (%)	Orenstein (%)
Témoin	–6,30	–2,67	–1,28	
Aérobie	+1,83	–1,77		
Anaérobie	+18,32		+7,86	

W_{max} : puissance musculaire maximale développée.

Tableau IV. Résultats concernant la qualité de vie en fonction des études.

QoL	Selvadurai (%)	Schneiderman-Walker (%)	Klijn (%)	Orenstein (%)
Témoin	–1,58		+4,69	
Aérobie	+14,28			Non significatif
Anaérobie	+3,17		+25,8	Non significatif

QoL : qualité de vie.

Les principaux paramètres étudiés sont : la consommation d'oxygène ($V'O_2$), le volume d'expiration forcée en 1 seconde (FEV1), la puissance musculaire maximale développée (Wmax), la qualité de vie (QoL) et la capacité vitale forcée (CVF).

Sur les 4 articles utilisés dans les résultats, 3 sont d'un niveau 1-A et un autre d'un niveau 2-B.

RÉSULTATS

Après lecture plus approfondie des articles pré-sélectionnés et application des critères d'inclusion et d'exclusion, 9 articles ont été retenus pour l'élaboration de cette revue de synthèse bibliographique. Nous nous sommes, dans un premier temps, intéressés à l'étude de Selvadurai et al. [3], randomisée contrôlée (niveau 1-A), qui a comparé un entraînement aérobie avec un entraînement anaérobie ainsi qu'un groupe témoin. Les sujets étaient répartis en 3 groupes :le1ergroupe effectuaitdes exercices d'entraînement aérobie 30 min, 5 fois par semaine à 70 % de la fréquence cardiaque maximale. Le 2e groupe effectuait des exercices d'entraînement anaérobie pour les membres supérieurs et inférieurs à raison de 5 séries de 10 répétitions de chaque exercice, 5 fois par semaine à 70 % de la force maximale développée. Enfin, le 3e groupe était un groupe témoin qui recevait uniquement de la kinésithérapie respiratoire comme les 2 autres groupes. Ces résultats étaient appuyés par trois articles randomisés contrôlés. L'article de Schneiderman-Walker et al. (Niveau 1-A) qui a comparé un entraînement aérobie avec un groupe témoin [4]. Les sujets étaient répartis en 2 groupes : un groupe effectuant des exercices aérobies (comme la natation, la course, le cyclisme. . .) pendant 20 min par jour, 3 fois par semaine à 70– 80 %de la fréquence cardiaque maximalependant 3 ansàdomicile. Le 2e groupe était un groupe témoin qui recevait uniquement de la kinésithérapie respiratoire comme le groupe aérobie. L'article de Klijn et al. qui a comparé un entraînement anaérobie avec un groupe témoin (Niveau 2-B). Les sujets étaient répartis en 2 groupes : un groupe effectuait des exercices anaérobies 30–45 min 2 fois par semaine pendant 12 semaines. Le 2e groupe était un groupe témoin qui ne devait pas changer ses activités quotidiennes [5]. L'article d'Orenstein DM et al. a comparé un groupe aérobie avec un groupe anaérobie (Niveau 1-A). Les sujets étaient répartis en 2 groupes : un groupe effectuant des exercices d'aérobies pendant 30 minutes, 3 fois par semaine pendant 12 mois à 70 % de la fréquence cardiaque maximale. Le 2e groupe effectuait des exercices de musculation (curls, pull-downs, bench-press) 3 fois par semaine pendant 12 mois à 55 % de leur fréquence cardiaque [6]. Un $p < 0,05$ a été considéré comme statistiquement significatif.

La consommation d'oxygène (V'O2)

À la fin de l'étude de Selvadurai et al., la consommation d'oxygène ($V'O_2$) a augmenté de 7,31 % pour le groupe aérobie et de 0,73 % pour le groupe anaérobie (Tableau I).

Le groupe témoin a lui, diminué de 1,22 %. [3].
Ces résultats ont été confortés par l'étude de Schneiderman-Walker et al., où le groupe aérobie a diminué sa consommation d'oxygène (02) de 4,43 % (40,6 mL/min/kg à 38,8 mL/min/kg) alors que le groupe témoin l'a diminuée de 4,54 % (40,70 mL/min/kg à 38,85 mL/ min/kg). Nous notons une diminution pour le groupe aérobie qui est peut être dû au fait que l'étude a été réalisée sur 3 ans, la baisse restant néanmoins inférieure au groupe témoin [4]. De plus, dans l'article de Klijn et al., le groupe anaérobie a une augmentation de 3,73 % (40,2 mL/min/kg à 41,7 mL/min/kg) de V'O2 alors que le groupe témoin à une diminution de 1,47 % (40,7 mL/min/kg à 40,1 mL/min/kg) [5].
Dans l'article d'Orenstein et al., il y a une diminution de 2,63 % (34,60 mL/ min/kg à 33,69 mL/min/kg) pour le groupe aérobie et une diminution de 5,25 % (32,64 mL/min/kg à 30,91 mL/min/kg) pour le groupe anaérobie [6].

NOUS CONCLUONS QUE LES ENTRAÎNEMENTS PHYSIQUES AMÉLIORENT LA CONSOMMATION D'OXYGÈNE PAR RAPPORT À L'INACTIVITÉ

De plus, nous avons pu admettre que l'entraînement aérobie est plus efficace que l'anaérobie.

Le volume d'expiration forcée en 1 seconde (FEV1)

À partir de l'étude Selvadurai et al., nous avons étudié un autre paramètre : le volume d'expiration forcée en 1 seconde (FEV1) (Tableau II). Dans cette étude, nous constatons une augmentation de 6,54 % du FEV1 pour le groupe aérobie, une augmentation de 10,09 % pour le groupe anaérobie et une augmentation de 4,51 % pour le groupe témoin [3].

Dans l'article d'Orenstein et al., nous avons noté une diminution de 1,30 % pour le groupe aérobie et une diminution de 0,98 % pour le groupe anaérobie [6]. Dans l'étude de Schneiderman-Walker et al., nous relevons une diminution de 1,46 % pour le groupe aérobie et une diminution de 3,47 % pour le groupe témoin [4].

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

SWISS DOLORCLAST®

smart 20 Hz

UN TRAITEMENT PAR ONDES DE CHOC PLUS RAPIDE ET DES PERFORMANCES MAXIMALES

Valable jusqu'au 31 mars 2016

+ iPAD

> A l'achat d'un Swiss DolorClast® Smart 20, recevez un iPad et téléchargez gratuitement l'application DolorClast® pour vous perfectionner sur la méthode de traitement.

Swiss DolorClast® Smart 20 est un dispositif médical (DM) de classe IIb fabriqué par EMS Electro Medical Systems SA, Suisse.
Marquage CE – Certification DEKRA GmbH – DM pour soins non remboursés par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices d'utilisation.

info@ems-france.fr / +33 1 34 58 03 80

+ Par Marnie Lalanne et Jérémy Druennes

NOUS CONCLUONS QUE L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE AVAIT UN EFFET POSITIF SUR FEV1 PAR RAPPORT À L'INACTIVITÉ

De plus, nous supposons que l'entraînement anaérobie est plus efficace que l'entraînement aérobie.

La puissance musculaire maximale développée (Wmax)

À partir de l'étude Selvadurai et al., nous avons étudié un 3e paramètre : la puissance musculaire maximale développée par les sujets (Wmax) (Tableau III).

Dans cette étude, nous avions une augmentation de 1,83 % pour le groupe aérobie, une augmentation de 18,32 %pour le groupe anaérobie et une diminution de 6,30 % pour le groupe témoin [3]. Dans l'article de Klijn et al., nous notons une augmentation de 7,86 % (140 W à 151 W) pour le groupe anaérobie et une diminution de 1,28 %(156 Wà 154 W) deWmax pour le groupe témoin [5]. Dans l'article de Schneiderman-Walker et al., nous constatons une diminution de 1,77 % pour le groupe aérobie et une diminution de 2,67 % pour le groupe témoin [4].

ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE AMÉLIORAIT LA PUISSANCE MUSCULAIRE ET NOUS ADMETTONS QUE L'ENTRAÎNEMENT ANAÉROBIE ÉTAIT PLUS EFFICACE QUE L'ENTRAÎNEMENT AÉROBIE

La qualité de vie (QoL)

Afin de confronter les différents types d'entraînement, nous avons étudié la qualité de vie (QoL) (Tableau IV). Dans l'article de Selvadurai et al., nous notons une augmentation de 14,28 % pour le groupe aérobie, une augmentation de 3,17 % pour le groupe anaérobie et une diminution de 1,58 % pour le groupe témoin [3]. Dans l'étude de Klijn et al., il y avait une augmentation de 25,8 % pour le groupe anaérobie et une augmentation de 4,69 % pour le groupe témoin [5]. Pour l'article d'Orenstein et al. qui a comparé un entraînement aérobie à un entraînement anaérobie, nous ne relevons aucunes différences significatives pour ce paramètre [6].

NOUS CONCLUONS QUE L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE AMÉLIORE LA QOL DES PATIENTS. CEPENDANT NOUS N'AVONS PAS ASSEZ DE RECUL POUR SAVOIR QUEL ENTRAÎNEMENT EST LE PLUS EFFICACE

Paramètres secondaires

Des paramètres secondaires ont été étudiés uniquement dans certaines études. Il y a par exemple la capacité vitale forcée (FVC). Dans l'étude de Selvadurai HC et al., il y a une augmentation de 2,34 % pour le groupe aérobie, 2,45 % pour le groupe anaérobie et 2,28 % pour le groupe témoin. Dans l'article de Schneiderman-Walker et al., il y a eu une diminution de 0,25 % pour le groupe aérobie et une diminution de 2,42 % pour le groupe témoin [4].

DISCUSSION

Les limites

Durant nos recherches, nous avons constaté que les études sélectionnées comportaient plusieurs limites. Lors de la synthèse des résultats, nous avons rencontré des difficultés à cause de l'hétérogénéité des études. En effet, la diversité des sujets, des paramètres étudiés, des programmes d'entraînement et des conditions d'évaluation ont été un frein à l'analyse complète et précise des résultats. La différence des contenus des programmes aérobies ou anaérobies : dans l'étude de Selvadurai et al., le groupe aérobie effectue des séances d'entraînement de 30 minutes 5 fois par semaine [3] alors que dans l'étude de Schneiderman-Walker et al., c'était des séances de 20 minutes 3 fois par semaine [4]. Le groupe anaérobie réalise ses séances de musculation 5 fois par semaine [3] alors que dans l'étude de Klijn et al., le groupe anaérobie réalise ses séances 2 fois par semaine [5]. Il est donc difficile de comparer précisément les résultats obtenus. Nous constatons qu'il y a des résultats plus probants pour l'article de Selvadurai et al. qui possède la plus grosse fréquence d'entraînement, à savoir 5 fois par semaine, il semble donc qu'une plus grande fréquence d'entraînement soit plus bénéfique.

La différence d'état initial des sujets : dans l'article Schneiderman- Walker et al., les sujets étaient inclus s'ils avaient une FEV1 supérieur à 40 %[4] alors que pour l'article de Klijn et al., ils étaient inclus si leur FEV1 était supérieur à 30 % [5]. De plus, l'article d'Orenstein et al. sélectionnait les sujets si leur pic de capacité pulmonaire était supérieur à 110 % de la valeur décrite par l'équation de Godfrey et leur consommation d'oxygène était supérieure à 100 % de la valeur décrite par l'équation de Franklin et Rowland [6]. Nous supposons qu'il y a probablement des différences dans l'évolution des capacités des patients entre les études.

Les exercices ne sont pas paramétrés ni adaptés en fonction du poids et de la taille des sujets.

La grande différence de durée des programmes d'entraînement dans les différentes études : dans l'étude Schneiderman-Walker et al., l'entraînement des sujets dure 3 ans et à domicile [4] alors que dans l'étude de Klijn et al., les sujets s'entraînent pendant 12 semaines [5] et pour l'étude d'Orenstein et al., c'est 12 mois [6]. Ainsi nous pouvons supposer qu'il y aura des résultats différents en fonction de la durée du programme d'entraînement. Nous constatons qu'il y a de meilleurs résultats pour l'étude de Klijn et al. qui dure 12 semaines [5]. Il semble donc que des résultats plus bénéfiques soient observés sur une plus courte durée. La différence d'âge des sujets qui composent les études : les patients ont un âge qui va de 7 à 19 ans et il y a donc d'importantes différences morphologiques et anthropométriques à ces âges-là. On peut notamment s'attendre à des différences de croissance de la cage thoracique qui peuvent modifier les différents paramètres cardio-respiratoires.

Réflexion

Les résultats de notre étude montrent que l'entraînement aérobie améliore plus la consommation d'oxygène (V'O2) que l'entraînement anaérobie. Cette augmentation est intéressante car les patients atteints de mucoviscidose ont généralement une V'O2 inférieure aux personnes en bonne santé, et celle-ci va diminuer régulièrement. De plus, ce paramètre est un indice important de l'état du patient : cette augmentation peut permettre aux patients de passer au-dessus du seuil de mortalité (32 mL/min/kg) décrit par Santana Sosa et al. [7].

Nous avons également constaté que l'entraînement anaérobie augmente plus le volume d'expiration forcée (FEV1) que l'entraînement aérobie. Il est possible que l'augmentation de la force musculaire a augmenté la pression intra-thoracique, ce qui facilite le drainage bronchique et l'expectoration qui aboutit donc à l'augmentation du FEV1.

L'augmentation de la puissance musculaire développée a été plus importante pour les entraînements anaérobies que pour les entraînements aérobies. Cette notion est intéressante puisque la mucoviscidose est souvent associée à une diminution de force des muscles périphériques. Concernant la qualité de vie, nous nous sommes aperçus que les 2 types de programme d'entraînement ont un effet positif. Cette augmentation est très importante car c'est le reflet de l'impact global de la maladie. En effet, la qualité de vie va avoir tendance à augmenter l'activité, ce qui améliorera l'état général du patient, c'est donc un cercle vertueux.

Au cours de cette étude, nous nous sommes interrogés sur plusieurs aspects des entraînements physiques comme l'intérêt de coupler les 2 types d'entraînement aérobie et anaérobie au cours d'un même programme qui permettrait d'allier les aspects bénéfiques des 2 types. Dans l'article de Santana Sosa et al., les sujets qui ont reçu un programme d'entraînement combinant aérobie et anaérobie pendant 8 semaines ont augmenté leur consommation d'oxygène ($V'O_2$) ainsi que leur puissance physique sans qu'il y ait pour autant une augmentation du poids, ce qui suggérerait un meilleur recrutement des unités motrices [7]. Nous constatons donc qu'un programme combiné permet d'augmenter les fonctions cardio-respiratoires et la force musculaire des patients. Une autre étude de Moorcroft et al. qui analysait les effets d'un programme combiné à domicile a montré, lui, de meilleurs résultats pour le volume d'expiration forcée (FEV) pour le groupe avec les exercices par rapport au groupe témoin [8]. Nous nous sommes également demandé comment déterminer le niveau et l'intensité des programmes d'entraînements réalisés par les patients. Les patients atteints de mucoviscidose ont souvent une perte musculaire associée. L'article de Barnai et al. suggère que le temps d'apnée (BHT) est une méthode fiable pour déterminer la tolérance à l'exercice des sujets et donc pourrait servir pour proposer un programme d'entraînement adapté au sujet.

igloo®

Attelle de Cryothérapie Compressive

ISO est une société française spécialisée dans la conception, la fabrication et la distribution de matériels d'orthopédie et de traumatologie depuis plus de 20 ans. Innovation et progrès sont au centre de notre développement, axé sur la compréhension des besoins du professionnel.

IGLOO®, une gamme complète pour la cryothérapie compressive à domicile

Une gamme complète en constante évolution:
épaule, poignet, hanche, cuisse,
genou, mollet, cheville...

NOUVEAUTÉ 2016

Duo Cast

TRAITE LES DEUX PHASES DE L'ENTORSE

1ère phase : Inflammatoire

Un chausson de cryothérapie compressive

2ème phase : Cicatrisation

Une coque ergonomique de stabilisation articulaire

ISO s'est imposé comme précurseur en proposant une attelle post–opératoire aux performances doublées par l'association originale de la cryothérapie et de la compression.

La gamme IGLOO® est prescrite par des médecins, chirurgiens, kinésithérapeutes et pharmaciens.

1 rue Jules Guesde, 91130 RIS-ORANGIS
+ 33 (0)1 69 02 19 20
www.orthopedie-iso.fr

Implants Service Orthopédie

Février 2016

+ Par Marnie Lalanne et Jérémy Druennes

Pour calculer la consommation d'oxygène à partir du seuil anaérobique la formule est : 5,53 + 0,42 BHT et pour calculer la capacité d'exercice à partir du seuil anaérobique, la formule est : 0,56 + 0,38 BHT. Cette méthode est non invasive contrairement aux traditionnels tests d'effort [1], ce qui présente un avantage. L'article de Gruber et al. de 2011 s'intéresse à l'état de forme initial des patients à travers leur consommation d'oxygène ($V'O_2$). Nous constatons une augmentation plus importante de $V'O_2$ pour les sujets ayant un niveau initial plus faible. De plus, l'augmentation de $V'O_2$ sans augmentation de la fréquence cardiaque montre une amélioration des fonctions cardio- respiratoires [9]. Enfin, nous avons recherché s'il existait d'autres méthodes d'entraînement que l'aérobie ou l'anaérobie. L'étude de Gruber et al. s'intéresse à un programme d'entraînement à base d'exercices fractionnés. Elle a montré qu'elle avait des effets bénéfiques sur les fonctions cardio-respiratoires. Elle conclut que ce programme est une sorte d'entraînement alternatif sûr et efficace pour les patients atteints de mucoviscidose et incapables de participer à des entraînements de type aérobie ou anaérobie qui ont souvent des grosses charges de travail [9].

CONCLUSION

L'entraînement physique pour les patients atteints de mucoviscidose est un bon moyen pour lutter contre la baisse des fonctions cardio-respiratoires et physiques. Les entraînements aérobies et anaérobies sont très complémentaires dans les paramètres qu'ils vont avoir tendance à augmenter : là où l'aérobie favorisera la consommation d'oxygène, l'anaérobie augmentera le volume d'expiration forcée et la force musculaire. De plus, elles contribuent à augmenter la qualité de vie générale des patients. Il est donc intéressant de coupler ces 2 types d'entraînement afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Des études supplémentaires devront être effectuées pour déterminer les paramètres des programmes d'entraînement qui seront les plus adaptés aux patients. De plus, il serait intéressant de pouvoir adapter le type de programme en fonction de l'état du patient. Pour finir, d'autres types de programme méritent des recherches supplémentaires comme l'exercice fractionné qui montre des résultats très intéressants.

RÉFÉRENCES

[1] Barnai M, Laki I, Gyurkovits K, Angyan L, HorvathG. Relationship between breath-hold timeand physical performance in patients with cystic fibrosis. Eur J Appl Physiol 2005;95(2–3):172–8.

[2] Gruber W, Orenstein DM, Braumann KM, Beneke R. Interval exercise training in cystic fibrosis – effects on exercise capacity in severely affected adults. J Cyst Fibrosjanv 2014;13(1):86–91.

[3] Selvadurai HC, Blimkie CJ, Meyers N, Mellis CM, Cooper PJ, Van Asperen PP. Randomized controlled study of in-hospital exercise training programs in children with cystic fibrosis. Pediatr Pulmonol 2002;33(3):194–200.

[4] Schneiderman-Walker J, Pollock SL, Corey M, WilkesDD, Canny GJ, Pedder L, et al. A randomized controlled trial of a 3-year home exercise program in cystic fibrosis. J Pediatr 2000;136(3):304–10.

[5] Klijn PHC, Oudshoorn A, van der Ent CK, van der Net J, Kimpen JL, Helders PJM. Effects of anaerobic training in children with cystic fibrosis: a randomized controlled study. Chest 2004;125 (4):1299–305.

[6] Orenstein DM, Hovell MF, Mulvihill M, Keating KK, Hofstetter CR, Kelsey S, et al. Strength vs aerobic training in children with cystic fibrosis: a randomized controlled trial. Chest 2004;126(4):1204–14.

[7] Santana Sosa E, Groeneveld IF, Gonzalez-Saiz L, López-Mojares LM, Villa-Asensi JR, Barrio GonzalezMI, et al. Intrahospital weight and aerobic training in children with cystic fibrosis: a randomized controlled trial. Med Sci Sports Exerc 2012;44(1):2–11.

[8] Moorcroft AJ, Dodd ME, Morris J, Webb AK. Individualised unsupervised exercise training in adults with cystic fibrosis: a 1 year randomised controlled trial. Thorax 2004;59(12):1074–80.

[9] Gruber W, Orenstein DM, Braumann KM. Do responses to exercise training in cystic fibrosis depend on initial fitness level? Eur Respir J 2011;38(6):1336–42.

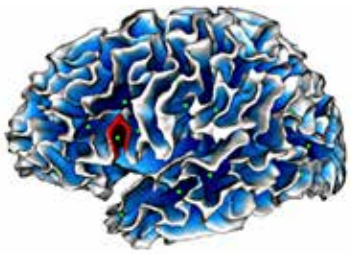
L'autisme se cache-t-il dans un pli du cerveau ?

Des chercheurs du CNRS, d'Aix-Marseille Université et de l'AP-HM ont identifié un marqueur cérébral spécifique de l'autisme, détectable par IRM et présent dès l'âge de deux ans. L'anomalie repérée consiste en un pli moins profond au niveau de l'aire de Broca, une région du cerveau spécialisée dans le langage et la communication, des fonctions altérées chez les patients atteints d'autisme. Cette découverte pourrait aider au diagnostic et à une prise en charge plus précoces de ces patients. Elle a été rendue possible par les compétences en traitement d'imagerie médicale de l'Institut de neurosciences de la Timone (CNRS/Aix-Marseille Université) et par l'accès à une cohorte de patients homogène, diagnostiqués très jeunes et ayant tous été évalués selon le même protocole au Centre de ressources autisme PACA.

Les troubles du spectre autistique sont un ensemble de troubles neurodéveloppementaux (autisme typique, syndrome d'Asperger ou encore trouble envahissant du développement non spécifié) qui affectent principalement les relations sociales et la communication. Ils sont associés à un développement anormal du cerveau. Les données récentes en neuro-imagerie suggèrent notamment l'existence d'anomalies dans le plissement du cortex cérébral (la formation des circonvolutions à la surface du cerveau). Cependant, les mesures classiques de neuro-anatomie avaient échoué, jusqu'à maintenant, à mettre en évidence des marqueurs spécifiques de chacune de ces troubles, et notamment de l'autisme typique.

Des chercheurs de l'Institut de neurosciences de la Timone se sont intéressés à un nouveau marqueur géométrique, appelé « sulcal pit ». Il s'agit du point le plus profond de chaque sillon du cortex cérébral. C'est à partir de ces points que se développent les plis présents à la surface du cerveau. Ils sont donc mis en place très tôt au cours du développement, probablement sous influence génétique, ce qui en fait des indicateurs adaptés aux comparaisons entre individus.

A partir de résultats d'IRM, les chercheurs ont observé les sulcal pits chez 102 jeunes garçons âgés de 2 à 10 ans, classés en trois groupes (enfants atteints d'autisme typique, enfants atteints de trouble envahissant du développement non spécifié et enfants dépourvus de troubles du spectre autistique). En comparant les trois groupes, ils ont découvert que, dans l'aire de Broca (une région connue pour être impliquée dans le langage et la communication), la profondeur maximale d'un sillon était moindre chez les enfants atteints d'autisme par comparaison aux deux autres groupes. De manière intéressante, cette atrophie très localisée est corrélée aux performances de communication chez le groupe d'enfant autistes : plus le sulcal pit est profond, plus les compétences en termes de production de langage sont limitées. Cette anomalie spécifique aux enfants atteints d'autisme pourrait donc constituer un biomarqueur de la pathologie qui pourrait aider à un diagnostic et à des prises en charge plus précoces, dès l'âge de deux ans. En effet, à l'heure actuelle, l'autisme est diagnostiqué sur la base uniquement de signes cliniques, à partir de l'observation des enfants et d'entretiens avec leurs parents et le diagnostic est posé en moyenne à 4 ans et demi en France.



Cartographie de la profondeur des sillons du cortex. En vert : sulcal pits (point le plus profond de chaque sillon). En rouge : localisation de l'anomalie détectée chez les enfants autistes (dans l'aire de Broca).

Cette étude a aussi débouché sur une découverte concernant le développement du cerveau. Alors que l'on pensait que le plissement du cortex était achevé à la naissance, les chercheurs ont observé que certains sillons (les plus superficiels) continuent à se creuser avec l'âge. Et ce, de manière identique chez les enfants atteints d'autisme et chez les autres. La recherche biomédicale peut donc également nous éclairer sur la compréhension des mécanismes du vivant.

(source CNRS)

Références :

Localized misfolding within Broca's area as a distinctive feature of autistic disorder, Lucile Brun, Guillaume Auzias, Marine Viellard, Nathalie Villeneuve, Nadine Girard, François Poinso, David Da Fonseca et Christine Deruelle. Biological Psychiatry: Cognitive Neurosciences and Neuroimaging, 12 janvier 2016. DOI : 10.1016/j.bpsc.2015.11.003

Human Tecar®

FEEL YOUR BEST

humantecarworld.ch

Partenaire équipe médicale
Paris Dakar

Synergistic **H**ealthcare **M**ethodology™

www.humantecarfrance.fr

PromoKiné®

groupe Elite® médicale

Elite Médicale / Promokiné
Tél: 03 22 67 54 54 | Fax: 03 22 67 54 55 | Email: direction@elitemedicale.fr
Importateur exclusif France

+ Par Philippe Goethals

Les oreilles des jeunes au bord du précipice !

Alors que la réglementation protège les oreilles des travailleurs, celles de nos enfants sont en danger imminent. Le système auditif ne peut supporter une pression acoustique de 100 dB, limite des baladeurs. Il est mondialement établi que l'oreille est en danger au-delà de 80 dB pendant 8h. A 100 dB, l'exposition sonore devrait être de l'ordre de quelques minutes seulement pour ne pas subir de lésions graves de son audition.

Bien qu'ils annoncent être sensibilisés et informés sur les risques auditifs, la menace d'un trouble de l'audition leur paraît loin. La conscience des risques est donc totalement absente.
Pour **70%** des jeunes interrogés, la crainte de perdre l'audition arrive bien loin après celle de perdre la vue.
Pourtant la probabilité d'un trouble auditif est aujourd'hui avérée. Dès le plus jeune âge, leur système auditif est soumis à des expositions sonores élevées : jeux sonores pour enfants, consoles de jeux, vidéo embarquée, MP3 puis plus tard concerts et discothèques. Une perte auditive est bien souvent irréversible et évolutive.

Il est urgent d'agir.
Agir au plus vite permettra de ne pas subir – d'ici quelques années – une perte globale des facultés auditives des Français, et évitera un risque sanitaire grave.

Les pratiques d'écoute des jeunes d'aujourd'hui entraîneront inévitablement un vieillissement précoce de leur audition. Il y a lieu de parier que le phénomène de presbyacousie apparaîtra donc beaucoup plus tôt. « On peut même imaginer qu'un jeune d'aujourd'hui aura l'audition d'un senior de 65 ans, dès l'âge de 45 ans » rappelle Jean Stanko, président de l'association JNA.

PANORAMA DE L'AUDITION EN FRANCE
LES CHIFFRES CLÉS

Au niveau de la population

12 à 15% de la population française serait affectée par les troubles de l'audition. L'OMS estime que 16% de la population mondiale souffrirait de problèmes d'audition.

1 Français sur 2 est gêné par le bruit la journée et 1 personne sur 5 pendant la nuit*

Pour 60% des personnes interrogées, le bruit agit sur leur humeur et génère de la fatigue et de la lassitude*

1 personne sur 2 touchée par les acouphènes dès les 16-34 ans** Environ 16 millions de personnes.

L'exposition sonore est citée comme première cause des acouphènes**

Pour 89% des personnes interrogées, les difficultés auditives impactent la vie sociale**

Chez les seniors

1 senior sur 3 aurait souvent ou parfois des difficultés à entendre****

3 seniors sur 5 déclaraient avoir des difficultés à suivre une conversation dans le Bruit****

La perte de l'audition concerne ***40%*** des 60-70 ans et plus de ***50%*** des plus de 80 ans. Pour autant, seulement ***32%*** déclarent avoir réalisé un contrôle de leur audition il y a moins de 5 ans, et ***52%*** ont effectué un test il y a plus de 10 ans ou jamais.****

Bien que ***93%*** des seniors interrogés accepteraient de s'équiper en aides auditives****, seulement ***34%*** des personnes ayant besoin d'appareillage le sont réellement.

Le prix et le manque de visibilité sur la question du prix sont les deux freins pour s'équiper en aides auditives.****

Chez les jeunes

L'écoute de musique amplifiée et la télévision sont deux sources principales d'exposition au bruit chez les 13/25ans ***(70%)***

1 jeune sur 3 écoute pendant 2 à 3 heures par jour son MP3 et de la musique amplifiée via son téléphone mobile, son PC ou sa chaîne Hi-Fi et 2 jeunes sur 3 entre 1 à 2 heures***

Chez les actifs

Le trouble de l'audition est la troisième cause de maladie professionnelle en France. Chez les seniors, ***44%*** des seniors interrogés éprouvent des difficultés de compréhension et ¼ des vertiges et pertes de l'équilibre

** (Enquête JNA – IPSOS – Nuisances sonores – 2011) / ** (Enquête JNA – IPSOS 2014 « Acouphènes et hyperacousie : quelles solutions ? »). / *** (Enquête JNA – IPSOS 2012 «Le capital auditif des jeunes est-il en danger ? ») / **** (Enquête JNA – IPSOS 2013 « Les seniors et l'audition »)*

49% DES JEUNES INTERROGÉS A DÉJÀ RESSENTI UNE DOULEUR AUX OREILLES, DONT **21%** RESSENT UNE DOULEUR FRÉQUENTE ET DURABLE. ENCORE PLUS GRAVE, SUITE À CES DOULEURS, **59%** DES JEUNES ATTEND QUE ÇA PASSE AU LIEU DE CONSULTER, VOIRE MÊME D'EN PARLER.

SENIORS ET DÉPENDANCE

Selon la synthèse du débat national sur la dépendance, de juin 2011, la dépendance représentait 8% de la population des plus de 60 ans. Compte tenu des prévisions démographiques, le groupe de travail envisage une forte hausse des personnes dépendantes de 2025 à 2060. Les plus de 80 ans passeraient de 3 millions en 2007 à 6,1 millions en 2035. Pour l'hypothèse intermédiaire et le scénario démographique central de l'Insee, les projections montrent une augmentation de 35% de la population âgée dépendante à l'horizon 2030 et un doublement en 2060. Par ailleurs, selon les estimations de l'OMS, compte tenu du vieillissement des populations, la démence sénile va augmenter jusqu'en 2050. La mise en place de stratégie de compensation des déficiences sensorielles auditives peut permettre une diminution et un retardement de cet effet du vieillissement.

LES ENJEUX DE LA SANTÉ AUDITIVE EN FRANCE

La moindre déficience auditive non traitée déséquilibre le parcours de vie des individus ; quelle que soit la tranche d'âge considérée :

Chez l'enfant =>trouble du langage et des apprentissages => échec scolaire => impacts sur qualité de vie et vie familiale => risques élevés de difficultés d'intégration sociale et de « décrochage social » => coût de l'accompagnement médico-social

Chez l'adulte => dégradation de l'état général de santé et impacts psychologiques => altération de la qualité de la vie sociale et professionnelle => risques élevés d'accidents du travail ; augmentation des coûts santé ; des coûts sociaux et impacts sur la cellule familiale (rupture familiale = risque de dépression ; perte d'emploi ; appauvrissement économique = précarité)

Chez les seniors retraités => modification des comportements ; impacts psychologiques ; risques accrus d'isolement social ; accélération des effets du vieillissement, accélération du déclin physique et cognitif ; risques de chute accrus => augmentation des coûts santé et impacts sur la cellule familiale.

Chez les seniors du grand âge =>aggravation du déclin cognitif et physique => perte rapide d'autonomie ; risques élevés de chute ; difficulté d'accompagnement de la personne par les professionnels de santé et les aidants familiaux => coûts santé élevés et impacts sur la cellule familiale.
Ces incidences sont aujourd'hui démontrées par les différentes études menées par les équipes de recherche américaines (Etudes du Pr. Frank Lin) et françaises (Etude de l'équipe du Dr Hélène Amieva à Bordeaux).

Satisform®
Générateur de mouvements

DOABDO®
MOBILITÉ RENFORCEMENT
GAINAGE ÉTIREMENT

10 ANS

1 OSTEOSEAT OFFERT
pour un pack acheté

QUADRISCHIO®
ÉTIREMENT ISCHIO-JAMBIERS
PSOAS QUADRICEPS

MOBIDOS®
PROPRIOCEPTION MOBILITÉ
ÉQUILIBRE SOUPLESSE

Les avantages :
- Résultats rapides
- Compacte
- Protocoles de soins établis et validés
- Installation rapide
- Fiable, efficace et apprécié des patients
- répond aux directives de la H.A.S.

En réponse à la lombalgie, aux enraidissements, aux pertes de mobilité, aux déformations orthopédiques...

www.satisform.com - 09 81 12 72 30

+ Par Philippe Goethals

Soigner les professionnels de santé vulnérables

STRESS, ÉPUISEMENT, ADDICTIONS, SUICIDE NÉCESSITÉ D'UN PARCOURS DE SOINS DÉDIÉS

Les vulnérabilités et les souffrances des professionnels de santé représentent, dans notre société, un sujet tabou, qui n'est donc pas pris en compte à sa juste mesure. On considère en effet les soignants, qu'ils soient infirmiers, médecins, etc., hors d'atteinte des menaces que constituent le syndrome d'épuisement (burnout), les addictions et même le suicide. On les perçoit, et eux-mêmes également veulent s'en persuader, comme protégés de la maladie. Leur fragilité, leur mal-être face à diverses situations, personnelles ou professionnelles, font l'objet de peu d'attentions. Ainsi dans la pratique quotidienne, respect des procédures, contraintes administratives et socioéconomiques toujours plus pesantes, sont autant d'éléments créateurs d'angoisse, de culpabilité, de surmenage. Certains se réfugient alors dans les psychotropes, l'alcool, le tabagisme. Jugés temporaires au départ par ceux qui les adoptent, ces comportements peuvent créer de véritables addictions comme il est possible de le voir dans la population générale. Pour soigner leur souffrance, les soignants, et plus généralement les professionnels de santé, hésitent à se rendre dans les structures d'accueil qui leur sont ouvertes comme à n'importe quel autre citoyen. Des solutions efficaces doivent être envisagées sans attendre pour prévenir, aider, prendre en soin ces personnes. Plusieurs raisons poussent à la mise en place de lieux dédiés, comme d'autres professions à haut risque ont pu le faire (police, gendarmerie, sapeurs-pompiers…). La spécificité des professions de santé en est une. Il est en effet légitime de créer des structures distinctes, sans mixité avec les autres patients, dans un endroit éloigné de l'environnement de travail, pour faciliter la confidentialité à laquelle tiennent tous ceux dont le métier est d'apporter des soins à autrui. Il est aussi nécessaire de construire un cadre pour pouvoir analyser de manière spécifique les fragilités rencontrées. L'efficacité d'une telle organisation a été prouvée hors de nos frontières, comme le montrent les expériences des pays qui ont mis en place un parcours de soins exclusivement consacré aux professionnels de santé. Les résultats obtenus sont remarquables. Pour la France, un projet avancé de structures résidentielles dédiées existe, dont la concrétisation peut être rapide. Il reste en outre à donner, aux professionnels, confiance dans l'accueil qui leur sera réservé, qui doit être tourné vers la bienveillance et la protection et non la réprobation ni la répression. Si le mal-être des soignants représente effectivement un risque réel pour la population, la société se doit de protéger ceux qui traitent aussi la vulnérabilité des autres.

Didier SICARD,
Président d'Honneur du Comité Consultatif National d'Éthique

RÉALITÉS DES VULNÉRABILITÉS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : DU STRESS, ÉPUISEMENT AU SUICIDE

Les souffrances des professionnels de santé peuvent se manifester, en premier lieu, par un burnout, des addictions. Elles se traduisent aussi, trop souvent, par un suicide. En général, elles sont la conséquence d'un mal-être ou d'une névrose et liées à la difficulté à assumer ses limites.

Un problème auquel chaque individu est plus au moins confronté mais qui touche certainement plus vivement ceux qui prennent en charge et combattent la vulnérabilité humaine. Un fait nouveau et préoccupant est récemment apparu : le burnout semble être surtout dû aux contraintes administratives et socio-économiques toujours plus pesantes.

Quid des addictions ? Si la fuite dans des compensations factices est une voie fréquente face au manque et à la frustration, certains sont piégés par des produits psychoactifs, euphorisants. Des causes complexes, bio-psycho-sociales, sont à l'origine des dépendances et ceux et celles qui en sont victimes doivent être considérées comme de véritables malades. Au-delà du retentissement sur la santé elle-même, ces difficultés touchent l'identité professionnelle et donc la responsabilité : un soignant souff rant d'addiction peut en effet mettre ses patients en danger lors de ses prescriptions ou de ses actes.

ENQUÊTES ET ÉTUDES RÉCENTES

Si les exigences de travail dépassent les ressources dont ils disposent, les professionnels de santé sont susceptibles d'être frappés de burnout.

Qu'est-ce que le burnout ?

C'est un syndrome psychologiquement composé de deux dimensions : l'épuisement émotionnel d'une part, le retrait psychologique d'autre part. L'épuisement émotionnel renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. La personne est vidée nerveusement, a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail qui devient une corvée. Elle ne réalise plus ce qu'elle effectuait auparavant, ressent frustration et tensions. Le retrait psychologique, quant à lui, conduit au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques envers les patients, à un désengagement vis-à-vis du travail, de l'organisation.

Les principales causes du burnout des professionnels de santé ont été mises à jour à partir de recherches de terrain. Ces travaux ont également analysé ses conséquences, à la fois sur la santé physique et psychologique (conduites addictives, prises d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, idéations suicidaires) mais également sur les prises de décisions et sur la prise en charge des patients.

STRESS ET ÉPUISEMENT

Comme tout professionnel de santé, les paramédicaux sont exposés au stress et à l'épuisement pouvant, dans les cas extrêmes, conduire au suicide. Les infirmières et les aides-soignantes confrontées quotidiennement à la souffrance, à la vieillesse, à la déchéance et à la mort, les cadres de santé de proximité placés au coeur d'injonctions paradoxales semblent plus particulièrement concernées. Certaines disciplines sont, d'autre part, réputées à risques, telles la cancérologie, la gériatrie, la réanimation, le bloc opératoire ou encore les soins palliatifs. Repérer les personnalités présentant des risques intrinsèques n'est pas aisé.

Toutefois, il est possible d'agir pour prévenir ou minorer certains facteurs professionnels susceptibles de potentialiser les risques et de déclencher une spirale délétère de stress répétés pouvant conduire à l'épuisement, voire à l'effondrement.

Prévention et détection relèvent de la hiérarchie et des collègues via un travail en équipe, des staffs pluri professionnels, des retours d'expérience déculpabilisant en cas d'erreur, de l'information, de la formation, une organisation et des moyens adaptés à l'activité, des relations sereines. Il s'agit de prendre soin des soignants pour qu'ils puissent prendre soin des patients.

Design Corporel

Fabricant français de tables de kinésithérapie
& machines de rééducation fonctionnelle

Table 2 plans
réf. CREA-150

Presse horizontale mixte
à charge latérale
réf. 7364

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

consultez notre page Facebook: facebook.com/DesignCorporel

Aléo Industrie / Design Corporel - P.A. du Moulin de Coisne - Rue de la République - 59496 SALOMÉ
Tél. : (33) 03.20.29.90.00 - Fax : (33) 03.20.29.89.92 - www.design-corporel.com

FABRICATION FRANCAISE

L O C A T I O N

Louer pour vous ou vos patients,

une attelle de rééducation du genou artromoteur

Livraison en France
24H Chrono

materielmedical.fr
L'internet du Matériel Médical

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

+ Par Philippe Goethals

CONDUITES D'ADDICTION

Les professionnels de santé ne sont pas immunisés contre les addictions. Cependant, peu d'études sont disponibles, notamment en France. Celles dont on dispose concernent surtout les médecins (voir encadré). Comme dans la population générale, des facteurs personnels ou familiaux peuvent expliquer ces conduites. Cependant, l'environnement au cours des études ou de l'activité professionnelle joue un rôle important. Si les symptômes sont peu repérés lorsque l'exercice est isolé, les conséquences sont souvent couvertes lors de l'exercice hospitalier. Les troubles restent donc longtemps non diagnostiqués et non abordés, d'autant que le fait d'être professionnel de santé complique encore l'expression des difficultés liées à ces conduites. Or, des décisions de protection des patients et d'orientation vers des soins devraient dans ce cas être prises rapidement. Quant au traitement, il expose au risque de récidive. Par ailleurs, la difficulté des soignants à se situer par rapport à un autre professionnel du soin ou encore celle des autres patients à positionner le professionnel en tant que patient compliquent la prise en charge. Pour ces raisons, la mise en place d'actions de prévention spécifiques et de programmes de soins adaptés est nécessaire.

SUICIDE ET FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque de suicide sont connus : il en existe des dizaines dont les principaux ont un risque relatif supérieur à 20. Une tentative de suicide déjà réalisée, le trouble bipolaire, le mésusage d'alcool et la dépression en font partie. Leur existence, leur fréquence et leur poids rendent la recherche d'autres facteurs de risque très difficile, voire impossible, tant les effectifs nécessaires sont élevés. Difficulté supplémentaire : la souffrance est induite par une coalition de facteurs de risque, souvent de 10 à 20, qui déstructurent la trajectoire de vie. De ce fait les approches qui tentent de relier une caractéristique, un événement ou un trouble et le suicide n'ont pas de valeur scientifique si les principaux autres facteurs de risque ne sont pas pris en compte. Ainsi, l'approche par métier n'est utile que si le spectre complet des facteurs de risque est considéré. Celle-ci constitue toutefois une porte d'entrée précieuse pour la prévention. Même en l'absence de sur-risque patent, chaque groupe humain, chaque communauté se doit d'élaborer des stratégies face à la détresse psychique majeure. Les professionnels de santé doivent se protéger avant de protéger, accepter aussi qu'être fort, c'est demander de l'aide.

SOIGNANTS ET CONDUITES ADDICTIVES

- De 10 à 12% des médecins sont concernés par les conduites addictives.
- L'alcool est le produit le plus fréquemment en cause, dans plus de la moitié des cas.
- Viennent ensuite les médicaments psychotropes, les opiacés, les stimulants et les autres substances. La polyconsommation est fréquente.
- Certaines spécialités sont davantage concernées que d'autres : l'anesthésiologie, la médecine d'urgence, la psychiatrie…

Parmi les sources
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

RÉALITÉS DES SOUFFRANCES VÉCUES ET/OU RAPPORTÉES PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS ET RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

La commission Santé des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs au Travail (SMART) a pour objectif de proposer des solutions concrètes en lien avec la souffrance au travail des professionnels médicaux et paramédicaux de l'anesthésie réanimation. Sous l'égide du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR), elle a pris, en 2009, des initiatives dans le domaine du bien-être au travail, en termes de risques psycho-sociaux (RPS). Elle a ainsi mis à disposition des professionnels et de leur entourage une écoute spécialisée via un Numéro Vert et/ou un e-Chat H24/J7, suivie si besoin d'une orientation ciblée. La commission a, d'autre part, pour objectif la construction de réseaux d'aide au niveau du territoire, comme celui dédié aux professionnels confrontés à une addiction.
SMART cherche, de plus, à promouvoir le service de santé au travail pour les médecins et les internes. Le site cfar.org offre ainsi un espace accessible à tout professionnel de l'anesthésie réanimation ainsi qu'à son entourage afin de briser le tabou qui persiste dans le domaine des RPS et de répondre à toute demande d'information. Un programme DPC centré sur les RPS est en cours d'élaboration.

LES VULNÉRABILITÉS DES CADRES DIRIGEANTS

Risques psycho-sociaux, vulnérabilité, tels sont les nouveaux termes sur lesquels s'accroche aujourd'hui le malaise professionnel contemporain. Si ces mots masquent pudiquement des drames humains véritables, ils peuvent aussi être opportunément brandis pour muscler un bras de fer entre direction et salariés. A l'hôpital, ils concernent une communauté professionnelle dont le garant est le chef d'établissement, et par délégation ses adjoints, notamment ceux des directions des ressources humaines. Mais qui prend soin de ces cadres dirigeants ?
Est-il saugrenu ou déplacé de parler de vulnérabilité pour cette catégorie professionnelle aujourd'hui ? Par ailleurs, de quoi est constituée leur difficulté ? Et à qui s'adresser quand la pression des injonctions paradoxales est trop forte ? Vers qui se tourner quand l'expression des conflits sociaux dévie totalement des règles du respect de l'humain ? Où s'orienter quand la mésentente avec ses pairs ou ses supérieurs affecte l'estime de soi, la conscience professionnelle, la santé psychique ?
Pour répondre aux difficultés rencontrées par les directeurs d'hôpitaux, des solutions existent et peuvent encore être développées plus largement.

LES MÉDECINS FACE AU MAL-ÊTRE

Plus concernés encore par le mal-être que les autres soignants, les médecins généralistes sont particulièrement affectés par le burnout (voir encadré). Plusieurs études concordantes menées en France comme en Europe le prouvent. Les médecins en activité ont, de plus, un sur-risque de suicide. Plus généralement, les troubles psychiatriques représentent la principale affection des médecins en invalidité définitive*. Cette situation nécessite une anticipation forte des risques en favorisant les différents dispositifs de soins aux médecins en difficulté. Investis de plus en plus d'une fonction médico-psycho-sociale indispensable au suivi des patients mais complexe à assurer, les médecins généralistes aspirent à être reconnus et aidés. En parallèle, les contraintes administratives sont vécues comme intrusives, voire humiliantes. Ces difficultés peuvent ainsi conduire à une perte progressive d'un processus identitaire indispensable à préserver au bénéfice de la sécurité et de la qualité des soins. Indispensables à mettre en oeuvre, des mesures doivent permettre à ces professionnels de santé de se concentrer sur leur coeur de métier qui est d'écouter, soigner et accompagner les populations dans la gestion de leur santé.

LE MAL-ÊTRE CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Plus d'1 généraliste sur 10 est en détresse psychologique, avec une variation située entre 10 et 17% selon les régions.
- 60,8% se déclarent menacés par l'épuisement professionnel. • Au moins 30% des médecins sont frappés par l'un ou plusieurs des trois aspects du burnout : - épuisement émotionnel (43% des cas), - baisse de l'accomplissement personnel (33%), - dépersonnalisation (40%).
- 58% des internes présentent au moins l'un des 3 critères de burnout.
- Le sur-risque de suicide chez les médecins en activité est de 2,3.

Sources :
Eric Galam, 2011 et 2007 ; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 2010 ; European General Practice Resarch Network (EGPRN, réseau de recherche européen en médecine générale), 2008 ; Didier Truchot, 2006 ; Yves Leopold, 2003

** Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), 2009*

PhysioLASE4®

Thérapie laser classe 4

schwa-medico

plus de 30 ans d'expérience dans la thérapie laser

Ne laissez aucune chance à la douleur

- Traumatismes du sport
- Capsulite / Coiffe
- Entorses
- Lésions ligamentaires
- Douleurs articulaires
- Inflammations
- Contractures musculaires
- Tendinites
- Bursites
- Epicondylite
- Canal carpien
- Ténosynovite
- Canal lombaire
- Lombalgie chronique / aigüe
- Cervicalgie chronique / aigüe
- Arthrose

Efficacité jusqu'à 15W en continu
Résultats ultra-rapides
Biostimulation et chaleur ressentie en profondeur

Démo sur RDV au 03.89.49.73.61

schwa-medico · 30 rue Joffre · 68250 Rouffach-FRANCE · info@schwa-medico.fr · **www.schwa-medico.fr**

+ Par Philippe Goethals

PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS

De nombreux soignants se plaignent d'avoir perdu l'équilibre et la confiance nécessaires à l'exercice serein de leur métier. Ils souffrent de ne plus pouvoir mettre en oeuvre des soins qui répondent aux valeurs qui les portent. Les changements profonds dans les priorités des institutions de soin, la logique budgétaire opposée à l'intérêt des patients, la densification des actes, l'augmentation des activités afférentes aux soins ont progressivement déplacé les centres d'intérêt des soignants. Ces bouleversements intervenus dans le métier leur ont ainsi fait perdre le sens de leur mission. En parallèle, la raréfaction des temps de rencontre dans les équipes, la diminution du temps consacré à la réflexion sur les pratiques, l'individualisation des actes ont induit un sentiment de solitude peu propice au partage des doutes, des difficultés.

Soigner les conditions le travail des soignants est un préalable incontournable pour leur équilibre. Il est urgent que l'institution s'en donne les moyens.

LE REPÉRAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VULNÉRABLES

Au-delà de leurs patients, les soignants ont tous en commun le souvenir marquant d'un événement grave dans la vie d'un ou d'une amie, d'un confrère ou d'une consoeur, d'un collègue. Ils ont, fixé dans leur mémoire, celui de cet étudiant ou de cette étudiante qui, dès sa seconde année d'école ou de faculté, mettait fin à ses jours. Celui encore de cet hospitalier et de son cinquième passage en réanimation en tant que patient. Ils n'ont pas oublié non plus ce collègue, croisé dans des soirées professionnelles, pour qui alcool et médicaments ne faisaient visiblement pas bon ménage. De même, des soignants libéraux ont à jamais marqué la mémoire d'un village tant leur souffrance fut grande et ignorée jusqu'au jour du drame.

La douleur de ces soignants, de leurs familles, de leurs amis est ancrée dans la mémoire collective. Elle a aussi marqué à tout jamais les esprits par l'onde de choc générée et les séquelles sur l'entourage, proche ou lointain.

Face à la vulnérabilité des soignants, et plus généralement des professionnels de santé, les diverses professions se sont-elles mises en ordre de marche et ont elles avancé ensemble sur la notion de repérage des personnes vulnérables ? La question est cruciale tant le sujet est grave. Des solutions efficaces doivent être envisagées sans attendre, pour pouvoir prévenir, aider et prendre en soin plus rapidement et efficacement. D'autres professions à risque ont déjà mis en place des moyens pour repérer et aider leurs professionnels en difficulté. Il convient de suivre leur exemple.

AIDE PSYCHOLOGIQUE POUR LES SOIGNANTS

Créée en 2005, l'Association d'Aide au Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML) est le premier dispositif français offrant aux soignants en difficulté psychologique une aide concrète et toujours disponible. Cette aide intervient à partir d'une plate-forme téléphonique* animée par des psychologues cliniciens acclimatés aux problématiques spécifiques aux soignants. Des résultats concrets ont été obtenus. Plus généralement, l'AAPML s'est impliquée très tôt dans l'aide aux soignants au travers de la création et du développement de divers dispositifs. L'association a ainsi contribué à sortir du déni la vulnérabilité et la souffrance des soignants et à offrir aux professionnels de santé des outils de prise en charge. Aujourd'hui, ceux-ci ont à leur disposition un véritable écosystème d'entraide médicale (voir encadré). L'AAPML participe, par ailleurs, au groupe de travail de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur le burnout des internes, mis en place en 2014. Parmi ses dernières initiatives : la mise en oeuvre d'une formation nationale (DIU) « soigner les soignants », en collaboration avec l'association MOTS, et l'organisation du colloque de l'European Association for Physician Health (EAPH) en 2017 à Paris.

« Dès 2003, à ma retraite, je me suis inquiété des souff rances des professionnels de santé liées à leur exercice, d'abord avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins et son président de l'époque, le Pr Jacques Roland. Par la suite, le Pr Didier Sicard, qui préside aujourd'hui le Colloque « Soigner les professionnels de santé vulnérables », s'est impliqué dans cette démarche de prise en compte des vulnérabilités et des souff rances qui peuvent atteindre certains d'entre nous. C'est un vrai problème qui mérite toute notre attention. Nous sommes une profession à risque, pour ellemême et pour les patients, avec ses spécificités. Pour ces raisons, j'insiste depuis toujours sur la nécessité de créer des structures dédiées pour une prise en soin parfaitement adaptée »

Pierre Carayon,
professeur émérite de médecine
à l'Université de Franche-Comté

DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN SOIN OPTIMAL

La santé des médecins constitue un enjeu important de santé publique longtemps négligé. Tournés vers les autres, les médecins sont habitués à repousser leurs limites et ont tendance à être dans le déni ou la négligence de leurs propres pathologies. Ils ont ainsi, souvent, un comportement particulier envers leur propre santé : difficultés à demander de l'aide, autodiagnostic, automédication. Pourtant, ils sont plus à risque de souffrir d'un syndrome d'épuisement professionnel et de conduites addictives. Certains seraient, en outre, plus susceptibles de développer un épuisement et de se suicider.

L'organisation des soins actuelle et une confraternité complice leur sont souvent préjudiciables. Elles font que les médecins ont un accès plus compliqué à un soin optimal, notamment en addictologie et en psychiatrie. Une prise en soin précoce, adaptée, pluridisciplinaire leur serait, en revanche, bénéfique et favoriserait la qualité des soins. Il semble donc nécessaire de développer une offre de soins spécifique et privilégiée pour les professions médicales, en collaboration étroite avec les services de Médecine du travail et de Pathologie professionnelle, les conseils de l'Ordre et les ARS. Ceci en étant particulièrement attentif à la préservation de l'intimité et du secret médical.

À L'ÉCOUTE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Face au burnout, les masseurs-kinésithérapeutes ne font pas exception à la règle : le nombre de cas est loin d'être négligeable, sans parler des cas dramatiques de suicides. Si ce nombre est mal connu, chaque fois qu'un drame arrive, il laisse toujours un malaise et un sentiment de culpabilité chez les confrères qui n'ont pas su détecter le mal être de l'un des leurs. Peut-être, parce qu'ils sont des soignants, ont-ils du mal à se mettre dans la peau d'un patient, qui plus est, en souffrance psychologique. Pour en savoir plus sur ce grave problème, l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes de Midi-Pyrénées à fait réaliser une enquête, en partenariat avec le Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CROMK). Résultats : 56% des répondants se sentent personnellement menacés par l'épuisement professionnel. Principales causes de ces difficultés : le nombre d'heures de travail et les journées trop chargées. À la suite de cette enquête, l'URPS MK-MP s'est rapprochée de l'Association d'Aide au Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML) afin de permettre à tous les kinésithérapeutes de Midi-Pyrénées de trouver une oreille attentive. Cette initiative, qui n'est qu'un début, devrait permettre à certains d'être pris en charge suffisamment tôt pour éviter les drames.**

LES CHIRURGIENS-DENTISTES AUSSI CONCERNÉS

Les chirurgiens-dentistes ne sont pas épargnés par le burnout. Un certain nombre de causes, spécifiques ou non de la profession, ont été proposées. Parmi elles : les conditions de travail, qui regroupent le bruit de l'équipement du cabinet, la fatigue physique et visuelle. La surcharge de travail, les pressions administratives, légales et financières, peuvent également être impliquées dans le burnout. Sans oublier les facteurs humains comme les relations interprofessionnelles, patientpraticien, ou encore les patients difficiles. Par ailleurs, s'ils ne sont pas pris en compte dans le burnout, les facteurs individuels forment des facteurs aggravants.

De quel dispositif d'aide disposent aujourd'hui ces professionnels en souffrance ? Chargée de l'étude des demandes de secours et des exonérations de cotisations, la commission de solidarité de l'Ordre des chirurgiens-dentistes apporte, chaque année, une aide à environ 15 à 20 confrères. Cette demande de secours concerne majoritairement ceux qui souffrent de difficultés financières.

** 0826 004 580, non surtaxé ** Avec la collaboration de la société KYNOS*
**** Sources : Observatoire de la santé ; Caisse de retraite (Commissions d'invalidité et d'inaptitude) ; Commission de solidarité de l'Ordre National ; thèse de Marion Gautheron, Université Claude-Bernard Lyon 1, 2012*

ecopostural
mobilier pour la santé.
www.ecopostural.com

+ Par Philippe Goethals

NÉCESSITÉ ET DIFFICULTÉS DE MISE EN PLACE DE STRUCTURES DE SOINS RÉSIDENTIELS DÉDIÉS EN FRANCE

Les troubles psychiques et addictifs chez les professionnels de santé sont fréquents. Ils sont la cause de sérieux problèmes qui ont un impact sur la sécurité des patients, la vie et la carrière des professionnels touchés. A cela, il faut ajouter le fardeau socio-économique qui pèse sur le système de soin dans sa globalité. Tout comme le repérage et le diagnostic, la prise en charge est souvent trop tardive. Défaut de repérage, stigmatisation sociale et auto stigmatisation, ambivalence et manque de reconnaissance de la maladie, difficulté à demander de l'aide sont des facteurs limitants de l'accès aux soins. Chez les professionnels de santé, ces facteurs sont souvent exacerbés. De ce fait, ceux-ci développent des troubles sévères.

La prise en charge présente, quant à elle, des difficultés spécifiques liées aux professionnels en difficulté. D'autres obstacles existent, liés aux soignants qui doivent les prendre en charge. Des programmes adaptés aux professionnels de santé et une prise en charge spécifique apportent de meilleurs résultats. Des solutions spécifiques doivent donc être pensées et mises en oeuvre. Il s'agit de favoriser un dépistage et une aide anonymes, de créer des lieux de soins ayant développé des connaissances et des pratiques spécifiques sur le sujet, de favoriser un maillage national permettant un suivi et un soutien au long cours. En d'autres termes, la création de parcours de soins dédiés pour les professionnels de santé en grande souffrance doit être développée.

STRUCTURES DÉDIÉES ET SUCCÈS THÉRAPEUTIQUE

Principaux déterminants du succès thérapeutique des unités résidentielles :

- **la qualité du programme** de soins, spécifique,
- **la qualité de l'équipe soignante,** diversifiée et solidaire,
- **l'environnement psychologique**, dominé par le non-jugement, comportant un regard bienveillant, permettant une alliance thérapeutique,
- **l'environnement matériel**, assurant un bien-être à des personnes dégradées,
- **la confidentialité**, revendiquée, et facilitée par un échange des patientèles entre les régions.

DES OBSTACLES DANS LA PRISE EN SOIN

Les troubles psychiques et addictifs chez les professionnels de santé sont la cause de sérieux problèmes qui ont d'importants impacts : sur la sécurité des patients, sur la vie et la carrière des professionnels touchés, sur le fardeau socio-économique qui pèse sur le système de soin. Pour de nombreuses raisons, ces professionnels rechignent à demander de l'aide quand ils sont touchés par un trouble mental/émotionnel ou une addiction. De ce fait, ils sont plus vulnérables au développement de troubles sévères qui sont alors pris en charge tardivement. D'autres obstacles existent, concernant la prise en soin. Celle-ci peut, en effet, être tout simplement refusée par un service situé dans le même établissement que le professionnel de santé touché. Elle peut aussi donner lieu à des situations délicates, lorsque les professionnels en grande difficulté sont signalés à ce même service par les collègues qui l'ont repéré et veulent lui porter assistance. En parallèle, il est prouvé que des programmes adaptés et une prise en charge spécifique donnent de meilleurs résultats. En conséquence, la création de structures résidentielles dédiées pour les professionnels de santé en grande souffrance reste la meilleure des solutions à envisager.

RÉFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE

Réfléchir à la prise en charge addictologique, et en particulier alcoologique, des professionnels de santé est nécessaire, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la prévalence d'une problématique alcoolique n'est pas rare dans cette population. D'autre part, la prise en charge présente certaines difficultés qui peuvent être liées aux professionnels eux-mêmes, mais aussi aux soignants qui essaient de les aider. L'anonymat, parfois difficile à préserver, en est une. Elle peut obliger certains professionnels à consulter dans une autre ville, voire un autre département. Autre difficulté : la crainte légitime de savoir son dossier médical consulté par une personne non autorisée. D'autre part, le suivi en consultation ou en hospitalisation d'un soignant peut poser des problèmes spécifiques à une équipe d'addictologie. La difficulté à mélanger le soignant aux autres patients dans des groupes d'information ou de parole et celle à le considérer comme un malade et non un confrère constituent d'autres obstacles. Des moyens permettent de limiter ces écueils et d'aider au maximum les soignants ayant un problème d'alcool et qui viennent rencontrer une équipe d'addictologie.

DES FACTEURS LIMITANTS SOUVENT EXACERBÉS

L'aide aux personnes en difficulté avec les substances psychoactives constitue un enjeu majeur de santé publique. En termes d'accès aux soins, des facteurs limitant existent toutefois, qui sont le défaut de repérage, la stigmatisation sociale et l'autostigmatisation, l'ambivalence et le défaut de reconnaissance de la maladie, l'impossibilité d'accéder aux dispositifs soins. Ces facteurs limitants sont souvent exacerbés pour les professionnels de santé touchés par les addictions. Il est en effet difficile, pour le soignant, de faire face à l'image négative de la maladie, de se traiter lui-même et de s'en remettre à un collègue expérimenté.

Dès lors, des solutions adaptées doivent être mises en oeuvre de façon ambitieuse et réaliste. Il s'agit de favoriser un dépistage et une aide anonymes et de créer des lieux de soins ayant développé des connaissances et des pratiques spécifiques. Il convient également de promouvoir un maillage national permettant un suivi et un soutien au long cours. Pour ce faire, le développement de téléconsultations et d'unités dédiées permettront de répondre à la question de l'offre. Pour le reste, des modalités d'interventions et de soutien psychothérapiques adossées à des programmes de recherche et de formation, devront être nécessairement développées.

L'ENTRAIDE MÉDICALE POUR LES LIBÉRAUX

Associations et dispositifs majeurs impliqués dans la prise en charge :

- Médecin Organisation Travail et Santé (MOTS),
- l'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (ASRA),
- l'Association Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (AAPML)
- l'Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes (ASSPC),
- la consultation de prévention du Groupe Pasteur Mutualité,
- l'Association Régionale d'Entraide du Nord-Est (ARENE)
- les consultations prévention des différents Ordres régionaux,
- le Fonds d'action sociale (Fas) de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF),
- etc.

STRUCTURES DÉDIÉES ET MODALITÉS

La mise en place de structures résidentielles dédiées doit répondre à des modalités bien définies. Il s'agit d'unités de moyen séjour, des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), soit de psychiatrie pour des névroses, des anxiétés et dépressions sévères et de burnout grave ou d'état suicidaire, soit d'addictologie. Elles intègrent des séjours de postcures, de quatre à six semaines.

Des cures d'une semaine environ, pour sevrage de médicaments et/ou de substances psychoactives, alcool et drogues, précèdent les SSR. Les structures dédiées sont soit publiques, soit privées, à but lucratif ou non. Elles comptabilisent 300 lits, nécessaires pour le million de professionnels de santé de France, soit 20 à 30 lits par région. Leur activité suppose des liens étroits avec, en amont, le repérage (en particulier par les associations régionales) et le sevrage (s'il doit être réalisé avant le SSR). Elle est, d'autre part, associée au suivi et à la réinsertion.

La création-gestion de ces établissements pose toutefois des problèmes, à la fois d'investissement, de fonctionnement, de financement. Mais la nécessité d'un parcours de soins avec des structures résidentielles dédiées s'impose. Un tel parcours promet, en effet, d'être très efficace et rentable, financièrement et humainement. La santé des soignants et gestionnaires est en jeu et d'elle, dépend la santé de toute la population.

LE TOP DE LA PHYSIOTHERAPIE

2 technologies adaptées à vos besoins

TR-THERAPIE (TECARTHERAPIE BTL)

- Applicateur innovant et très ergonomique
- Sécurité renforcé de l'operateur
- Contrôle audiovisuel
- Sélectivité exceptionnel des tissus
- Puissance : 320 W
- Protocoles prédéfinis avec images et encyclopédie
- Contrôle d'impédance dynamique

DOULEURS CERVICALES

DOULEUR LOMBAIRE

SYNDROME D'IMPINGEMENT

MYALGIE

THERAPIE PAR ONDES DE CHOC

- Pistolet 3ème génération: plus précis et confortable
- Compresseur intégré dans l'unité
- Têtes multifocale
- Compact et silencieux (7 kg seulement)
- Programmes prédéfinis avec encyclopédie et images
- Pression: 5 bars et fréquence: 20 Hz
- Intensité croissante intégré pour les patient sensibles

ÉPAULE DOULOUREUSE

ÉPINE CALCANÉENNE

ÉPICONDYLITE

TENDINITE ROTULIENNE

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

+ Par Philippe Goethals

RÉALISATIONS ET SUIVI D'EXPÉRIENCES RÉGIONALES ET INTERNATIONALES

La mise en place d'unités résidentielles dédiées est clairement justifiée par la dangerosité des soignants en grande souffrance traités seulement en ambulatoire. Elle est aussi nécessaire pour des raisons de surculpabilisation. Des structures fonctionnent déjà en suivant cette orientation spécifique. Des programmes de soins exclusivement consacré aux professionnels de santé existent ainsi hors de nos frontières, comme en Angleterre, en Espagne avec les médecins catalans du Centre de Barcelone. D'autres professions à haut risque (police, gendarmerie, sapeurs-pompiers…) ont, elles aussi, organisé des prises en soins dans des structures dédiées. Ces solutions déjà expérimentées apportent des preuves d'efficacité indéniables qui renforcent le choix d'un parcours de soins focalisés sur les professionnels de santé.

L'ACTION DES UNITÉS INTERRÉGIONALES DE SOIN

Les professionnels de santé présentent plus d'addictions et d'autres pathologies psychiatriques que la population de niveau socio-économique comparable. Des facteurs collectifs externes ainsi que des facteurs personnels internes favorisent l'apparition de psychopathologies du travail (voir encadré). L'impact des traits de personnalité est, en outre, aggravé par les exigences de perfection et les attentes d'invulnérabilité caractérisant le vécu des professions de santé. L'ensemble de ces éléments justifie un soin groupal spécifique. Pour le psychiatre, le professionnel de santé est un malade comme un autre, dont la profession donne des traits particuliers à la prise en charge. Des schémas originaux de programmes de soins sont donc proposés. Le soin en unités dédiées permet ainsi l'identification avec d'autres patients soignants, également de mentaliser et de déculpabiliser les sentiments négatifs éprouvés dans l'exercice de la profession. Via les Unités Interrégionales de Soins pour les Professionnels de Santé (UISPS), il est possible d'associer des soins somatiques et psychiatriques, une formation en savoir être au travail, le développement d'une culture à la prise en charge bio-psycho-sociale personnelle de sa santé.

LA SOLUTION CATALANE ET SES RÉSULTATS

Concernant la prise en soin dédié des médecins malades, la Clinique Galatea de Barcelone développe un programme extrêmement confidentiel, ouvert, dédié et gratuit*. De nombreux médecins malades viennent y demander de l'aide. Plus précisément, ils sont 2 236 à avoir intégré la clinique d'octobre 1998 au 30 Juin 2015. Les données et résultats obtenus sont, en général, très positifs. Ainsi, la plupart des médecins pris en charge travaillent normalement (dans environ 90% des cas), ou sous contrôle, selon la psychopathologie dont ils souffrent. À noter que le fonctionnement des services de l'établissement est étroitement lié au Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade (PAIMM) de la Fondation Galatea qui conditionne fortement les résultats atteints. Un suivi particulier des cas difficiles garantissent en outre le contrôle de ces cas, avec des résultats significatifs. Comparés aux programmes anglo-saxons consacrés aux médecins malades, les résultats montrent quelques différences qu'il est intéressant de souligner et détailler.

ADDICTIONS ET PSYCHOPATHOLOGIES : LES FACTEURSFAVORISANTS

Facteurs collectifs externes :

- le surmenage,
- des vécus d'agression dans le travail,
- le culte de l'excellence,
- des exigences économiques,
- des exigences de standardisation des pratiques dits critères de qualité.

Facteurs personnels internes :

ils regroupent les traits psychologiques impliqués dans le choix du métier et le mode d'exercice.

LES MÉDECINS BRITANNIQUES ONT MONTRÉ QUE LE TAUX DE SUCCÈS PASSE DE 20% DANS LES STRUCTURES POUR TOUTVENANT À 80% DANS LES ÉTABLISSEMENTS DÉDIÉS.

UN TAUX DE SUCCÈS MULTIPLIÉ PAR QUATRE PAR RAPPORT AUX STRUCTURES POUR TOUTVENANT A ÉTÉ RAPPORTÉ PAR LES MÉDECINS CATALANS DU CENTRE GALATEA DE BARCELONE.

PARCOURS DE SOINS POUR MÉTIERS À HAUT RISQUE

Situé en Indre et Loire, l'ANAS**-Le Courbat est un établissement de santé de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dédié aux métiers à haut risque - police, gendarmerie, pompiers, agents de la pénitentiaire - et spécialisé en addictologie et burnout. Véritable école de l'estime de soi, Le Courbat a mis en place un parcours de soins individuel, sur mesure, élaboré en étroite relation avec les obligations statutaires des métiers à haut risques.

Construit autour d'ateliers thérapeutiques, ce parcours singulier permet aux patients d'identifier leurs émotions, de les reconnaître et d'apprendre à les gérer. Le personnel qui oeuvre au Courbat est formé aux métiers de la police et à son organisation. Leur approche vise aussi à réadapter les agents du Ministère de l'Intérieur. Ce travail a aussi pour objectif de baisser de consommation de psychotropes et d'augmenter l'activité physique par un travail approfondi de reconditionnement.

DÉPENDANCES ET IMPORTANCE DU SUIVI

Un soignant en situation d'addiction a un réel besoin, non seulement d'une prise en charge initiale souvent intensive, mais également d'un suivi solide et rigoureusement organisé. Dans ce contexte, les acteurs du suivi thérapeutique doivent être coordonnés afin d'éviter les oublis et les doublons.

Le référent désigné, dûment accrédité, a quant à lui pour mission de veiller au maintien des objectifs thérapeutiques initialement négociés et partagés avec le patient. Tout en restant vigilant, la reprise du travail est à privilégier, avec un accompagnement visant à assurer au soignant une solidité pour réaff ronter le monde du travail. À l'instar de certaines expériences, cette reprise peut se faire dans le cadre d'un engagement thérapeutique d'une durée de deux ans par exemple, qui lie le soignant à un projet de soins qu'il devra suivre.

Dans quelques cas, une reconversion professionnelle doit être envisagée.

À PROPOS DE L'ASSOCIATION SPS : SOINS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Cette association a pour objet de défendre les intérêts, tant matériels que moraux, des professionnels de santé vulnérables. Pour cela, l'association défend la santé des professionnels de santé dans l'exercice de leur profession notamment dans leur identité, leur responsabilité et leur exposition aux risques professionnels. Son objectif est de susciter une véritable prise de conscience et de proposer des actions concrètes.

Ces actions seront notamment :

- Le rassemblement d'un groupe d'experts et de professionnels engagés souhaitant partager et défendre la santé des professionnels de santé vulnérables.
- L'organisation de Colloques Nationaux.
- La création de parcours de soins dédié.

Des actions pourront être mises en place pour améliorer ou restaurer le bien-être au travail et dans la vie privée de tous ces soignants et de leurs familles. D'autre part, l'association pourra soutenir et mettre en place tout autre activité allant dans le sens de ses objectifs généraux et de la protection des professionnels de santé vulnérables.

** 13 puis 22 lits pour 28 000 médecins, consacrés pour l'essentiel aux troubles addictifs.*
** * Association Nationale d'Action Sociale*

FORMATION EN
ORTHOKINESIE
FORMATION EN 2 MODULES DE 4 JOURS

La formation en Orthokinésie remet en question de nombreux préjugés culturels et thérapeutiques en kinésithérapie, ostéopathie, podologie et orthodontie. Elle propose aux thérapeutes de nouvelles approches de rééducation, tout de suite applicables en cabinet.

Recherchez les causes des déséquilibres avec la Posturologie Dynamique : analyse biomécanique sur le terrain lésionnel (posture et/ou dynamique), analyse des chaussures, analyse des pieds (adaptateurs, amortisseurs, propulseurs, équilibrateurs), analyse de la dentition et des ATMs, analyse des yeux.

Rééduquez avec les premiers traitements orthopédiques actifs : postural, podal, maxillo-facial fonctionnel et oculomoteur.

Manipulez en « dynamique » : la seule technique qui réajuste les tissus mous en mouvement et en pleines tensions. Elle corrige le geste lésionnel (intérêt dans le sport) rapidement et efficacement (10 minutes en moyenne). La thérapie manuelle orthokinésique est avant-gardiste puisqu'elle tient compte des variations toniques d'un muscle selon son activité (sachant qu'un muscle n'a pas la même tension en décubitus, debout et en mouvement).

Cette méthode est complémentaire à la posturologie classique, à l'ostéopathie et aux thérapies manuelles.

NOS DATES DE FORMATION

Module 1 : **Lyon** : 04-05-06-07 Février 2016 **- Paris** : 31 Mars et 01-02-03 Avril 2016 **- Luxembourg** : 26-27-28-29 Mai 2016 **- Bordeaux** : 09-10-11-12 Juin 2016 - **Genève** : 08-09-10-11 Septembre 2016 - **Bruxelles*** : 22-23-24-25 Septembre 2016 - **Bergame** : 06-07-08-09 Octobre 2016 - **Paris** : 10-11-12-13 Novembre 2016 - **Huy** : 24-25-26-27 Novembre 2016

**formation dispensée en Français et Néérlandais*

Module 2 : exclusivement dispensé à Genève, Luxembourg et Beauraing
Genève : 10-11-12-13 Mars 2016 **- Luxembourg :** 23-24-25-26 Juin 2016 - **Genève** : 08-09-10-11 Décembre 2016 - **Beauraing** : 15-16-17-18 Décembre 2016

ORTHOKINÉSIE INTERNATIONAL ACADEMY

INSCRIPTIONS : secretariat@orthokinesie.com www.orthokinesie.com

itmp

Institut de Thérapie Manuelle de Paris

www.itmp.fr

Formation complète en **Thérapie Manuelle :**

Formation sur 1 ou 2 ans :

- ✓ 28 jours répartis en week end de 2 ou 3 jours.
- ✓ 1 enseignant par groupe de 12 étudiants
- ✓ Support de cours, atlas des techniques & vidéos sur clé USB
- ✓ Sur Paris – Vitry, Aix en Provence, Strasbourg, Bordeaux, La Réunion, les Antilles

+

Certificats Post-Graduate

DU Ergonomie

Kiné du Sport

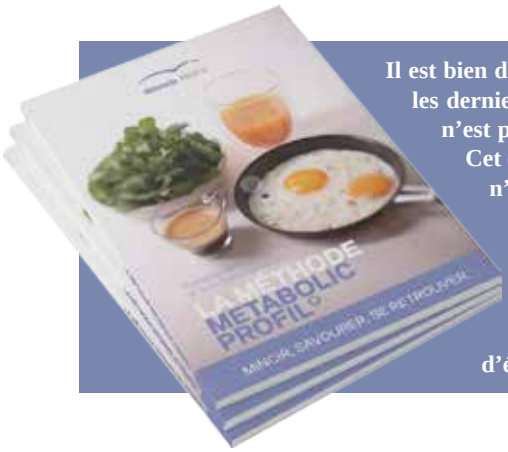
Formations sur 2 ou 3 jours

- ✓ Abord par région (dorsale, lombaire, épaule, genou…)
- ✓ Abord par technique (fascias, crochets, Trigger, Mitchell…)
- ✓ Abord thématique (kiné sport, crânien, viscéral, pédia…)
- ✓ Abord ergonomique (MTonDos, TMS…)

Formations continues **FIF PL ou DPC :**

+ Par Philippe Goethals

La philosophie de Metabolic Profil® expliquée en un ouvrage



Il est bien difficile à l'heure actuelle de s'y retrouver parmi le flot d'ouvrages présentant et prônant les derniers régimes à la mode avec leur lot de restrictions. Mais le livre de Metabolic PROFIL® n'est pas comme on pourrait le penser « encore un livre sur la «bonne alimentation» ! ».
Cet ouvrage ne traite pas de régime, car pour Metabolic PROFIL®, s'imposer des restrictions n'est pas la bonne méthode pour perdre du poids durablement, ni pour le maintenir après une perte conséquente. L'objectif de cet ouvrage est avant tout d'éclairer l'approche nutritionnelle sous plusieurs angles. Il se base sur l'idée que le corps humain possède plus de capacités qu'on ne le pense actuellement à nous envoyer les bons signaux qui organisent nos choix alimentaires. Il est vrai que dans le bruit de fond quotidien des multiples sollicitations alimentaires, nous avons perdu l'habitude d'entendre et d'écouter tous les messages qu'il nous envoie.

ÉQUILIBRE ET VITALITÉ, LE DUO GAGNANT DE METABOLIC PROFIL®

Franziska Wintergerst, Présidente de Metabolic PROFIL®, a souhaité dans cet ouvrage reprendre et transmettre le message du fondateur du programme, le Dr Wolf Funfack : nous pouvons réapprendre sans difficulté à manger correctement et à aider notre corps à retrouver un métabolisme équilibré.
Cette idée a également séduit le Dr Didier Souveton, médecin du sport, spécialiste de l'obésité et des maladies métaboliques. Fort de sa solide expérience d'une vingtaine d'années dans un cabinet de ville où il a effectué des suivis alimentaires personnalisés, tant pour les sportifs que pour les patients en surcharge pondérale, il accompagne depuis 3 ans Metabolic PROFIL® et a adapté le programme de nutrition au marché français. Aujourd'hui directeur général de Metabolic PROFIL France SAS, il est convaincu qu'un plan de nutrition individualisé, sans utiliser de complément alimentaire ni de substitut de repas, peut permettre une perte de poids et assurer une meilleure qualité de vie.

UN LIVRE POUR COMPRENDRE ET OPTIMISER SON COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Cet ouvrage a été pensé pour approfondir nos connaissances sur les divers nutriments (protéines, lipides, glucides), une meilleure compréhension de chacun d'entre eux suffit à changer le regard que l'on porte sur la nourriture et encourage le changement de comportement alimentaire. Ce livre peut également être utilisé comme un outil de travail, on peut mettre en application les nombreux conseils prodigués dans la vie de tous les jours et ainsi être accompagné dans son désir de perte de poids.

DES INTERVENANTS DE RENOM

Pour la rédaction de ce livre, Metabolic PROFIL® s'est assuré le concours de différents spécialistes appartenant à des domaines variés : un projet nutritionnel comprend une part de travail à faire sur soi-même et une part d'activité physique pour conserver ensuite le poids obtenu. À ce titre, **Morgan Bourc'his**, champion du monde d'apnée, a fait part de son expérience d'athlète de haut niveau et de ses précieux conseils. Enfin, l'équipe de Metabolic PROFIL® n'a surtout pas voulu négliger le plaisir de manger : exit les frustrations et les restrictions liées à la plupart des régimes, pour faire place aux repas conviviaux et à des recettes raffinées !

C'est ici que **Régis Douysset**, chef cuisinier étoilé, intervient pour proposer des recettes simples et d'autres plus élaborées pour le plaisir de la table et de ses saveurs, tout au long de l'année.

UNE MÉTHODE QUI A FAIT SES PREUVES

Metabolic PROFIL® propose un programme de nutrition à la fois scientifique et personnalisé : sous la supervision du Dr Souveton, spécialiste de l'obésité et des maladies métaboliques, nos coaches vous accompagnent pour une prise en charge du surpoids efficace et démontrée, tenant compte de vos caractéristiques individuelles, alimentaires et biologiques.

À partir de ces données, Metabolic PROFIL® établit pour chacun un plan alimentaire comprenant la totalité des apports nécessaires en macro et micronutriments. Ce programme n'engendre pas de carence, ne nécessite aucun complément alimentaire, mais privilégie des aliments à haute valeur biologique. Chaque personne doit respecter 8 consignes pour un changement durable des habitudes alimentaires, tout en préservant des repas conviviaux et gourmands, prenant appui sur les recettes proposées lors du programme. De nombreux témoignages recueillis dans plus de 25 pays vantent les bienfaits et l'efficacité des programmes conçus par Metabolic PROFIL®.

Elsevier Masson

ABONNEZ-VOUS À

Kinésithérapie la revue !

PAIEMENT ÉCHELONNÉ : **13 € / mois seulement**

12 numéros par an

LE + DE VOTRE ABONNEMENT

Kinésithérapie la revue, c'est :

- toute **l'actualité** de votre profession,
- le **contenu le plus complet, rédigé par des kinésithérapeutes,**
- une **information immédiatement exploitable**, au cœur de votre pratique.
- La 1re revue francophone paramédicale à être **indexée** dans une base de données internationale !

Rédacteurs en chef : Michel Gedda et Pascal Gouilly

Rédactrice en chef adjointe : Véronique Dubard

Indexation : CINAHL, Heracles, EMBASE/Excerpta Medica, PASCAL/INIST/CNRS, REEDOC/IRRN, SPORTDiscus/SIRC, Scopus, Kinedoc.

La revue et les archives **accessibles 24h/24h**, en version numérique, sur le site EM-Consulte.com

R16AUT0107

BULLETIN D'ABONNEMENT 2016

À RETOURNER OU À FAXER À ELSEVIER MASSON :
SERVICE CLIENTS – 62 RUE CAMILLE DESMOULINS
92442 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX FRANCE
FAX : + 33 1 71 16 55 77

Oui, je souhaite m'abonner à *Kinésithérapie la Revue* (12 n°/an).

TARIFS TTC FRANCE 2016 Offre Papier + Numérique	
Particuliers Abonnement d'1 an	
Paiement comptant	☐ 156 €*
Paiement échelonné	☐ 13 € / mois*
Étudiants Abonnement d'1 an	
Paiement comptant	☐ 88 €*

** Offres réservées aux nouveaux abonnés particuliers valables jusqu'au 31 décembre 2016.*

INFORMATIONS PERSONNELLES

Votre spécialité **(obligatoire)** :

Votre e-mail **(obligatoire)** :

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.
Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données qui vous concernent, et ce, sans frais et sans justification, auprès du responsable du traitement : Elsevier Masson SAS - Service clients - 62 rue Camille Desmoulins - 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex.

➜ Je choisis mon mode de règlement :

☐ **Je choisis le paiement comptant :**

☐ Chèque bancaire ou postal (à l'ordre de Elsevier Masson)
☐ Carte bancaire : ☐ Visa ☐ Eurocard / Master Card
N° ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐
Cryptogramme visuel (3 derniers n° au dos de votre CB) : n° ☐☐☐ Expire fin : ☐☐ ☐☐

Date et signature :

☐ **Je choisis le paiment échelonné :**

Je règle la somme de : .....€ TTC par mois
Je remplis l'autorisation de prélèvement automatique ci-dessous :

ICS
FR56ZZZ335398

N° de mandat unique (sera rempli par Elsevier Masson)

J'autorise Elsevier Masson à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Elsevier Masson. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
– dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
– sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé et mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : ☐☐☐☐☐ Ville : _____

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER :
ELSEVIER MASSON SAS
62 rue Camille Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
RCS Nanterre B 542 037 031

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER :

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN :
☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Code International d'identification de votre banque – BIC :
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Paiement :
■ récurrent/répétitif ☐ ponctuel

Date et signature (obligatoire) :

Merci de renvoyer cette autorisation de prélèvement en y joignant un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de compte d'épargne (RICE). Le montant du prélèvement indiqué ci-dessus est valable pour une durée d'un an. Il est susceptible d'être revu à la hausse au terme de chaque année d'abonnement. Sauf notification de votre part, votre abonnement sera reconduit.

Toute la revue et le détail de nos offres sur : **www.elsevier-masson.fr/revue/KINE**

ELSEVIER

ELSEVIER MASSON SAS, société par actions simplifiée à associé unique au capital social de 47 275 384 Euros – Siège social : 62 rue Camille Desmoulins, 92130 ISSY LES MOULINEAUX RCS Nanterre 542 037 031
N° TVA intracommunautaire FR01542037031 – Locataire-gérant de Société d'édition de l'Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris SA.

+ Publi Rédactionnel

Installation de cabinet kiné de A à Z

UN SERVICE SÉRIEUX SANS SE PRENDRE AU SÉRIEUX !

S'installer ou se réinstaller, avoir son propre cabinet, seul ou à plusieurs, voilà des décisions et des projets qui méritent d'être accompagnés. C'est pour cette raison que Fyzéa, le spécialiste du matériel kiné et des installations de cabinet, a développé un service sur-mesure apportant conseil, sérieux et sourire dans une offre globale. Ainsi, les kinésithérapeutes peuvent se consacrer à l'essentiel, Fyzéa s'occupant du reste !

CHEZ FYZEA, LE SOURIRE EST DANS SON ADN

Un conseil pour le choix du matériel, un conseil en matière de financement, décoration et agencement, un devis sur mesure, un planning à respecter, Fyzéa est là. Cette présence se traduit par une relation simple, d'écoute et d'échanges au quotidien, de sourires et rires bizarres, pour des kinés heureux.

CHEZ FYZEA, PAS DE COMMERCIAUX !

Si bien sûr ! Mais chez Fyzéa… les commerciaux sont des conseillers, pas des vendeurs. Ils ont la liberté de recommander un matériel plus qu'une marque, la franchise de parler de SAV et la possibilité de faire et refaire les études jusqu'à ce qu'elles répondent parfaitement à la demande. Sur le terrain ou au téléphone toute l'équipe Fyzéa est à l'écoute des projets (petits ou grands) des kinés de France, DOM TOM, Europe et tellement plus…

CHEZ FYZEA, CLIENTS ET FOURNISSEURS FONT PARTIE DE L'EQUIPE

C'est un état d'esprit auquel on tient beaucoup dans cette petite entreprise de la côte Ouest. Sans ses fournisseurs et leurs produits, sans ses clients, Fyzéa n'existerait pas. Alors, chacun à sa place, fait équipe avec l'autre, dans un objectif de performance et de qualité des soins. Et comme Fyzéa aime le dire : « notre catalogue est sélectif sur le plan des fournisseurs et du matériel pour simplifier le choix des kinés en phase d'installation. Si nos clients nous font confiance c'est que la sélection doit être bonne ».

CHEZ FYZEA, LE LABEL KINE PILOTE DONNE LE CAP

Face à un projet d'installation de cabinet, le choix du matériel est capital. Il est plus simple de faire confiance à un confrère qui utilise le matériel, ou qui informe régulièrement Fyzéa des difficultés, envies ou besoins en terme de soins, et qui parfois teste les produits. Le label Kiné Pilote Fyzéa apposé sur certains articles indique que ceux-ci ont été sélectionnés selon les critères des Kinés Pilotes Fyzéa et cela facilite les choix lors d'une installation de cabinet.

CHEZ FYZEA, LE SERVICE EST PARTOUT

Plus facile à dire qu'à faire… et pourtant la notion de service est partout et le client est au cœur de l'entreprise. C'est dans la culture de la jeune équipe Fyzéa ☺.
Le smiley est l'expression de cette bonne humeur et le symbole de la recherche de solutions dans toutes les situations. Chacun est impliqué pour « faire plaisir » et désireux de se mettre en quatre pour des kinés heureux !

CHEZ FYZEA, LES PROJETS NE S'ARRETENT JAMAIS

Si Fyzéa est le premier concepteur de cabinet kiné c'est que ce projet fou de dépasser le simple stade de « vendeur de matériel » a séduit la profession. Chez Fyzéa les projets sont nombreux et, quand l'un sort, le suivant est dans les cartons, étudié, préparé avant d'être proposé. Il est rassurant de confier son projet d'installation de cabinet à une équipe créative qui comprend les enjeux de la profession et les anticipe.

CHEZ FYZEA, C'EST PAS PAREIL

Au-delà de son cœur de métier qui est la physiothérapie, Fyzéa propose des plans 3D pour donner vie aux projets et apporte des idées d'aménagement de cabinets. Ses valeurs, sa fidélité, ses services, ses idées et ses sourires, font de Fyzéa un partenaire simplement différent et proche des kinés, offrant un service global pour la conception de cabinet kiné, de A à Z.

FYZÉA PHYSIOTHÉRAPIE ET TELLEMENT PLUS !

A VOTRE ÉCOUTE : 02 51 94 11 59

+ Par France Gardon

CONFÉRENCES D'ENSEIGNEMENT 2015

CAHIERS D'ENSEIGNEMENT DE LA SOFCOT

Denis Huten, Patricia Thoreux, Rémi Kohler

ORTHOPÉDIE ADULTE
Dégénérescence arthrosique sus- et sous-jacente aux arthrodèses lombaires et lombo-sacrées
Longueur et offset du membre inférieur dans les arthroplasties totales de la hanche
Ruptures tendineuses de l'appareil d'extension après prothèse totale du genou
Complications et reprises des prothèses totales d'épaule inversées

TRAUMATOLOGIE ADULTE
Ostéosynthèse des fractures du sacrum et des luxations lombo-sacrées
Ruptures partielles du ligament croisé antérieur
Place de l'arthroplastie dans les fractures récentes de la tête radiale
Lésions à haute énergie du poignet

GÉNÉRALITÉS
Matériovigilance et traçabilité
Comment informer en orthopédie et traumatologie
Facteurs de risque infectieux liés à l'hôte en chirurgie arthroplastique
Nouvelles méthodes de gestion de la douleur en chirurgie ambulatoire

ORTHOPÉDIE, TRAUMATOLOGIE PÉDIATRIQUE
Paralysie obstétricale du plexus brachial : conduite à tenir au cours de la première année
La membrane induite chez l'enfant : technique et indications
Spondylolisthésis L5-S1 de l'enfant et de l'adolescent
Fractures pathologiques : diagnostic et conduite à tenir

TECHNIQUES CHIRURGICALES
L'amputation et l'appareillage chez l'enfant
Extraction des tiges de PTH bien fixées
Techniques de reconstruction du ligament patello-fémoral médial
Arthrodèse arthroscopique des articulations tibio-talienne et sous-talienne

Elsevier Masson
www.elsevier-masson.fr
264 pages - 99 euros

BIENVENUE À L'HÔPITAL

Silvia Kahn & Laurent Storck

- Vous saurez ce qu'il ne faut jamais dire si vous êtes réveillé en plein milieu de votre opération ;
- Vous comprendrez pourquoi il ne faut jamais aller seul faire une radiographie au sous-sol ;
- Vous ferez la connaissance de Ginette «double lame» qui rase plus vite que son ombre ;
- Vous saurez choisir le bon cadeau quand vous rendrez visite à un malade.

En bonus : toutes les dates à éviter pour une hospitalisation réussie.

Éditions Jungle
www.editions-jungle.com
144 pages - 6,90 euros

COMPLÉMENTAIRES SANTÉ : LE SCANDALE !

Frédéric Bizard

Garanties incompréhensibles, comparaison des prix impossibles, offres non personnalisées... En dépit de cela, on a souvent le sentiment d'être protégé par sa complémentaire santé.
La généralisation prévue pour tous serait ainsi la martingale pour régler les problèmes d'accès aux soins dans notre pays. L'objet de ce livre est de dénoncer une série de faits qui sont dans ce contexte de véritables scandales : comment parler aujourd'hui de valeurs mutualistes lorsqu'on promeut l'opacité des frais de gestion, mélange le militantisme politique et le militantisme mutualiste et ferme les yeux sur le laxisme gestionnaire de certains ?

Alourdies par des coûts d'administration excessifs, une atomisation trop importante, des outils de distribution archaïques, le secteur mutualiste aurait besoin d'un véritable aggiornamento culturel et organisationnel.
Une nouvelle édition mise à jour, au fait de l'actualité.

Éditions Dunod
www.dunod.com

Sélection FMT

MOSBY'S ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE À COLORIER

Sophie Dupont

Apprenez et mémorisez en coloriant !
250 schémas d'anatomie et de physiologie à colorier pour identifier et mémoriser les caractéristiques anatomiques et les concepts physiologiques. Une révision exhaustive de l'anatomie et de la physiologie humaines : organisation générale du corps humain, chimie de la vie, cellules et tissus, ensemble des différents systèmes du corps humain. Le principe de mémorisation est simple et ludique : choisissez un code couleur pour définir les différentes structures ou fonctions du schéma indiquées en légende, coloriez les zones correspondantes dans l'illustration, légendez les différentes parties en masquant les réponses, vérifiez les réponses sur la page elle-même. Les processus physiologiques de base sont illustrés par des cas concrets. De brefs rappels de cours, des QCM et des études de cas en lien avec les schémas à colorier aident, à renforcer la compréhension du fonctionnement du corps humain.

Elsevier Masson
www.elsevier-masson.fr
264 pages - 17,90euros

AUX ORIGINES DE LA VIE

Abderrazak El Albani,
Roberto Macchiarelli
Alain R. Meunier

Ce livre raconte l'aventure d'explorateurs d'un genre particulier : des géologues intrépides qui, partis en Afrique pour réaliser quelques échantillonnages de sédiments anciens, ont remonté le cours du Temps pour mettre au jour une découverte stupéfiante. Des fossiles de structures cellulaires, âgés de plus de 2 milliards d'années, qui ont remis en cause toute l'histoire jusque là admise de l'émergence de la vie sur Terre !
Comment les chercheurs, menés par Abderrazak El Albani, ont-ils réalisé cette découverte ?
En quoi est-elle si révolutionnaire ?
Comment la vie est-elle apparue sur Terre ?
Ce livre vous fera voyager dans le temps, à la rencontre de nos origines.
Il vous révèlera aussi comment la science avance, souvent au hasard de découvertes inattendues !

Éditions Dunod
www.dunod.com

+ Par Jean-Marc Oviève

Formation Continue
Qualité et Contenus

Chaque professionnel de santé depuis la loi de 2002 a une obligation de formation continue, complètée en 2004 par l'obligation de procéder à une évaluation des pratiques. L'objectif final étant le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. L'accès au marché de la formation est libre ; l'activité de dispensateur de formation professionnelle continue n'est soumise à aucune condition particulière.

Cependant, Un organisme, une structure ou un formateur indépendant qui propose des actions de formations continue (FC) aux professionnels de santé se doit de délivrer des programmes de qualité.

COMMENT CARACTÉRISER UNE FORMATION DE QUALITÉ ?
QUELS CRITÈRES PERMETTENT DE RÉPONDRE À SES OBJECTIFS DE QUALITÉ ?

Plusieurs composantes définissent la qualité d'un programme de formation continue : les choix pédagogiques, la conception du programme (évaluation des pratiques professionnelles et / ou acquisition de connaissances, des compétences), la validité des contenus enseignés, mais aussi la démarche qualité vis-à-vis des stagiaires

1. CRITÈRES DE QUALITÉ ; OBLIGATIONS

Dès lors qu'un organisme est enregistré comme prestataire de FC auprès de l'autorité administrative (DIRECCTE) ; il est déjà soumis a un certain nombre d'obligations qui régisse l'activité et son exercice de manière sécurisée portant notamment sur les conventions et contrats de formation et les informations à communiquer aux stagiaires :

- programme, horaires ;
- modalités d'évaluation de l'action ;
- liste des formateurs, avec mention de leurs titres ou qualités ;

A l'issue de la formation, le prestataire doit remettre au stagiaire une attestation. Elle doit mentionner :

- les objectifs, la nature et la durée de l'action de formation ;
- les résultats de l'évaluation des acquis de la formation.

De plus, Dans notre domaine de la santé, les actions de formations qui prétendent à un financement, doivent répondre à des critères de qualité.

L'OGDPC a déterminé des critères sur les capacités scientifiques et pédagogiques des OFC :

- Indépendance financière des organismes a l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé afin de garantir l'indépendance du contenu des programmes
- Validité des contenus scientifiques des programmes
- Qualité des documents issus de la presse professionnelle
- Prise en compte des recommandations
- Utilisation des méthodes et modalités validées d'Evaluation de Pratiques Professionnelles (EPP)
- Conformité a des orientations nationales ou par spécialités
- Cohérence du profil des concepteurs et des formateurs.

Le FIF PL précise dans son cahier des charges des critères administratifs, pédagogiques et scientifiques :

- Expérience reconnue des formateurs dans le domaine
- Contenus permettant l'acquisition d'un savoir ou savoir faire directement applicable dans la pratique
- Thématiques de formation portant sur techniques évaluées, et avec approche critique
- Présentation de plusieurs marques de produits quand du matériel médical ou des consommables sont utilisés durant les formations.

2. SOURCES DES CRITÈRES DE QUALITÉ ET DES CONTENUS DES PROGRAMMES

Les critères et obligations peuvent se présenter sous plusieurs formes hétérogènes : recommandations, circulaires, fiches techniques, charte , avis, guide de bonnes pratiques, etc…
Pour ce qui nous concerne, la masso kinésithérapie, ces « critères » sont émis par des agences, conseils, associations, sociétés savantes, ou instances reconnues . Les contributeurs principaux qui sont pris en compte :

- **La Haute Autorité en Santé (HAS)**, à travers ses différentes publications : les guides et recommandations de bonnes pratiques, les lettres DPC et Pratiques, les fiches techniques méthodes du DPC etc…

l'élaboration de chaque type de documents suit une démarche rigoureuse et explicite, où interviennent à différentes étapes, l'analyse de la littérature, les avis d'experts reconnus du domaine.

Ces documents ont pour objectif de mettre, à la disposition des différents acteurs du système de santé une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science destinée ; à aider la prise de décision dans le choix des soins ; à harmoniser les pratiques ; à réduire les traitements et actes inutiles ou à risque ;

- **Le Conseil National de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes (CNOMK)** En sa qualité de Garant de la qualité des soins délivrés et dont la compétence d'émettre des avis a été reconnue par le conseil d'état. À ce jour une vingtaine d'avis ont été rendus, sur des pratiques qui peuvent poser question dans le cadre de l'exercice quotidien des praticiens, et donc dans leur enseignement en formation continue.

« Ces avis sont en fait la garantie pour les praticiens qui s'y conforment qu'ils exercent dans les meilleures conditions de qualité, de sécurité et d'éthique. Cette conformité constitue en fait une forme de protection, pour eux et une garantie que les soins seront conformes aux données de la science pour leurs patients. Précisions également que le non-respect des avis est susceptible d'entraîner la responsabilité disciplinaire du professionnel, l'ordre étant chargé de veiller à l'application des règles déontologiques » (source CNO).

- **le Collège de la Masso kinésithérapie, (CMK)** réunit les composantes politiques et scientifiques de la profession et se positionne comme référent scientifique en kinésithérapie. Il est régulièrement sollicité pour participer à l'élaboration de guides ou recommandations, et pour émettre des avis.

- les Sociétés savantes , groupes de professionnels, qui, par leurs travaux et leur réflexion, font avancer la connaissance dans leur domaine d'activité. La plupart des experts sont issus de ces sociétés.

Une formation continue crédible et validante se doit de reposer sur ce qui est connu et validé afin de délivrer des soins de qualité.

On ne doit pas s'empêcher, cependant, de prendre en compte tout ce qui, innovation ou autre, pourrait procurer une chance supplémentaire de bénéfice pour les patients ; ces connaissances ou techniques pouvant s'avérer et être reconnues « efficaces », après examens.

A l'inverse, certaines techniques ou prises en charge, souvent promues et développées par un promoteur unique et qui n'ont jamais pu faire la preuve d'une quelconque efficacité depuis de très nombreuses années ne devraient pas avoir leur place dans les pratiques enseignées en formation continue.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fr/les-fiches-methodes-de-dpc
- http://www.ordremk.fr/decouvrir-l-ordre/conseil-national-de-lordre/avis-du-conseil-national/
- http://www.college-mk.org/index.html
- http://fifpl.fr/index.php?page=organisme_formation
- http://idf.direccte.gouv.fr/vous-etes-un-organisme-de-formation-ou-vous-souhaitez-le
- https://www.ogdpc.fr/organismes

INDIBA®
activ
THERAPIE CELLULAIRE ACTIVE

Thérapeutique | Pelvi-Périnéale | Physio-Esthétique

17 000 appareils dans le monde

100 000 traitements par jour

PROIONIC® SYSTEM

Et vous ?

Dimitri Bascou (Equipe de France Athlétisme) et les plus grands sportifs font confiance à INDIBA® activ

www.indibaactiv.fr

04 92 95 11 57 - indibafrance@indiba.com

+ Par Philippe Goethals

L'hospitalisation à domicile

La Cour des comptes a rendu public, le 20 janvier 2016, un rapport sur les évolutions récentes de l'hospitalisation à domicile demandé par la commission des affaires sociales et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. Malgré la mise en œuvre d'une stratégie de développement par les pouvoirs publics, l'hospitalisation à domicile progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins. La Cour estime notamment nécessaire de mieux démontrer par des études comparatives les avantages et l'efficience de ce mode de prise en charge par rapport en particulier à une intervention coordonnée de professionnels libéraux de santé, mais aussi de réorganiser une offre de soins hétérogène et mal répartie, et de refondre la tarification. Elle formule sept recommandations.

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer.

La Cour avait relevé dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 que l'HAD restait mal connue et très peu développée en France contrairement à sa place dans différents pays étrangers. Elle avait mis en lumière que son apport à une meilleure organisation du parcours de soins des patients pouvait être d'un grand intérêt en répondant à leurs attentes d'une meilleure qualité de vie tout en leur assurant une complète sécurité des soins et en contribuant à une plus grande efficience des dépenses d'assurance maladie dès lors que ses coûts pouvaient apparaître moins élevés que ceux supportés en hospitalisation conventionnelle. Elle soulignait cependant la difficulté à définir précisément son positionnement dans l'offre de soins et mettait en évidence la nécessité de clarifier son rôle et son apport, son fonctionnement et son financement.
Les pouvoirs publics ont depuis lors entendu définir une stratégie d'ensemble pour développer la place de l'hospitalisation à domicile par une circulaire du 4 décembre 2013 à destination des agences régionales de santé (ARS). Ils se sont fixés pour objectif un doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, la portant de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations complètes, ce qui pour autant la situerait à un niveau encore très substantiellement inférieur à celui atteint dans d'autres pays.

Des annonces insuffisamment suivies d'effets

S'il apparaît trop tôt pour faire un bilan définitif des mesures prises depuis la fin 2013, celles-ci n'ont pas été proportionnées à l'objectif affiché et n'ont pas été suffisantes pour faire de la HAD une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pleinement intégrée dans les parcours de soins. Sa progression globale au cours des dernières années est restée très nettement en deçà des objectifs fixés par les pouvoirs publics fin 2013, avec des disparités géographiques toujours importantes et persistantes. Après avoir progressé de **+ 7,7 %** en 2012 par rapport à 2011, le rythme de progression du nombre de journées a eu de fait tendance a fortement ralentir : **+ 4,7 %** en 2013, **+ 1,9 %** en 2014, avec cette dernière année 4 403 464 journées réalisées au bénéfice de la prise en charge de 106 082 patients.

Son recours par les prescripteurs, principalement les médecins libéraux mais aussi les praticiens hospitaliers, reste en effet très limité : en particulier, son potentiel de développement dans les établissements médico-sociaux et dans certaines indications comme le domaine des chimiothérapies à domicile reste sous-exploité. Elle n'est pas suffisamment utilisée pour améliorer les parcours de soins des personnes âgées et leur prise en charge en établissements d'hébergement tandis que les articulations avec les services de soins infirmiers à domicile restent difficiles à mettre en oeuvre. L'information des patients et de leurs familles est peu développée.

Démontrer les avantages d'efficience et de pertinence

Enclencher une dynamique forte et durable de l'HAD, qui s'auto-entretienne, supposait une complète démonstration de l'efficience de cette prise en charge non seulement par rapport à l'hospitalisation conventionnelle mais également par rapport à des prises en charge ambulatoires coordonnées et une clarification de ses indications par des référentiels d'activité.

Deux ans après ses précédents travaux, la Cour constate un défaut de mobilisation prioritaire sur ces différents champs, compromettant la réalisation des objectifs affichés par le ministère de la santé à la fin 2013.

La démonstration de l'efficience de l'HAD, indispensable pour asseoir sa légitimité, n'a pas été apportée, faute d'avoir mis en chantier les études médico-économiques

1946 — 70 — 2016

de la Rééducation à la Réhabilitation

métier de la kinésithérapie - métier de la kinésithérapie - métier de la kinésithérapie -

Le 30 avril prochain, le métier de Kiné fêtera ses 70 ans.

Une nouvelle chaîne de solidarité vient de se créer.

Rejoignez-là et faites un don de 70 centimes minimum.

Faites connaitre la seule association de développement humanitaire qui porte le nom de « kinésithérapeute », métier à l'honneur cette année.

Si chacun diffuse ce message à 7 ou 70 personnes d'ici le 30 avril, date anniversaire, nous aurons peut-être doublé le nombre de donateurs et d'adhérents.

Vous aussi, soutenez Kinés du Monde !

KINÉS DU MONDE

AVEC les structures qui accueillent les personnes en situation de handicap ;

POUR que même les plus démunies bénéficient d'un accès aux soins.

Association Humanitaire Solidaire

KINESITHERAPEUTES DU MONDE

FORMER POUR MIEUX SOIGNER

Incontournables

100 cartons de RdV
[prise de 20 rendez-vous]
19€

Tuniques Homme ou Femme
[avec pressions]
59€

Caducée 2016
[PVC avec ventouse]
19€

vert ou violet

Carnet de notes
[9x14cm - 100 pages]
9€

Votre Shopping Solidaire sur :
www.kines-du-monde.org

Merci !

Vos coordonnées
(ou cachet professionnel)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tél : _____

E-mail : _____

Article et/ou Lot [FMT mars 2016]	Taille	Couleur Modèle	Qté	Prix Unitaire	Montant
Montant total des articles					
FRAIS de PORT * — Pour 2 articles maximum parmi caducée, porte-caducée, carnet de timbres, carnet de notes 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, ou doudou (jusqu'à 2). Ces articles dans la limite de 42€ de commande (hors port).					7,00 €
Pour tous textiles et/ou autres articles ou toute commande supérieure à 42€ (hors port).					10,00 €
Don ou Adhésion (adhésion à 46€ ; 23€ pour les étudiants)					
TOTAL COMMANDE (je joins un chèque du montant correspondant)					

Tarifs valables jusqu'au 31 juillet 2016, sauf promotion.
Photos non contractuelles.

Kinésithérapeutes du Monde
14, rue Colbert - 38000 Grenoble - France
tél : +33 (0)4 76 87 45 33 - fax : +33 (0)4 76 47 32 82
e-mail : kdm.siegesocial@kines-du-monde.org

+ Par Philippe Goethals

nécessaires (à l'exception d'une étude comparée des chimiothérapies de l'HAD et d'autres formes d'hospitalisation). Les rares études disponibles montrent certes que le coût de l'HAD pour l'assurance maladie est inférieur à celui de l'hospitalisation conventionnelle. Rien de tel n'est établi en revanche par rapport à des prises en charge coordonnées par des professionnels libéraux de santé.

Réorganiser une offre de soins hétérogène et mal répartie

Certaines structures s'avèrent trop faibles, du fait notamment de leur petite taille, pour pleinement répondre aux impératifs qui pèsent sur elles en tant qu'établissements de santé à part entière et prendre en charge des situations qui requièrent intensité, complexité et technicité des soins avec le même impératif de qualité, de sécurité et de continuité que dans un établissement de santé. Une recomposition forte s'impose.

Refondre la tarification

Un mode de tarification de plus en plus obsolète et dont la modernisation accumule les retards fragilise le développement de l'HAD .

Sa refonte rapide est indispensable pour mieux asseoir la pertinence et l'efficience des prises en charge en HAD. Attendue depuis plusieurs années et, désormais prévue à l'horizon 2019-2020, elle doit être notablement accélérée, quitte à apporter des inflexions de méthode dans une procédure d'évaluation des coûts dont la lourdeur n'est pas en adéquation avec la faible dimension des structures d'HAD. Parallèlement, de nouveaux modes de financement seraient à expérimenter pour inciter à une sortie rapide de l'hospitalisation conventionnelle de certains patients au bénéfice d'un relais de prise en charge par l'hospitalisation à domicile.

Comme le montre a contrario la modestie de la progression de l'HAD au cours des deux dernières années, un effort méthodique et prioritaire est à conduire pour lever les obstacles sur ces différents champs. Il est la condition première et sine qua non pour que s'enclenche et s'auto-entretienne durablement son essor au double bénéfice des patients et de l'assurance maladie.

La Cour est ainsi amenée à réitérer en les reformulant les trois recommandations qu'elle avait exprimées en 2013 et à en formuler quatre supplémentaires.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS RÉITÉRÉES ET REFORMULÉES

1. mener à son terme l'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD ;
2. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;
3. mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts, en s'appuyant en tant que de besoin sur des évaluations à dire d'experts, et mettre en oeuvre une réforme de la tarification de l'HAD.

NOUVELLES RECOMMANDATIONS

4. recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures ;
5. simplifier le régime d'autorisation et assouplir la répartition des missions entre médecin traitant, médecin coordonnateur d'HAD et le cas échéant médecin coordonnateur d'EHPAD, pour faciliter notamment l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients ;
6. faciliter les coopérations entre SSIAD et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations ;
7. expérimenter de nouveaux modes de financement de manière à inciter à l'hospitalisation à domicile à la sortie d'une hospitalisation conventionnelle ou pour éviter une telle hospitalisation.

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui l'héberge et en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer.

Introduite en France à la fin des années cinquante et reconnue par la loi seulement en 1970, elle a constitué historiquement le premier mode de décloisonnement du système de soins, à l'interface à la fois du sanitaire et du médico-social et du secteur hospitalier et de la médecine de ville.

Considérée d'abord comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle (loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière), elle a été reconnue par la suite comme une modalité spécifique mais à part entière d'une prise en charge hospitalière (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) en médecine, chirurgie, obstétrique comme en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie.

Les services d'hospitalisation à domicile, soumis à autorisations spécifiques, sont désormais obligatoirement gérés sous forme d'établissements de santé, publics ou privés, soit autonomes et portés en ce cas le plus souvent par une association ou une fondation, soit rattachés à un établissement de santé avec hébergement.

Ces structures d'HAD mobilisent du personnel salarié ou des professionnels libéraux et s'appuient à cet effet sur une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne…) et médicalisée, avec en particulier la présence d'un médecin coordonnateur.

L'HAD permet ainsi une prise en charge au domicile de soins normalement non réalisables en ville, dès lors qu'elle est souhaitée par le patient et que sont remplies des conditions de faisabilité liées au logement et à la présence d'un entourage familial suffisamment étoffé et soutenu.

LE DÉROULEMENT D'UNE HOSPITALISATION À DOMICILE

L'admission en HAD peut être demandée par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier, en accord avec le patient et son entourage. Le médecin traitant ou le médecin hospitalier contacte l'HAD (médecin coordonnateur ou infirmière coordinatrice). Une évaluation médicale, paramédicale et sociale est réalisée, avec généralement la visite de l'infirmière coordinatrice, à l'hôpital et/ou à domicile, afin de recueillir les informations nécessaires à l'admission, s'assurer des conditions de logement (accessibilité, possibilité d'installer un lit médicalisé etc) et de la présence de l'entourage familial. Elle peut être accompagnée le cas échéant d'une assistante sociale. L'admission est prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD. Comme pour une hospitalisation classique, le service d'HAD se charge des formalités administratives auprès de la caisse d'assurance maladie et de la mutuelle le cas échéant.

Le médecin coordonnateur de l'HAD se met en relation avec le médecin traitant, dont l'accord préalable a été demandé si la demande initiale émane d'un praticien hospitalier, pour définir le projet thérapeutique et les soins. Le matériel de soins (mobilier, lit, potence…), les produits pharmaceutiques et consommables (compresses, tubulures…) sont pris en charge par le service d'HAD qui en assure la livraison et l'installation à domicile. Un dossier est mis en place à domicile, de nombreuses HAD utilisant des terminaux installés sur place, d'autres fonctionnant encore avec des dossiers papiers. Un double est disponible à l'HAD.

Le personnel soignant intervient au domicile selon un protocole défini (nombre de passages par jour du personnel aide-soignant, infirmier, et en tant que de besoin kinésithérapeute, psychologue…). Le médecin traitant assure les visites à domicile, les prescriptions pour les médicaments, les examens de laboratoire, les autres examens complémentaires si besoin, certains pouvant nécessiter un transport ponctuel du patient (imagerie). Les transports pour des consultations spécialisées ou des examens d'imagerie sont pris en charge par le service d'hospitalisation à domicile s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur. Le personnel infirmier est, selon les HAD, soit salarié de la structure, soit libéral, travaillant en partenariat avec l'HAD. Les honoraires des intervenants libéraux sont pris en charge par l'HAD, sur la base des tarifs conventionnels. Les médicaments et le matériel médical sont fournis par l'HAD (certaines HAD peuvent également avoir des accords avec des pharmacies). L'HAD prend également en charge la gestion et l'élimination des déchets médicaux dans les conditions de sécurité d'un établissement de santé.

Le patient est nécessairement informé des recours possibles à la permanence des soins en cas de difficulté, les HAD devant fournir un numéro d'appel joignable 24h sur 24h. Selon le cas, le recours se fait auprès du médecin traitant s'il est disponible, par l'envoi d'un infirmier à domicile, avec l'appui possible d'une astreinte médicale, et, en cas d'urgence vitale, par recours au SAMU. De nombreuses HAD ont passé des accords avec leur SAMU correspondant permettant à ce dernier de disposer d'un résumé de la situation médicale des personnes hospitalisées en HAD sur son territoire susceptibles d'avoir besoin d'une intervention.

Au cours de l'hospitalisation, une réévaluation régulière de l'état du patient est assurée par le médecin traitant en lien avec le médecin coordonnateur, pouvant aboutir à la poursuite de la prise en charge, à une réadmission en hospitalisation conventionnelle, ou à une sortie. La sortie est prononcée par la structure d'HAD, sur la base d'un accord entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, prévoyant les relais nécessaires selon la situation du patient. Dans 57 % des cas, le patient reste à domicile, dans 33 % des cas il est réhospitalisé dans un établissement avec hébergement et 10 % des prises en charge en HAD se terminent par un décès (données ATIH 2014).

Si le patient reste à domicile, le relais s'organise en lien avec le médecin traitant qui poursuit la prise en charge : il peut s'agir d'une sortie simple si des soins ne sont plus nécessaires (par exemple fin d'un protocole de chimiothérapie) ou, selon les besoins, d'un relais par des soins de ville assurés par des professionnels libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes) par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ou par un réseau de soins palliatifs. Si l'état du patient nécessite une réhospitalisation, celle-ci est organisée en lien avec le médecin coordonnateur : lorsque le patient provenait d'un service hospitalier, il y est dans la mesure du possible réadmis, en particulier en cancérologie.

Comme pour une hospitalisation conventionnelle, le patient est informé de ses droits (livret d'accueil), se voit demander la désignation d'une personne de confiance, et peut demander à interrompre son séjour (en cas de sortie contre avis médical il devra dégager l'HAD de sa responsabilité).

La Cour a cherché en 2013 dans son rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale à apprécier l'apport de ce mode de prise en charge original. Elle avait relevé que l'HAD restait mal connue et très peu développée en France contrairement à sa place dans différents pays étrangers. Elle avait mis en lumière que son apport à une meilleure organisation du parcours de soins des patients pouvait être d'un grand intérêt en répondant à leurs attentes d'une meilleure qualité de vie tout en leur assurant une complète sécurité des soins et en contribuant à une plus grande efficience des dépenses d'assurance maladie dès lors que ses coûts pouvaient apparaître moins élevés que ceux supportés en hospitalisation conventionnelle. Elle soulignait cependant la difficulté à définir précisément son positionnement dans l'offre de soins et mettait en évidence la nécessité de clarifier son rôle, son fonctionnement et son financement.

LES CONSTATS DE LA COUR EN 2013

Avec 3 700 000 journées d'hospitalisation correspondant à la prise en charge de près de 98 000 patients et 145 000 séjours, l'HAD ne représentait en 2011 que 0,6 % de l'ensemble des hospitalisations à temps complet. Elle occasionnait pour l'assurance maladie une dépense de 771 M€, soit moins de 1 % de l'ONDAM hospitalier et de 0,5 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.
Malgré l'augmentation du nombre des structures d'HAD, la Cour relevait que le développement de celle-ci, encouragé par les pouvoirs publics à partir des années 2000, s'était progressivement ralenti depuis 2008, en particulier dans la période la plus récente, et demeurait très inégale d'une région à l'autre et au sein de chaque région d'un territoire à un autre. L'hétérogénéité des structures, très souvent de faible taille, la position en retrait des prescripteurs, médecins libéraux au premier chef mais aussi souvent hospitaliers, la définition trop floue des indications justifiant d'une prise en charge en HAD qui se distingue de ce fait parfois insuffisamment d'autres modes d'intervention à domicile, le caractère obsolète de sa tarification, la faiblesse des évaluations médico-économiques, notamment au regard d'autres modes de prise en charge en alternative à une hospitalisation complète pouvant la concurrencer, constituaient autant de difficultés à lever pour la forte relance de cette activité souhaitée par le ministère de la santé.

La Cour concluait que si ces pré-requis étaient levés grâce à un pilotage substantiellement renforcé de la part des administrations, l'hospitalisation à domicile pourrait progressivement atteindre en France la part qui est la sienne dans certains pays étrangers, de 4 à 5 % de l'hospitalisation complète, en faisant coïncider intérêt des patients et économies pour l'assurance maladie.

Elle formulait en ce sens trois recommandations

- élaborer des référentiels d'activités de l'hospitalisation à domicile ;
- réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;
- mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts et mettre en oeuvre une réforme de la tarification de l'HAD.

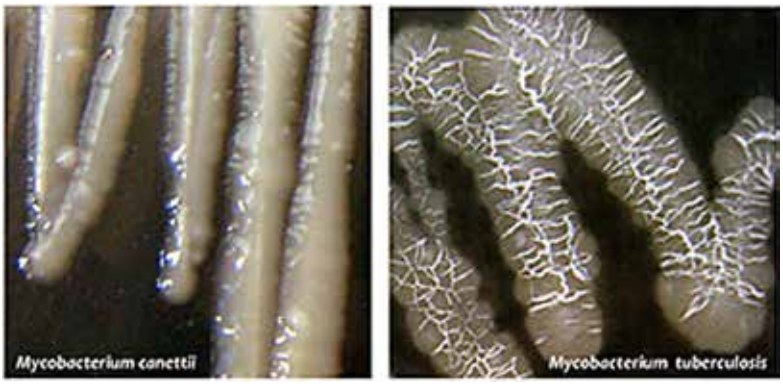
Deux ans après sa précédente enquête, la Cour a analysé les évolutions qu'a connues depuis lors l'hospitalisation à domicile.

Elle a constaté que les pouvoirs publics avaient en décembre 2013 entendu renforcer la place et le positionnement de l'HAD au sein du système de santé, en se fixant notamment l'objectif d'un doublement d'ici 2018 de sa part d'activité.
Sa progression apparaît cependant à ce jour décevante et sa place dans l'organisation des parcours de soins demeure toujours très secondaire, faute que plusieurs préalables indispensables à son essor aient été d'abord levés.

+ Par Philippe Goethals

Tuberculose
découverte d'une étape critique de l'évolution du bacille vers la pathogénicité

C'est la disparition d'un glycolipide de l'enveloppe bactérienne, au cours de l'évolution, qui aurait considérablement augmenté la virulence des bacilles de la tuberculose chez l'Homme. Des chercheurs du CNRS, de l'Institut Pasteur et de l'université Toulouse III – Paul Sabatier[1] ont montré que cette disparition a entrainé une modification des propriétés de surface de Mycobacterium tuberculosis, favorisant son agrégation en « corde », et augmentant sa pathogénicité. Ces résultats, qui permettent de mieux connaitre les mécanismes liés à l'évolution et à l'émergence des bacilles de la tuberculose, sont une avancée majeure dans la compréhension de cette maladie.



© Roland Brosch, Institut Pasteur.

Sur milieu de culture solide, les colonies de M. canettii sont muqueuses et collantes alors que celles de M. tuberculosis sont sèches, rugueuses et fripées.

La tuberculose est une maladie bactérienne chronique causée par l'agent infectieux Mycobacterium tuberculosis. En 2014, 9,6 millions de cas de tuberculose et 1,5 million de décès ont été recensés dans le monde, classant cette maladie au second rang des causes de décès dus à un agent infectieux unique (OMS, 2015). Pour combattre cette maladie, il est nécessaire de mieux comprendre les facteurs et mécanismes favorisant sa propagation.

Les étapes évolutives, et adaptations génétiques associées, qui ont permis aux bacilles de la tuberculose de coloniser l'Homme restent peu connues à l'inverse d'autres maladies infectieuses comme la peste ou le typhus. Pour aborder cette question, les chercheurs se sont intéressés à un autre type de bacille, *Mycobacterium canettii*, connu pour causer de rares cas de tuberculose et pour être génétiquement proche de l'ancêtre de M. tuberculosis. Les chercheurs ont observé que les colonies[2] de ces bactéries sont très différentes de celles des bacilles de la tuberculose. Alors que sur milieu solide les colonies de M. tuberculosis sont sèches, rugueuses et fripées, celles de M. *canettii* sont muqueuses et collantes. Dans un milieu de culture liquide, les premières sont fortement agrégées en forme de corde alors que les secondes se désolidarisent complétement.

En étudiant des mutants spontanés de M. *canettii* formant des colonies fripées, les chercheurs ont montré que le changement d'aspect des colonies a été provoqué par une recombinaison entre deux gènes impliqués dans la production d'un glycolipide de l'enveloppe bactérienne. En étudiant précisément l'organisation génétique de cette région chez les bacilles de la tuberculose, les scientifiques ont pu démontrer qu'une recombinaison similaire s'était produite chez l'ancêtre de M. tuberculosis. Cette recombinaison conduit à l'inactivation de la voie de biosynthèse du glycolipide et donc à sa disparition à la surface des bacilles.

Les chercheurs ont montré que cette disparition induit chez M. *canettii* une modification des propriétés de surface et favorise ainsi son agrégation en « corde », de la même manière que chez M. tuberculosis. Enfin, en utilisant différents modèles animaux et cellulaires de l'infection, les chercheurs ont établi que cette modification de l'enveloppe bactérienne provoque un changement des interactions avec les cellules de défense de l'hôte et une augmentation de la virulence de M. *canettii*.

Cette découverte constitue une étape essentielle dans la compréhension de l'origine et de l'émergence du bacille de la tuberculose. Les chercheurs vont continuer à étudier M. *canettii* et M. tuberculosis afin de déterminer les facteurs bactériens et les réponses immunitaires induites par ces facteurs qui ont contribué au succès de M. tuberculosis en tant que pathogène majeur de l'homme.

(source CNRS)

NOTES :

1 *De l'Institut de pharmacologie et de biologie structurale (CNRS/Université Toulouse III - Paul Sabatier), de l'Unité Pathogénomique mycobactérienne intégrée de l'Institut Pasteur et du Centre d'infection et d'immunité de Lille (CNRS/Inserm/Université Lille 1/Université Lille 2) ainsi qu'un chercheur de l'université de Melbourne.*

2 *Une colonie est une masse de cellules ou de micro-organismes, qui se développe dans un milieu de culture. Ce milieu peut être solide ou liquide.*

L'avenir, c'est deux mains

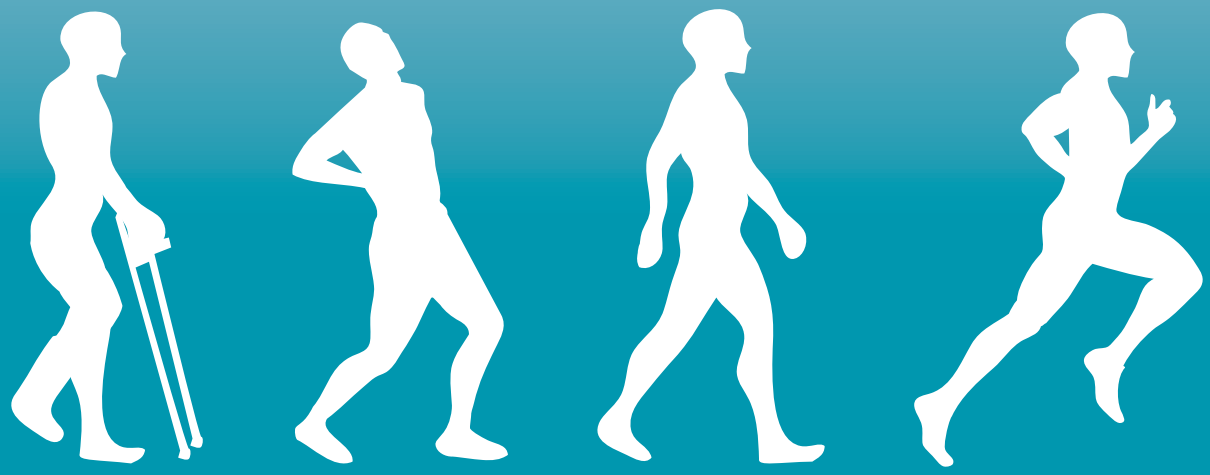
Rééduca Paris

16.17.18 septembre 2016

Paris Expo - Porte de Versailles

52e ÉDITION

Le salon de la Rééducation et de la Masso-Kinésithérapie



RÉÉDUCA = 100% DE VOS INVESTISSEMENTS RÉFLÉCHIS

COMPARER ▸ TESTER ▸ CHOISIR
et acheter le meilleur des produits et équipements

+ 12 000 m² d'exposition
+ 170 fabricants et distributeurs

EQUIPEMENT | CONSOMMABLE | FINANCEMENT | FORMATION | GESTION

www.salonreeduca.com

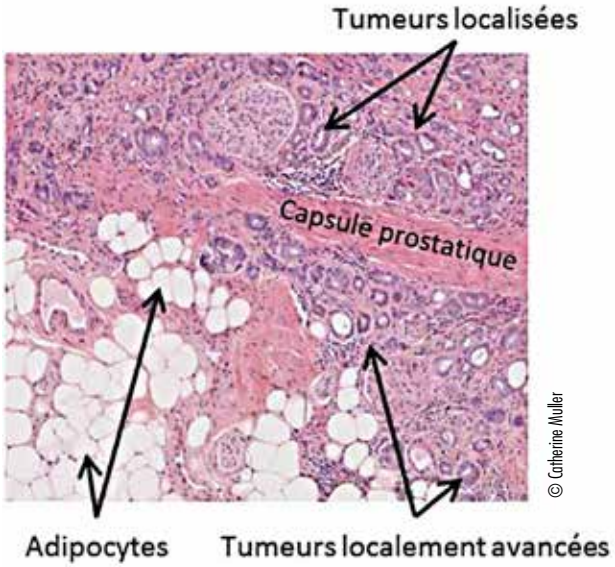
Organisé par
Reed Expositions

© CED.G

+ Par Philippe Goethals

Cancer de la prostate
comprendre son agressivité chez les patients obèses

L'obésité a des conséquences directes sur la santé et est associée à l'apparition de cancers agressifs, sans que les mécanismes à l'origine de cet effet ne soient compris. Des chercheurs de l'Institut de pharmacologie et de biologie structurale (CNRS/ Université Toulouse III - Paul Sabatier)[1] viennent de décrypter l'un de ces mécanismes dans un des cancers le plus fréquent chez l'homme, le cancer de la prostate : en cas d'obésité, le tissu graisseux qui entoure la glande prostatique facilite la propagation des cellules tumorales en dehors de la prostate. Leurs résultats, qui ouvrent de nouvelles pistes pour le traitement du cancer de la prostate, font l'objet d'un brevet[2].



Le cancer de la prostate peut rester localisé dans la glande prostatique où il est de « bon pronostic ». Certaines tumeurs (dites localement avancées) franchiront la capsule prostatique et pourront ainsi se propager au reste du corps. Ce phénomène est sous le contrôle des adipocytes du tissu adipeux périprostatique (ronds blancs) via leur capacité à sécréter la chimiokine CCL7. Il est amplifié en condition d'obésité.

La prostate est entourée d'un dépôt graisseux appelé tissu adipeux périprostatique (TAPP). Au cours de l'évolution d'un cancer de la prostate, les cellules tumorales peuvent infiltrer ce tissu adipeux périprostatique : c'est une étape clé de la progression de ce cancer qui signale le début d'une maladie localement avancée (le cancer peut progresser vers les organes voisins), phénomène plus fréquent dans les cas d'obésité. Chez les patients obèses, la taille et le nombre de certaines cellules du TAPP, les adipocytes, sont augmentés. Ces cellules sont capables de sécréter de nombreuses molécules bioactives comme les chimiokines, de petites molécules capables d'attirer d'autres cellules. Les scientifiques ont donc cherché à savoir si cette modification du TAPP était responsable de l'agressivité du cancer de la prostate chez les sujets obèses.

Les chercheurs ont montré que les sécrétions des adipocytes sont capables d'attirer les cellules tumorales prostatiques. L'analyse des chimiokines sécrétées par les adipocytes du TAPP a ensuite permis d'identifier les acteurs impliqués notamment la chimiokine CCL7 qui interagit avec un de ses récepteurs, CCR3, présent à la surface des cellules tumorales prostatiques. Les scientifiques ont mis en évidence que la chimiokine CCL7 est diffusée à partir du TAPP vers la zone périphérique de la prostate et qu'elle attire des cellules tumorales exprimant le récepteur CCR3 vers le tissu adipeux périprostatique, porte d'entrée vers le reste du corps.

Les chercheurs ont ensuite testé l'influence de l'obésité sur ce mécanisme. Ils ont montré que chez des souris obèses ayant subi un régime hyperlipidique, la progression des tumeurs et leur dissémination hors de la prostate sont plus importantes que chez des souris de poids normal. La sécrétion de CCL7 par les adipocytes est, en effet, augmentée en cas d'obésité. Lorsque des cellules tumorales n'exprimant plus CCR3 sont implantées dans la prostate des souris, la progression de la tumeur et sa dissémination sont très fortement réduites, surtout chez les souris obèses.

Enfin, les chercheurs ont observé ce même mécanisme chez l'homme où la sécrétion de CCL7 est aussi augmentée en cas d'obésité. Dans une étude réalisée sur plus de 100 échantillons de tumeurs humaines, les résultats montrent que les tumeurs exprimant un haut niveau de CCR3 sont plus agressives, qu'elles présentent une dissémination locale plus fréquente et sont plus résistantes au traitement. Des molécules ciblant CCR3 ayant déjà été développées par l'industrie pharmaceutique pour d'autres maladies, les chercheurs souhaitent désormais étudier cette nouvelle piste thérapeutique qui pourrait permettre de diminuer l'agressivité du cancer de la prostate chez les personnes obèses.

(source CNRS)

NOTES :

1 *Ces travaux ont été réalisés en collaboration avec les services d'urologie et d'anatomo-pathologie de l'Institut universitaire du cancer de Toulouse, l'IUCT Oncopole et l'Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires (Inserm/Université Toulouse III – Paul Sabatier). Ils ont bénéficié du soutien financier de l'Institut national du cancer, de La Ligue contre le cancer (Comité Midi-Pyrénées), de l'Association pour la recherche sur les tumeurs prostatiques (ARTP) et de l'Association de recherche contre le cancer (ARC).*

2 *Un brevet (FR1455491 - PCTIB2015054550) intitulé « Inhibition de la chimiokine CCL7 ou de son récepteur CCR3 pour le traitement et le diagnostic du cancer de la prostate » a été déposé sur ces travaux.*

RÉFÉRENCES :

Periprostatic adipose tissue acts as a driving force for the progression of prostate cancer in obesity. Victor Laurent, Adrien Guérard, Catherine Mazerolles, Sophie Le Gonidec, Aurélie Toulet, Laurence Nieto, Falek Zaidi, Bilal Majed, David Garandeau, Youri Socrier, Muriel Golzio, Thomas Cadoudal, Karima Chaoui, Cedric Dray, Bernard Monsarrat, Odile Schiltz, Yuan Yuan Wang, Bettina Couderc, Philippe Valet, Bernard Malavaud, Catherine Muller. Nature Communications, le 12 janvier 2016. DOI : 10.1038/ncomm10230.

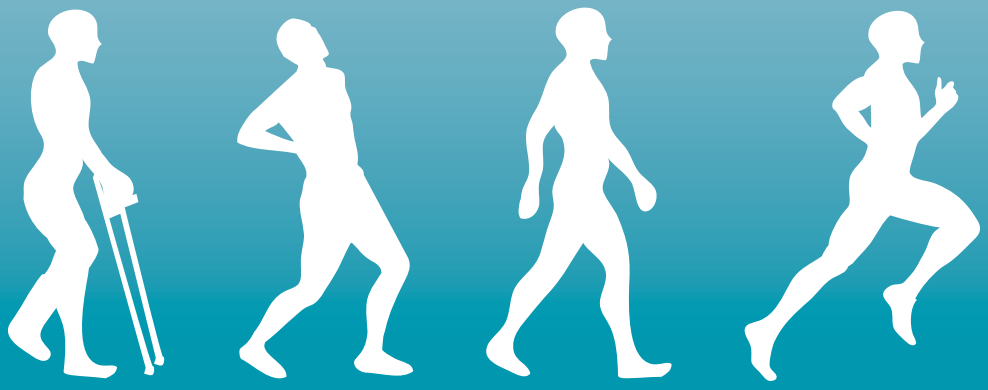
L'avenir, c'est deux mains

Rééduca Paris

16.17.18 septembre 2016

Paris Expo - Porte de Versailles

52e ÉDITION



LE MEILLEUR S'EXPOSE EN SEPTEMBRE !

3 JOURS

POUR UN INVESTISSEMENT **RÉUSSI !**

EQUIPEMENT | CONSOMMABLE | FINANCEMENT | FORMATION | GESTION

www.salonreeduca.com

Organisé par

Reed Expositions

© CED.G

+ Par Philippe Goethals

Beaucoup de bruit pour mieux s'entendre

Rencontre européenne des associations de personnes malentendantes

Ouverte à tous - Le samedi 2 avril 2016 à Paris

Chaque année, l'EFHOH, Fédération européenne des associations de personnes malentendantes organise un évènement en marge de son assemblée générale. C'est pour la première fois à Paris que se déroulera cet évènement, le samedi 2 avril 2016, avec une journée d'information ouverte à tous. Conférences et stands permettront de s'informer sur le thème « Bien vivre avec une perte d'audition ».

Cet événement, soutenu notamment par Agir Pour l'Audition, se tiendra à la Résidence Internationale de Paris, au 44 rue Louis Lumière dans le 20ème arrondissement. Il sera l'occasion d'assister à des conférences exclusives de représentants européens du Forum Européen des Personnes Handicapées, de l'association des fabricants européens d'appareils auditifs et des professionnels de l'audioprothèse.

Une table ronde portera sur les manières possibles de s'informer sur la perte d'audition. Elle réunira le numéro d'urgence 114, Surdi Info ainsi que le Bucodes SurdiFrance et sera l'occasion de présenter un guide pratique pour « bien s'équiper en appareils auditifs ».
Il sera aussi question de l'implant cochléaire en présence du Centre d'Implantation Cochléaire de Montpellier. Une étude sur la vie des personnes sourdes et malentendantes sera présentée, à travers le Baromètre Santé Sourds Malentendants, par l'Institut National de la Prévention et de l'Education à la Santé (INPES). Enfin, la problématique « entendre dans le bruit » sera abordée du point de vue d'un fabricant d'appareils auditifs. Toutes ces conférences seront intégralement traduites en anglais et en français et rendues accessibles par des boucles à induction magnétique, une transcription simultanée et des casques HF.

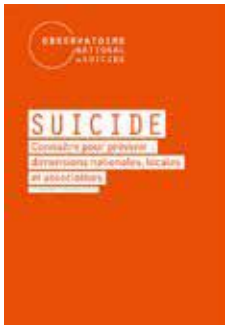
Infos pratiques
Sur inscription uniquement.
Formule accès aux conférences,
déjeuner sur place et pauses café : 25€
Lieu accessible aux personnes à mobilité réduite.
Renseignements et réservation :
booking@surdifrance.org / 09 72 45 69 85

Suicide - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives

Avec près de 10 000 décès par an et plus de 200 000 tentatives, les conduites suicidaires restent une préoccupation majeure en France. Face à ces chiffres préoccupants, l'Observatoire national du suicide, créé en 2013, poursuit sa réflexion pour mieux comprendre et prévenir ce fléau de santé publique.

Dans ce deuxième rapport, l'Observatoire s'attache à mettre en lumière les données et les actions de prévention, menées à un niveau national comme local, par les pouvoirs publics comme par les associations. Il fait aussi le point sur les connaissances récentes concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide. Il propose, enfin, les dernières statistiques disponibles et un suivi des recommandations énoncées dans le premier rapport. Celles-ci sont complétées par de nouvelles perspectives et pistes de réflexion.

Paru en novembre 2014, le premier rapport avait établi un état des lieux des connaissances sur le suicide en décrivant les systèmes d'information, le programme national d'actions ainsi que les interventions auprès de populations spécifiques comme les personnes en milieu carcéral ou les agriculteurs. Il avait aussi permis d'identifier les zones d'ombre en matière de recherche, ce qui a conduit au lancement d'un appel à recherche en février 2015.



L'Observatoire national du suicide (ONS) a été installé en septembre 2013 par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, pour faire avancer, avec l'ensemble des acteurs concernés, la prévention du suicide dans toutes ses dimensions.

L'avenir, c'est deux mains

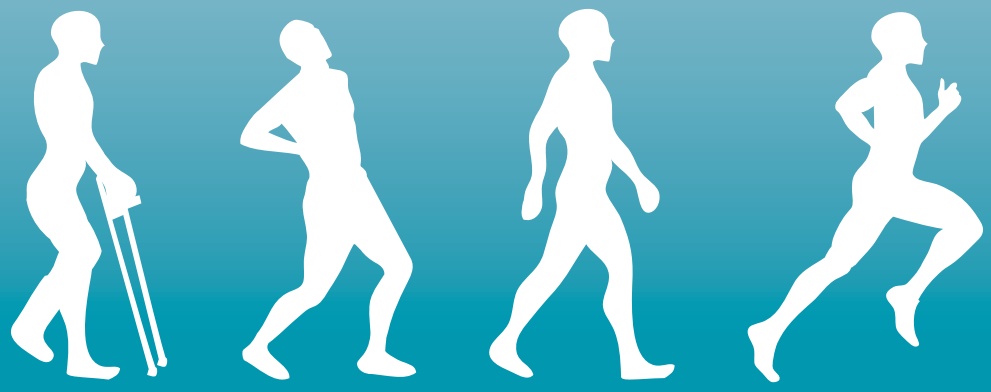
Rééduca Paris

16.17.18 septembre 2016

Paris Expo - Porte de Versailles

52e ÉDITION

Le salon de la Rééducation
et de la Masso-Kinésithérapie



LE MEILLEUR S'EXPOSE EN SEPTEMBRE !

Investir ?

OUI, mais **EN SEPTEMBRE !**

EQUIPEMENT | CONSOMMABLE | FINANCEMENT | FORMATION | GESTION

www.salonreeduca.com

Organisé par

Reed Expositions

© CED.G

Cryothérapie combiné avec thérapie par ondes de choc, *le meilleur des deux mondes*

802.095 – FR © GymnaUniphy 2016

Gymna Cryoflow ICE-CT

UNIQUE! Cryothérapie avec système de feedback infrarouge pour un contrôle optimal de la température

Gymna ShockMaster 500

Un traitement dans les meilleures conditions! Le soutien idéal pour votre cabinet avec ***UNE INTERFACE SUPÉRIEURE***

gymna.com

gymna®