



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















1 système thérapeutique unique et design

Technologie laser

Cryothérapie

Thermothérapie

Laissez-vous guider par l'interface intuitive du QMD en choisissant le protocole adapté en fonction de l'effet recherché ou de la localisation.

Avec 3 longueurs d'onde, 4 modes de stimulation - dont l'innovation QMD Harmonic Pulsation® et une puissance jusqu'à 24W la thérapie laser permet des soins rapides, efficaces et en profondeur.

Complétez vos soins avec de la cryo et de la thermo-thérapie - ou en les combinant : thérapie de contraste ou choc thermique.

Plus d'informations au : 03 20 30 34 42 ou qmd@luxomed.com





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





25.26.27 OCTOBRE 2018
PARIS EXPO PORTE DE VERSAILLES-PAVILLON 5



@reeducaparis

#reeducaparis



SALONREEDUCA.COM

ST RZ MEDICAL



Découvrez les ondes de choc Focales et Radiales





Traitements indolores, silencieux et efficaces



POUR PLUS D'INFORMATION

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

ST RZ MEDICAL



Vous êtes plutôt...

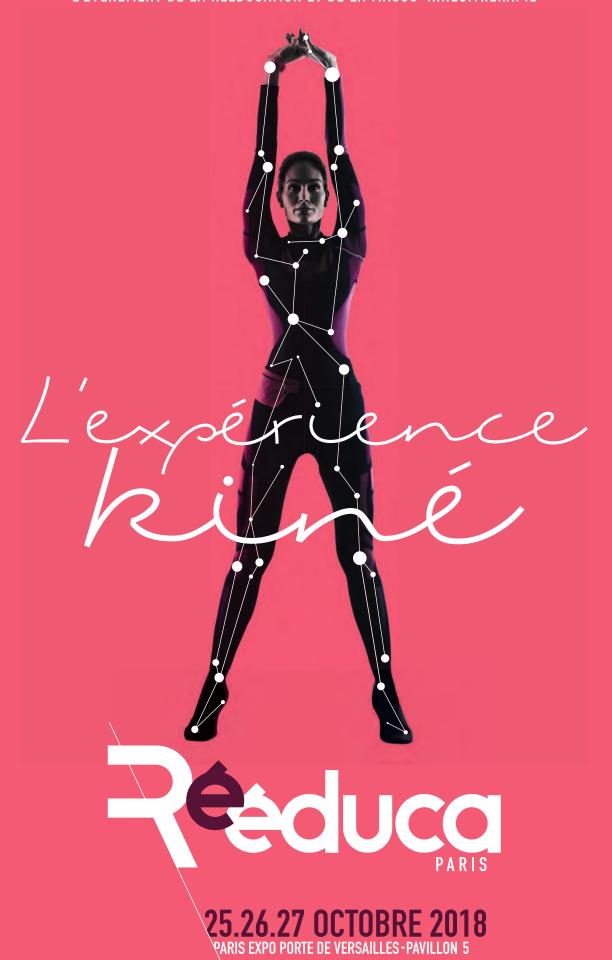
focales ou radiales?



Pour bénéficier d'une découverte personnalisée dans votre cabinet:

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

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







FAITES FONDRE VOS CLIENT(E)S **PAR LE FROID**

main-libre de cryolipolyse permettant de traiter les amas graisseux localisés par le froid. Rentabilité optimale, résultats durables, accompagnement SAV, communication.



cryocell.fr



SOLUTION MINCEUR PAR LE FROID



DiaSCULPT® Face & Body

TECHNOLOGIE EXCLUSIVE MONDIALE



100% NATUREL ET NON-INVASIF

d'énergie cellulaire (ATP). Cette énergie augmente la guérison et la réduction de raideur et de la douleur.



diasculpt.fr



Tel.: 05 62 89 19 76 contact@corpoderm.com









> N°127 juin.juillet.août. 2018



Le changement c'est maintenant...

C'est bien connu, l'été demeure la période phare de tous les changements (voire bouleversements) de notre quotidien. Mais si la période estivale est généralement retenue pour opérer ces évolutions en « catimini ». Ce n'est pas le cas de ceux qui s'opèrent dans la profession.

Nulle intention, en effet, de profiter de la passivité ambiante (les augmentations et les taxes passent toujours mieux lorsque le peuple -pas toujours bon- est occupé à bronzer sur la plage). Les changements que propose la profession sont organisés pour aller dans le bon sens. Celui de l'évolution...

On change ainsi de « têtes ». C'est le cas au CMK, dont FMT présente le nouveau bureau (page 72). C'est également le cas à la direction du salon de la profession (Rééduca). Brune Jullien passe, en effet, la main à Laurence Gaborieau, déjà Directrice de la Division Nucléaire et Santé chez Reed Expositions France. L'occasion de faire connaissance avec la nouvelle directrice. Son ressenti, ses intentions et objectifs sont à découvrir page 12...

Des changements aussi du côté des idées reçues. Les DRH travaillent presque tous sur le « bien-être » au travail (et c'est tant mieux). Il n'empêche, Jean-Pierre Zana joue les empêcheurs de s'épanouir en rond, en revenant sur une étude américaine, qui indique en substance, que les programmes de bien-être sur le lieu de travail n'apportent quasiment aucun bienfait dans la première année... Est-ce un argument suffisant pour se détourner de ce type de programme ?

Même les connaissances que l'on croyait posséder sont remises en question. Le chaud (sauna, hammam, etc.) était notre allier pour la détente, la récupération ou soulager les douleurs... Voilà que le froid lui vole la vedette. Une vague presque une folie de la cryothérapie s'abat sur les professions de santé et de remise en forme. A tel point que des centres dédiés ouvrent partout en France. FMT S'attarde sur l'expérience bordelaise encadrée par des kinésithérapeutes.

Autant d'évolutions à suivre de près, côté profession. Pour ce qui est des « mauvaises » nouvelles de l'été (augmentation du gaz, de l'électricité, de l'essence...), je ne peux que vous renvoyer qu'à vos JT préférés ou à votre boîte aux lettres. Bonnes vacances quand même.

L'avenir c'est deux mains!



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

Directeur de la Publication Michel FILZI

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

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

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

Maquette Marie Poulizac pour So Com

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

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.

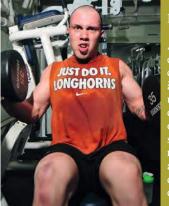
CONTACTEZ VOTRE REVENDEUR DE CONFIANCE! www.ferrox.it info@ferrox.it +39 0438 777091



> N°127 Juin-Juillet-Août 2018

ACTUALITÉS

TIO T CTIMITED	
Nutrition	16
Infos à boire et à manger	10
Kinés du Monde La logique de l'humanitaire	37
Infos	
Les actualités du secteur	71
L'Ile lettrée	
L'actualité des livres	74
RENCONTRES	
Interview	
Laurence Gaborieau, nouvelle directrice du salon Rééduca Paris	12
Saga	4.4
Ces hommes qui ont fait l'histoire de la kinésithérapie	44
Instances Le nouveau collège de la masso-kinésithérapie (CMK)	7 2
EXPERTISE	
Chronique	1.0
Le point de vue éclairé de Jean-Pierre Zana	10
Nutrition	1 /
Les jus de fruits et les sportifs	14
Nutrition	22
Le point sur les acides gras	
Sport La gestion de la récupération	32
ÉTUDES	
Savoirs	
L'imagerie motrice dans la rééducation de la marche des amputés transtibiaux d'origine vasculaire	51
Enquête	00
Douleurs et cancérologie	62
Bilan	
Les programmes « bien-être » sur le lieu de travail n'apporteraient aucun bienfait la première année	66
Étude	
La santé des Français	68
TECHNIQUES & MATÉRIELS	
Champs électromagnétiques pulsés	
Une réponse aux douleurs associées au système musculosquelettique	20
Accompagnement	~ ~
La solution Fyz' Entreprendre Kiné	30
Matériel	96
Les attelles d'épaule	36
Cryothérapie Norkapp, coup froid à Bordeaux	40
Photobiomodulation	
La lumière au service de la kinésithérapie	48
Ondes Dynamiques Profondes	
Étude clinique randomisée en double-aveugle, stratifiée, versus placebo	50
augunee, velaua Diduedu	< / // /



EXPERTISE

p.32

Au cours de chaque entraînement, de chaque compétition, l'athlète fait subir à son corps des traumatismes, une dépense énergétique, et des efforts musculaires qui ont des conséquences le plus souvent réversibles, mais qui réclament un suivi adapté autant en termes de nutrition, d'hydratation que de repos et de soins. <<<

p. 40

MATÉRIEL

Avis de grand froid.
La cryothérapie multiplie les études et son champ d'application, il s'en suit un engouement quasi général, notamment chez les kinésithérapeutes.
Exemple à Bordeaux avec le premier centre de cryothérapie corps entier (CCE) en chambre cryogénique. >>>



.GA r

René Morice fut l'un des principaux acteurs de l'histoire de la Kinésithérapie et sans doute le premier de ceux auxquels la profession doit son statut et la place qu'elle occupe aujourd'hui. Rendons donc à César...

p.68

ÉTUDE

Newpharma a réalisé une étude auprès de 1.197 personnes en respectant la méthode des quotas. Il en ressort que 56,58% des sondés estiment que leur niveau de santé n'est pas bon. >>>





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.

MACSF assurances – SIREN n° 775 665 631 – SAM – Entreprise régie par le Code des assurances.

MACSF épargne retraite – Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré.

Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095.

Siège social : cours du Triangle – 10 rue de Valmy – 92800 PUTEAUX – Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche – TSA 60300 – 92919 LA DEFENSE CEDEX/France.

+ Par Jean-Pierre Zana, kinésithérapeute cadre, Ergonome...

Transmettre pour permettre l'innovation...



J'ai reçu un appel dernièrement d'une étudiante, nous l'appellerons Mathilde; elle a souhaité m'interviewer sur mon parcours professionnel dans le cadre de l'UE 12 : Projet professionnel. Intéressée par mes enseignements dans le cadre de l'UE2 (il faut suivre les anciens...) mes références à mon activité en secteur psychiatrique a retenu son attention et ouvert quelques questions...

Nous avons passé un peu plus de 45 minutes afin de l'éclairer dans ses recherches.

Ce long moment passé chacun au bout de nos IA (Intelligence Artificielle) nos smartphones pour les ringards, m'a beaucoup appris sur moi mais surtout sur le sens de nos transmissions.

Exercice en libéral ou en hospitalier a été sa première question... Comment peut-on encore être dans cette dichotomie. J'ai exercé en hôpital, en hôpital de jour et en même temps en libéral et même hors convention. Cette diversité d'exercice a surement contribué à enrichir mes savoir-faire et mon savoir-être. Cela a participé aussi, je m'en rends compte aujourd'hui, aussi à mon autonomie dans le travail pour reprendre une de ses questions... Plus je me suis attaché à mon engagement auprès des patients et des dossiers qui plus tard m'ont été confié plus j'ai pu me dégager de certaines contraintes "institutionnelles" ou "normatives" plus j'ai pu faire progresser mes pratiques et les personnes avec qui j'ai été appelé à travailler.

Mais qu'est ce qui se cache derrière cette question d'une étudiante en début de formation ?

En l'associant à une autre de ces interrogations - Quels sont les acteurs de la prise en charge de ces patients c'està-dire les différents professionnels ? – la question du sens de la transmission dans nos enseignements a fait son chemin.

En effet, pendant des années, j'ai défendu le rôle du kinésithérapeute dans les prises en charge de nos patients quel que soit leurs troubles, leurs incapacités...J'ai laissé très peu de place voire, je n'ai pas parfois hésité à dénoncer l'invasion d'autres professionnels dans nos champs de compétences... Je n'ai pas été le seul, notre presse, nos syndicats, notre Ordre

ont toujours œuvré dans ce sens. Nous n'avions probablement pas tort. Mais comment pouvons-nous revendiquer que la kinésithérapie soit une science biomédicale si nous ne sommes pas capables de co-construire l'évolution de nos pratiques en travaillant en équipe pluridisciplinaire?

Bien sûr que dans certaines universités, psychomotriciens, ergothérapeutes ostéopathes et kinésithérapeutes peuvent se côtoyer mais dans un parcours individuel. Ne serait-il pas possible, dans le cadre des nouveaux programmes tournés vers la recherche, de sensibiliser nos étudiants à réfléchir sur nos complémentarités professionnelles? A engager des études cliniques des recherches sur l'efficacité de nos pratiques communes ou parallèles dans l'intérêt de nos patients?

A l'heure où les Gogothérapeutes, les thérapies connectés et l'homme augmenté envahissent le marché des thérapies, n'est-ce pas le moment de rassembler nos énergies pour défendre nos pratiques, leurs points communs, leurs complémentarités, leur efficience et leur dimension bio-psycho-physique. Nous sommes des professions réglementées reconnues appréciées mais mille fois moins communicantes que d'autres plus marketing. J'argumente régulièrement dans les entreprises pour qu'elles n'engagent pas, ne signent pas des séances de massages, de yoga, de 0/Stress avec des organisations dont les "praticiens (nes) " sont souvent formés en quelques heures mais qui sont moulés dans des leggins et des body qui peuvent ne pas laisser indifférents. J'ai dans mon quartier plusieurs magasins de massages chinois, j'ai proposé ma candidature avec mon diplôme en main et quelques articles de FMT... J'ai été rejeté... Elles n'ont même pas voulu testé mes compétences gratuitement...

Nous sommes des professionnels scientifiques, ne devrions-nous pas être plus attentifs à créer des équipes pluridisciplinaires de recherche?

Dans nos activités hospitalières ou en centre de rééducation l'équipe pluridisciplinaires existe mais travaillet-elle suffisamment ensemble ? Co-construit-elle ensemble le projet thérapeutique des patients qui lui sont confiés ? En exercice libérale la tendance semble être de se regrouper entre professionnels de santé, pour partager les coûts le plus souvent, mais ne faudrait-il pas le penser "pour mieux travailler ensemble" ?

Dans ma conclusion avec Mathilde, je lui ai suggéré dans ses recherches notamment bibliographiques, de ne pas rester "egocentré" sur les articles de physio ou de kinésithérapie mais d'avoir plus une approche "géocentrée" en interrogeant aussi les sites des autres professions paramédicales ayant une pratique proche de la nôtre telle que la psychomotricité, l'ergothérapie mais aussi l'ostéopathie. Je lui ai rappelé en la quittant que les deux premières pratiques ont été créées à partir de la kinésithérapie en 1974 pour des raisons économiques et que l'ostéopathie a débarquée sur nos côtes en provenance des États Unis de façon plus massive dans la fin des années 80... Alors tout est à construire et ce sont eux, les futurs professionnels qui seront les artisans de ces nouvelles formes de pratiques à inventer.





LOCATION PARTOUT EN FRANCE

Kinetec Coude 6080





Kinetec Spectra
Kinetec Spectra Kompanion

kinetec

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



Laurence Gaborieau, nouvelle directrice de Rééduca Paris



Ré-enchanter l'événement

La nouvelle directrice du salon Rééduca Paris a une solide expérience dans le monde de la santé mais également dans celui des congrès. Une chance pour une manifestation qui ne cesse de se réinventer. A commencer par son intitulé puisque nous parlerons désormais plus d'un événement que d'un salon. Le détail avec Laurence Gaborieau qui a déjà des idées précises sur l'organisation des prochains Rééduca Paris.

QUI EST LAURENCE GABORIEAU EN QUELQUES MOTS ?

Directrice de la Division Santé chez Reed Expositions France, j'évolue dans le monde de la santé depuis 1998 et je gère de grands événements santé depuis 2000, et notamment en électrophysiologie cardiaque, en biologie médicale ou encore sur les objets connectés en santé. J'ai monté et animé des Comités scientifiques avec des médecins du monde entier et je travaille au quotidien avec les différentes professions médicales et les sociétés savantes.

LE MONDE DE LA KINÉSITHÉRAPIE VOUS EST DONC FAMILIER ?

Mon passé de sportive et d'athlète d'un bon niveau en athlétisme* (200m, 400m et longueur) fait que j'ai fréquenté très tôt les kinésithérapeutes. Je les ai d'ailleurs malheureusement dernièrement côtoyés, à titre privé, plus que je ne l'aurais souhaité en raison d'une opération à l'épaule qui s'est mal passée (8 mois). C'est mon kiné qui s'est rendu compte que je faisais une capsulite et qui a alerté l'hôpital où il exerçait... Evidemment dans le cadre de mes activités santé, je suis amenée à travailler avec de nombreux personnels de santé, dont les kinésithérapeutes et leurs instances.

COMMENT ABORDEZ-VOUS RÉÉDUCA PARIS ?

Demanière très pragmatique. Exactement comme chacun des événements dont je m'occupe. Je rencontre, j'écoute et j'agis. Nous avons terminé la première phase : enquête visiteurs, rendez-vous en tête-à-tête, focus groupes, rencontres avec les instances de la profession, avec les exposants... Nous en sommes actuellement à la deuxième phase et nous serons prêts pour une première étape à l'ouverture du prochain Rééduca Paris. Il faut toujours garder à l'esprit qu'un salon repose sur un trépied : les visiteurs, les exposants et l'organisateur... Ce travail est le fruit du collaboratif et du participatif. Nous ne faisons rien sans la compréhension et le partage de chacun. Nous espérons apporter une nouvelle dynamique.

ET QUELLES SONT LES PREMIÈRES CONCLUSIONS?

Nous souhaitons repositionner l'événement. En faire davantage un événement de la profession qu'un salon marchand. Cela signifie consolider les fondamentaux par une meilleure valorisation des nouveautés, mais aussi ré-enchanter l'événement. Rééduca Paris jouit d'une grande notoriété, mais pour qu'il obtienne ce statut d'événement de la kinésithérapie, il faut, justement, remettre le praticien au cœur de l'événement, mettre en avant la profession et apporter du contenu... Lui faire vivre une expérience, une émotion... d'où notre nouvelle signature : « Rééduca, l'expérience kiné ».

COMMENT CELA SE TRADUIT-IL SUR UN PLAN PRATIQUE?

Dès la prochaine édition, nous allons nous attacher à faire venir les kinés qui ne se déplaçaient pas ou plus à Paris. Nous allons essayer de ré-enchanter Rééduca Paris, de donner envie. Nous leur ferons savoir qu'il y aura effectivement du matériel, des technologies et des nouvelles tendances de diversification de la profession à découvrir, mais également des informations scientifiques et le partage de bonnes pratiques pour leur quotidien. Rééduca Paris va devenir un lieu d'échanges avec un programme scientifique innovant dans sa forme et dans le fond. La mise en place d'un Comité Scientifique, des conférences, des conversations multidisciplinaires (un kiné, un médecin généraliste, un cardiologue, un neurologue, un chirurgien...), des Forums Exposants (anciennement MK conférences), des temps forts : « un jour, un sport, un kiné » (avec des démonstrations sportives d'athlètes de haut niveau dans l'allée centrale) et des Ateliers Pratiques.

ET CÔTÉ INNOVATIONS TECHNIQUES ?

Nous allons davantage exposer les Trophées « Rééduca Innov' ». Ils seront mieux mis en lumière auprès des masseurs kinésithérapeutes. Les dossiers retenus seront « pitchés » en direct devant le jury et les visiteurs dès la première journée et les prix remis le soir même... Nous travaillerons différemment avec les exposants. Il est également question de mettre en évidence les associations gagnantes entre la réalité virtuelle et le kinésithérapeute. Ensemble, ils peuvent faire des choses merveilleuses et il faut le faire savoir.

*Laurence Gaborieau a été la détentrice du record de France cadette du 400 mètres (1 minute et huit centièmes) en 1981.



Connaissez-vous l'ANGAK?

1ère Association de Gestion Agréée des Kinésithérapeutes

32 000 Adhérents

- √ Sa Cotisation à 195 € ttc.
- √ Cotisation minorée: 89 €

la 1ère année de votre activité libérale

✓ Micro BNC: 40 €



Mais aussi : l'Aide Technique à la Gestion

Etude personnalisée de vos demandes : juridique@angak.com

Création de SCM, SCI, SCP, Contrat à frais partagés ...
La vente/l'achat du cabinet : Présentation totale ou partielle ...
La vie du Cabinet : Collaboration, Remplacement
Bail Professionnel, Sous-Location, Cession de Bail
Dissolution de société, Transfert de Siège Social
Changement de Gérant ou de Dénomination
Adhésion au TESE, Déclaration du fichier patients à la CNIL





+ Par Frédéric Pfeferberg, préparateur physique diplômé du CESA et en nutrition de l'Université Paris V

Les Jus de fruit, partenaires du sportif?

Je profite de ma participation à un atelier « jus » chez Aequis pour aborder le principe des jus de fruits et de légumes chez le sportif.

L'atelier Jus organisé chez Aequis avait pour objet la fabrication, en toute simplicité, de jus de fruits et de légumes. Le matériel à disposition, à savoir l'extracteur de jus a pour qualité principale de maintenir un maximum de vitamines, saveurs et sels minéraux, grâce à la rotation du moteur à basse vitesse qui entraîne une température peu élevée, puisqu'il y a moins d'échauffement. Nous avons pu déguster à loisir plusieurs sortes de mélanges savamment préparés, à savoir antioxydants, à base de fruits rouges, grenades, betterave, coriandre, mais aussi détox, céleri, pomme, citron.

Les saveurs restent intactes, le tout sans sucre

Le grand intérêt de ce principe, c'est que la machine sépare les fibres, la peau du jus lui-même. Bien sûr l'intérêt est pour le sportif l'apport d'un indice glycémique assez élevé en un minimum de gorgée et une absorption pendant ou après l'effort pour une synthèse glycogénique maximum. En gros le sucre est assimilé immédiatement.

Vous pouvez en un minimum de temps et d'effort absorber vos 5 fruits et légumes.

Il faut toutefois se poser la question de savoir dans quelle mesure le jus de fruit doit être pris. Effectivement, un indice glycémique élevé ne montre un intérêt que s'il est dans le cadre de la récupération (post entraînement), ou pendant l'effort si celui-ci



est prolongé et qu'on a besoin immédiat en sucre. Car trop de sucre n'est pas nécessaire dans le cadre de l'entraînement ou de la compétition du sportif. Plus l'indice glycémique est élevé, plus l'apport et la digestion se feront rapidement. A contrario, plus l'indice glycémique est bas plus la digestion et l'absorption se feront lentement, de même que les fibres ralentissent le processus. Si on respecte les fondamentaux de la digestion, un glucide à indice glycémique bas ou glucides lents ou sucre plutôt complexe, aura une digestion a minima de trois heures. Donc, ne perdons pas de vue celle-ci, car les troubles digestifs,



trop de fibres ou pas assez, trop de sucre ou pas assez, peuvent être rédhibitoires lors d'une compétition. Tous ces mécanismes doivent être étudiés pendant l'entraînement, à savoir si tel type de fruits de jus de fruit réussi à l'athlète ou pas car ce n'est pas le jour d'une compétition qu'on fait des expériences.

Préparer son propre jus à l'effort

Les jus de fruits du commerce, À mon avis, on peut d'intérêt, dans le sens qu'ils ont beaucoup de conservateurs, souvent sont dénués de toute fibre, ont voyagé, ont changé de température, et sont souvent acides ou indigestes. Vous avez loisir aussi, de fabriquer votre propre jus à l'effort, le plus technique et intéressant reste celui qui consiste en L'assemblage d'un tiers de jus de raisin bio si possible, deux tiers d'eau, une cuillère à café voir une deuxième si l'effort est prolongé de sucre blanc raffiné, ce qui permet l'assemblage de trois types de sucres : fructose, glucose, et saccharose. Les études prouvent que ce type de mélange permet une assimilation est une optimisation du sucre pendant l'effort. N'hésitez pas à rajouter une petite ou plus grande pincée de sel, si l'atmosphère est chaude et entraîne des pertes minérales.

Jus ou pas jus, là est la question, c'est avant tout une histoire de goût. Apprenez à mieux vous connaître, à tester le type de jus qui vous réussit, Et surtout modérez-en la consommation, car ce sont des sucres et ils doivent être utilisés avec parcimonie.

À vous de jouer, de goûter et surtout, n'oubliez pas de vous faire plaisir avec modération.



FORMATIONS 2018

Paris
Clermont-Ferrand
La Réunion
La Guadeloupe
La Martinique

Organisme de formation professionnelle En thérapie manuelle et gestuelle



- Musculo-squelettique, crânio-facial, viscéral et vasculaire
- Domaines spécifiques : fascia-vasculaire ; fascia-neurodynamique ; fascia-pédiatrie

Cycle pour ostéopathes

Pédagogie perceptive

- Somato-psychopédagogie
- Education thérapeutique du patient malade chronique

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





Pressodermie[®]

Phléboedèmes Insuffisance veineuse Récupération post-chirurgicale

Œdèmes Drainage lymphatique Troubles circulatoires Lymphædèmes





Vacuodermie®

Kinésithérapie plastique
Rééducation fonctionnelle
Rhumatologie Traumatologie
Traitement des cicatrices













Dispositifs professionnels conçus en partenariat avec les meilleurs spécialistes

Céréales prêtes à consommer + lait = petit déj. équilibré



Les études se suivent... et se ressemblent. Toutes s'accordent sur un fait : manger un petit déjeuner chaque matin participe à un meilleur équilibre alimentaire. Certains travaux affirmant même qu'il aiderait à prévenir le risque de surpoids et d'obésité. Mais alors de quoi doit se composer un « vrai » petit déjeuner. Selon le Programme national nutrition santé (PNNS), il doit contenir une boisson afin de reconstituer les stocks hydriques éliminés durant la nuit. Un fruit, source de vitamines et de fibres.

Un produit laitier (source de protéines) et un produit céréalier, classiquement du pain.

Mais que penser des céréales prêtes à consommer ? Les auteurs d'une récente étude conduite à l'Université de Washington ont cherché à savoir si le fait de remplacer des aliments traditionnels du petit déjeuner américain par un bol de céréales pouvait avoir un impact sur la santé des consommateurs. Résultat : moins de lipides et de sucres consommés, de meilleurs apports en nutriments essentiels, surtout si ces céréales sont consommées dans un bol de lait, apportant fibres, vitamine D, fer, acide folique, calcium et potassium. Des observations valables à la fois chez les enfants et les adultes.

L'important c'est l'aliment!

La Société française de Nutrition réagit sur le grignotage suite à l'étude CREDOC pour Mondelez : « Au-delà du nombre de prises alimentaires, c'est le choix des aliments qui est important ». L'étude révélait qu'un tiers des Français a des prises alimentaires « hors repas ». Or, un repas est une prise alimentaire qui, à l'origine, n'est pas physiologique, mais socialement normée. Cette norme des trois repas par jour, instaurée par le mode de vie du XXe siècle, est sans doute moins adaptée à notre mode de vie actuel, du moins pour bon nombre d'entre nous. Malheureusement, les prises alimentaires entre les repas sont trop souvent constituées d'aliments dits de « snacking », pour beaucoup riches en graisses et en sucre, et donc très énergétiques et pauvres nutritionnellement. Ces aliments « superflus », souvent consommés sans faim, ne participent pas à l'équilibre alimentaire et peuvent en conséquence favoriser la prise de poids. Pour la Société Française de Nutrition, l'enjeu est dorénavant de veiller à ce que le changement des rythmes alimentaires ne soit pas à l'origine de prises répétées d'aliments industriels transformés, le plus souvent gras et sucrés. La répartition des prises alimentaires sur la journée peut être adaptée et repensée tout en maintenant une alimentation variée et équilibrée.

Bébés et soja ne font pas forcément bon ménage

Selonune toute récente étude américaine, les bébés de sexe féminin nourris avec des préparations pour nourrissons à base de soja présentent de légères modifications des organes reproducteurs, par



avec des préparations à base de lait de vache ou allaités. Les chercheurs s'interrogeaient sur un effet éventuel des phytoœstrogènes contenus dans le soja, qui comme leur nom l'indique, ont une activité qui s'apparente aux hormones féminines, les œstrogènes.

Ils ont suivi plus de 400 enfants âgés de 28 à 36 mois, exclusivement nourris avec des préparations au soja, ou au lait de vache, ou allaités par leur mère, et mesuré notamment les volumes de l'utérus, des ovaires ou des testicules des bébés. Les résultats n'ont pas montré de différence chez les petits garçons ; en revanche, les chercheurs ont observé des modifications légères, mais significatives chez les petites filles nourries aux préparations à base de soja, suggérant qu'elles ont été exposées à l'action d'œstrogènes. On ignore aujourd'hui si ces observations peuvent avoir des conséquences à long terme sur le développement hormonal de ces enfants : les auteurs de l'étude proposent de suivre régulièrement ces enfants jusqu'à leur adolescence.

Senior: mieux vaut consommer la viande bien cuite



Le muscle est un tissu vivant fait de protéines qui se renouvelle en permanence. Une des fonctions du repas est d'apporter des protéines, dans la viande par exemple, qui sont utilisées pour la synthèse musculaire. Cette synthèse étant moins efficace chez le sujet âgé, les auteurs de cette étude se sont demandé si la façon de cuire la viande pouvait jouer un rôle. Dix volontaires de plus de 70 ans ont donc consommé de la viande de bœuf soit saignante (cuite 5 minutes à 55°C), soit bien cuite (30 minutes à 90°C). On a ensuite dosé dans le sang de ces sujets la quantité d'acides aminés essentiels issus des protéines de viande. Les valeurs supérieures des acides aminés dosés dans le sang de ceux ayant consommé de la viande bien cuite traduisent une meilleure utilisation des protéines alimentaires. Un conseil qui peut être utile, surtout pour les petits mangeurs de viande.



NOUVELLE GAMME EN COMPRESSION GLAÇÉE!



ICECOMPRESSION



Douleurs

_ Inflammations

Post-opératoire

Récupération

Drainage



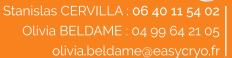






MKS Paris







DE L'AIR POUR PLUS DE PRÉCISION

Les machines à résistance pneumatique offrent une précision de mise en charge inégalable. Démarrer avec une charge de départ de 100 grammes, c'est possible! Certains dispositifs comme les machines HUR permettent de débuter les séances avec une résistance quasi nulle et une incrémentation par pallier de 100 grammes. Cette finesse de charge et de réglage permet d'offrir une séance adaptée à chacun de vos patients selon son âge, ses aptitudes, ses objectifs et ses capacités.



UNE SOUPLESSE DE MOUVEMENT

Fluidité, silence, confort... L'intérêt des appareils à résistance pneumatique est d'offrir une **qualité de mouvement incomparable.** La charge homogène réduit le niveau de stress sur les articulations quelle que soit la zone angulaire. A vitesse lente ou rapide, **la résistance reste confortable et naturelle.**

NATURAL TRANSMISSION

Contrairement aux machines hydrauliques, les machines pneumatiques sont les seules à offrir une **double résistance : concentrique et excentrique!** Ce système fonctionne sur le même modèle biomécanique et physiologique qu'un muscle. Cette résistance appelée **Natural Transmission** (développée par l'Université de technologie d'Helsinki dans les années 1980) offre de nombreux avantages : fiabilité, ajustement selon la force musculaire naturellement générée par les muscles, charge répartie efficacement sur les amplitudes pour de meilleurs résultats...







Un **mouvement biomécanique** naturel, fluide et confortable



Limitateur d'amplitude de mouvement. (départ / arrivée)



Des dispositifs **silencieux, compacts** pour un faible encombrement.

OPTIMISER SON ESPACE ET DIGITALISER SON ACTIVITÉ

Beaucoup moins encombrantes que les machines de musculation traditionnelles, les dispositifs HUR permettent un agencement convivial et optimisé de votre plateau de rééducation. Le compresseur, extrêmement silencieux, peut être mutualisé et utilisé en simultané par plusieurs dispositifs. La gamme propose des machines à accès PMR, multi-poste ainsi que des dispositifs à double fonction, comme la Leg Extension / Curl ou encore l'Abdomen / Back.

A l'allure aérienne et au design scandinave épuré, les dispositifs HUR apparaissent beaucoup plus rassurants pour les utilisateurs. Le système connecté SmartTouch permet de collecter les données patients pour un suivi en ligne des résultats et une autonomie des utilisateurs



www.athlex.fr
Tél. 04 69 85 38 61
info@athlex.fr

TECHNIQUE

BTL-6000 Super Inductive System

douleurs associées système musculosquelettique sont les raisons les fréquentes pour rechercher une assistance médicale, 30 à 50% de la population adulte déclare avoir des douleurs qui affectent négativement leur quotidien. Les champs électromagnétiques pulsés offrent une réponse immédiate à ce type de mal souvent d'origine inflammatoire. Le BTL-6000 Super Inductive System (SIS) permet soulagement de la douleur que ce soit en phase aigüe, subaigüe ou chronique.

L'action des ondes électromagnétiques s'explique en partie par la cible qu'elles touchent au sein de nos cellules. Par exemple, certaines ondes génèrent des signaux électriques dans l'organisme qui agissent sur les systèmes enzymatiques, les ions et les messages nerveux. Grâce à une large gamme de fréquence et sa haute intensité le BTL-6000 Super Inductive System est capable de provoquer une série d'évènements étroitement liés aux processus inflammatoires venant prolonger l'activation des nocicepteurs et l'interactions entre les différentes substances libérées par les cellules immunitaires, les capillaires sanguins et les terminaisons nerveuses périphériques. Les membranes des cellules vont pouvoir rétablir leur potentiel électrique qui aurait été préalablement endommagé suite à une inflammation, un traumatisme ou une pathologie et ainsi se réparer et retrouver des échanges vitaux et normaux avec leur environnement.

La théorie du gate control empêche « le portillon » de la moelle épinière de laisser passer la douleur au SNC avec la gamme de fréquence entre 60 et 100 Hz le BTL-6000 Super Inductive System traite les douleurs aigües. La théorie d'opioïdes endogènes ce fait avec une fréquence entre 2 et 10 Hz ce qui favorise la libération de neurotransmetteurs pour bloquer les influx nerveux ascendants, idéale pour les douleurs chroniques.

Les changements rapides en intensité du champ magnétique induisent un courant électrique dans les neurones, ce phénomène se nomme : l'induction électromagnétique. Dès que le courant électrique atteint une valeur seuil, le potentiel d'action des neurones est déclenché permettant une dépolarisation. Le BTL-6000 Super Inductive System est la seule thérapie non invasive qui permet la stimulation des tissus musculaires profonds.

Les indications les plus courantes avec le SIS sont les maladies musculo-squelettiques, comme la polyarthrite rhumatoïde, douleurs cervicales, arthrite et douleurs musculaires car l'effet thérapeutique principal est le soulagement des douleurs et aussi la sollicitation des articulations, fractures, myostimulation et réduction de la spasticité. Les paramètres déterminants les effets thérapeutiques sont la fréquence et l'intensité pouvant atteindre les 2,5 Tesla du champ électromagnétique. Le SIS assure en plus un ciblage précis de la thérapie dans des petites zones situées en profondeur dans les tissus.

Les résultats avec cette technologie sont prometteurs, comme nous le témoignage Franck Petitjean kinésithérapeute exerçant à Paris et qui utilise les champs électromagnétiques pulsés depuis 15 ans, « les douleurs articulaires disparaissent



Mais ce n'est pas le seul bénéfice, Franck Petitjean rajoute : « Dans les pathologies articulaires installées depuis longtemps, les personnes ont perdu de leur liberté et de leur amplitude de mouvement. La peur de la douleur contraint en général à faire de petits gestes. Après une séance, les patients retrouvent un sentiment de légèreté, gagnent en amplitude articulaire et refont sans souffrance des gestes qu'ils n'osaient plus faire depuis longtemps ».

Sur des pathologies chroniques comme l'arthrose, qui voit la disparition du cartilage et l'usure des articulations, le SIS offre aussi une réponse positive. « En cas d'arthrose, il y a une fonte musculaire à cause des douleurs des articulations. Le SIS détendent les tissus entourant les articulations, redonnent un tonus et favorisent donc une reprise musculaire sans douleur. La détente des tissus permet d'avoir des résultats sur la réduction de la spasticité, et de réduire les tensions musculaires induites par une hémiplégie par exemple. En cas de fracture et de lésion profonde, les champs électromagnétiques pulsés permettent une cicatrisation de la peau et une consolidation de l'os trois fois plus rapide que sans traitement ».









Le soulagement de la douleur est expliqué à travers différentes théories neurophysiologiques. La théorie du motif utilise des gammes de fréquences entre les 120 et les 140 Hz, le profil des sommations spatiales et temporelles de ces déclenchements encode le type de stimulus et son intensité ce qui est idéal pour les douleurs subaiguës.

en une séance de 10 min chez 95% de mes patients. C'est littéralement bluffant. Le traitement proposé par la BTL-6000, par exposition de l'articulation douloureuse aux champ électromagnétique pulsé, permet de mettre fin aux douleurs : des syndromes du canal carpien, des tendinites, des lombalgies, des inflammations de l'articulation de l'épaule, du genou, de la cheville, etc. »

Il n'y a pas d'effets secondaires et pas de risques de lésion des tissus périphériques avec cette technologie. Il n'y a que peu de contre-indications, elles concernent juste les personnes porteuses de métaux comme les pacemakeurs, les broches, mais aussi les femmes enceintes et les personnes atteintes de cardiopathies et tumeurs malignes.



POUR PLUS D'INFOS

BTL FRANCE

info@btlmed.fr - 09.63.26.31.82

www.btlmed.fr



Reed Expositions

www.salonbodyfitness.com 🖪 🎔 🚥

FIRME FIBO GLOBAL FITNESS

+ Par Frédéric Pfeferberg, préparateur physique diplômé du CESA et en nutrition de l'Université Paris V

Le point sur les omégas Huile et acides gras sources de vie



Aliment quotidien, l'huile a des propriétés bénéfiques pour la santé, notamment sur le plan cardio-vasculaire, grâce à sa teneur en vitamine A, vitamine E et en acides gras mono insaturés. Les bienfaits liés aux vitamines sont surtout observés lors de consommation d'huile crue, comme dans les salades, car les vitamines sont détruites au-delà de 40 °C.

Sa couleur or lui donne une impression de Lumière, de richesse et de nos jours certains n'hésitent pas à la vendre comme un produit de luxe. L'intérêt de l'huile semble surtout résider dans sa teneur en tocophérol (vitamine E), en composés phénoliques qui ont une action anti-inflammatoire en scalène, polyphénols et en stérols, il est important de favoriser la conservation de ces composés en utilisant de l'huile non raffinée et en conservant l'huile le moins longtemps possible et à l'abri de la lumière.

Oméga-3, 6 et 9 : quelles différences ?

Si ces trois variétés d'Oméga font partie des acides gras insaturés bons pour la santé, elles présentent tout de même des différences. Les acides gras Oméga-3 et Oméga-6 sont ainsi des acides gras polyinsaturés : leurs principaux représentants sont l'acide alpha linolénique (oméga-3) et l'acide linoléique (oémga-6) qui sont tous deux des acides gras essentiels. Par «essentiel», il faut comprendre qu'il est indispensable d'en consommer, d'une part parce qu'ils remplissent des fonctions importantes dans le corps humain et d'autre part parce que l'organisme est incapable de les synthétiser lui-même à partir d'autres nutriments.

Les acides gras Oméga-9 sont en revanche des acides gras mono-insaturés : au besoin, l'organisme est capable d'en fabriquer à partir d'acides gras saturés, ces derniers étant surtout présents dans les produits d'origine animale (ex. : viande, lait). Il n'en est pas moins conseillé de consommer régulièrement des Oméga-9 pour votre santé : c'est la meilleure façon de couvrir parfaitement vos besoins en cet acide gras.

Les principales fonctions des Oméga-3

Les Oméga-3 sont impliqués dans un grand nombre de fonctions organiques. Ils ont notamment une influence bénéfique sur la qualité des membranes cellulaires ainsi que sur les réactions anti-inflammatoires et immunitaires. Entre autres choses, également réputés pour leur capacité à combattre l'hypertension artérielle, Ils peuvent aussi prévenir les maladies cardiovasculaires (ex. : infarctus du myocarde), les troubles mentaux liés au vieillissement (ex. : démence), les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ainsi que certains cancers, dont le cancer du sein et le cancer du côlon. Idéalement, il est conseillé de consommer environ 2 g d'Oméga-3 par jour.

Les grands rôles des Oméga-6

Consommés en quantité raisonnable, les acides gras Oméga-6 protègent le système cardiovasculaire, stimulent les défenses immunitaires et aident à avoir une belle peau. Ils diminuent aussi l'intensité des réactions allergiques. Environ 8 g par jour suffisent.

Oméga-3 et 6 : une question d'équilibre

Pour bénéficier au maximum des bienfaits de ces acides gras, le rapport Oméga-6/Oméga-3 ne devrait pas accéder 75/25%. Pour ce faire, sachez choisir une huile équilibrée et goûteuse.

>>> Suite page 28



LEADERS DE L'INNOVATION NOUS CRÉONS POUR LE FUTUR

www.ecopostural.com







TESTEZ 4 SEMAINES SANS ENGAGEMENT

DÉMO PRÊT 03.89.49.73.61 - OU CONTACTEZ VOTRE DISTRIBUTEUR HABITUEL









Les Ondes Dynamiques Profondes dans le traitement des rachialgies

Pourquoi les kinés apprécient :



Stéphane Robert & Guillaume Brimont - Poncharra (38) - Tel: 04 76 97 62 44

« Avec les ODP StimaWELL, nous avons trouvé un moyen plus efficace que les techniques manuelles pour décontracturer les muscles paravertébraux, et sommes aussi parvenus à libérer du temps pour améliorer la qualité de nos prestations. Nous sommes convaincus d'avoir fait le bon choix. La meilleure preuve pour nous est le retour de nos patients qui en redemandent. »



David Ollivier - Velaux (13) - Tel: 04 88 43 08 75

« J'ai toujours été un fervent adepte du massage manuel et je n'utilise que très peu de machines. J'ai longtemps recherché de nouveaux outils pour m'aider à mieux soulager les dos jusqu'à ce que j'essaie les ODP. Je ne pensais pas qu'une machine pouvait être efficace à ce point. J'en suis très satisfait et je la recommande à mes confrères. »



Cécile Bergeret - Thônes (74) - Tel: 04.50.02.02.65

« Je suis ravi de mon appareil ODP Stimawell et mes patients ont rapidement adhéré. C'est un super outil, très efficace sur les douleurs aigües comme sur les douleurs chroniques. Ça me permet aussi de prendre en charge les patients qui tolèrent mal le massage manuel comme les fibromyalgiques, les personnes âgées ou les obèses. Au final, je masse moins avec mes mains et j'arrive à mieux gérer mon temps. »



Frédéric Baille - Longuyon (54) - Tel : 03 82 39 22 49

« C'est le meilleur outil thérapeutique kiné développé dans les 5 dernières années que j'ai pu tester. Il m'aide à gagner en efficacité et à moins me fatiguer. Les résultats sur les patients sont rapides et durables, et tout simplement surprenants. Il permet de proposer une prise en charge en décubitus dorsal à des personnes obèses ou insuffisants respiratoires. C'est un appareil de physio hors norme qui rencontre un super accueil auprès de mes patients. Il soulage autant les patients que leur kiné, surtout ceux qui exercent depuis de longues années... »



Serge Tchakmichian - La Valette du Var (83) - Tel: 04.94.20.57.24

Les ODP m'ont aidé à changer mon organisation de travail. Les résultats sont excellents et les patients sont demandeurs. Je m'en sers pour soulager les douleurs mais aussi pour du relâchement musculaire sur des personnes stressées ou encore du renforcement musculaire sur les personnes à faible mobilité. J'ai pu moimême retrouver un meilleur rythme de travail. Je suis aussi moins stressé. Et je ne vous cache pas que le mode mains-libres constitue un bon complément de revenus.



Jean-Philippe Piacentini - St Marcellin (38) - Tel: 04.76.36.12.73

« Les Ondes Dynamiques Profondes constituent un excellent complément dans la prise en charge de mes patients douloureux du rachis. J'utilise beaucoup les ODP: entre 10 à 15 patients par jour. Cela me décharge bien car je fais de très grosses journées de travail. Je l'utilise souvent combinée avec un imoove (6 séances ODP suivies de 6 séances sur la plateforme de rééducation) et j'obtiens de très bons résultats. »



Simon Maschino - Morschwiller-le-Bas (68) - Tel: 03 89 43 86 03

« J'ai 60 ans, et comme je fais de grosses journées de travail, j'avais besoin d'un outil comme les ODP pour me seconder efficacement et me soulager au quotidien. Les résultats sont très intéressants d'un point de vue thérapeutique, et les patients adhèrent. Tout le monde s'y retrouve. Je l'utilise sur une moyenne de 10 patients par jour. »



Fabienne FREIN - Acigné (35) - Tel : 02.99.62.54.05

« J'utilise les ODP Stimawell sur l'ensemble de mes patients lombalgiques, les personnes âgées ou à mobilité réduite. En général, je fais des protocoles de 6 à 10 séances, le plus souvent en séances combinées avec des mobilisations manuelles ou parfois en séances seules. Les patients sont soulagés et satisfaits. Ils apprécient le confort des ondes et la chaleur de la natte. Cela me permet de mieux m'organiser, d'avoir de meilleurs résultats avec mes patients et donc de gagner du temps. »



FORMEZ-VOUS!

DÉVELOPPEZ VOS COMPÉTENCES

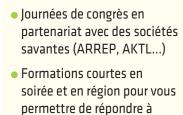


L'INK vous accompagne tout au long de votre évolution professionnelle pour vous permettre de développer de nouveaux outils et savoirs-faire, de renforcer vos compétences, et de consolider votre expertise.







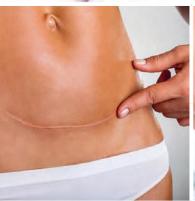


l'obligation de formation, même si le temps vous

manque

• Possibilité de prise en charge FIF PL ou DPC en petits groupes sur 1, 2 ou 3 jours Programmes longs certifiants

Nos formats











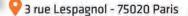
pour répondre au plus près à vos attentes, l'INK enrichit chaque année son offre de formations :

- Thérapie manuelle : neurodynamique, neuro-musculo-squelettique, D.U. TMO, tissus conjonctifs (fascias)
- Dry needling puncture sèche
- Kinésithérapie du sport : CECKS, Taping, genou, cheville, épaule, réathlétisation
- Rachis: lombalgies, dorsalgies, cervicalgies
- DLM et cancer du sein, cicatrices
- Pelvi-périnéoloogie enfant, femme, homme
- Techniques posturales : chaînes musculaires GDS, Mézières, gym holistique, yoga postural
- Prévention Éducation thérapeutique du patient (ETP)
- Kiné respiratoire enfant, adulte, BPCO
- Rééducation maxillo-faciale
- Pathologies d'équilibration Personnes âgées EHPAD
- Neurologie : AVC, maladie de Parkinson
- Bilans: BDK, échoscopie
- Douleur SDRC (algodystrophie)





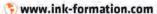


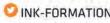




INK-FORMATION

🔀 secretariat@ink-formation.com 👣 www.ink-formation.com 🚨 INK-FORMATION







Les chaînes musculaires et articulaire Méthode GDS

7 sessions de 3 jours

Le travail sur les chaînes musculaires propose de permettre l'individualisation des traitements en fonction du moment et du terrain présentés par le patient. Pour ce faire, le stage vise à faire reconnaître les différentes chaînes musculaires sous les angles de la biomécanique, du psychocomportemental et des tests pour chaque chaîne, pour établir les bilans et les stratégies de traitement qui en découlent.

Concept Sohier

Thérapie manuelle

et kinésithérapie analytique

4 sessions de 3 jours

• Acquérir une méthodologie d'analyse

des conséquences des dysfonctions

référence aux raisonnements cliniques

mécaniques des articulations, en

• Maîtriser les techniques spécifiques

d'examen de détection des désordres

techniques de stabilisations spécifiques.

· Maîtriser les gestes de mobilisations articulaires et les

3 675 € (prise en charge FIF PL)



Kinésithérapie du golf

6 sessions de 2 jours

- Mise en place d'une formation professionnelle spécifique de kinésithérapie du golf, formation labellisée INK en collaboration avec la Fédération française du golf;
- enrichir un réseau de kinésithérapeutes formés à la prise en charge préventive et curative des pathologies et problématiques spécifiques du golf. Ceci doit aboutir à un maillage territorial plus fin de professionnels compétents pour l'ensemble de nos pratiquants;
- puiser dans ce vivier de nouveaux kinésithérapeutes pour l'encadrement des équipes de France, des Mérites interrégionaux, des Mérites de ligue, ceci en synergie avec l'Association Française des Kinésithérapeutes/Ostéopathes du Golf (AFKOG).

2 340 € (prise en charge FIF PL)



L'épaule dans tous ses états

2 sessions de 3 jours (3 jours en FIF PL et 2 jours en DPC)

> Épaule dégénérative De la tendinopathie à la rupture de coiffe : rééducation et chirurgie

Tendinopathie, bursite, calcification, rupture de coiffe, prothèses, capsulite rétractile, fractures, épaule instable, syndrome du défilé thoraco-brachial et échoscopie

1 246 € (prise en charge FIF PL et DPC)

Dry needling conforme au nouveau programme validant

4 sessions - 9 jours

Le programme se base sur les recommandations des experts pour le traitement des points trigger myofasciaux par le *Dry needling*. **Pré-requis :** une session de 2 jours (15 h) en techniques manuelles des points trigger myofasciaux.

2 400 € (prise en charge FIF PL)

et mécano-biologique

articulaires



1 800 € (prise en charge FIF PL)



+ Par Frédéric Pfeferberg, préparateur physique diplômé du CESA et en nutrition de l'Université Paris V

Entretien avec un homme de goût

Karim Djekhar, expert ou « créateur de saveurs » comme il se qualifie lui-même, est né dans une famille du nord-est de l'Algérie qui possédait des oliveraies. Arrivé très jeune à Menton, il parvient à convaincre le propriétaire de l'huilerie locale (fondée en 1896) de le prendre comme stagiaire. Il y apprend tout de l'huile d'olive, de l'aspect commercial à la production en passant par la sélection. Puis, il y a dix ans, il devient propriétaire de l'huilerie avec ses frères.

Sa passion pour le produit, doublée de son amour pour la restauration, l'ont conduit à prendre contact avec Mauro Colagreco, chef étoilé au Mirazur, à Menton, pour ajouter à ses gammes d'huiles traditionnelles une huile d'olive aux citrons de Menton.

« À un jeune qui souhaiterait devenir oléologue, je dirais que la meilleure formation, c'est d'aimer la nature. Pour faire ce métier, il faut avoir le goût du contact avec la terre et avec les producteurs. »

Pouvez-vous nous parler de votre expérience ?

Elle touche mon identité, mes grands-parents m'ont fait baigner dedans par leurs terres agricoles en Algérie. De stagiaire à directeur d'établissement, l'huile est le lait maternel.

Ouel est votre savoir-faire ?

Création et préparation sont des signatures, un mélange du patrimoine et des épices, donnent une identité propre à chaque huile.

Une partie de votre secret de fabrication ?

Il y a macération, puis chauffage à moins de 40° comme les agrumes. La magie de la nature fait le reste.

Si vous aviez un voeu, lequel serait-il?

Voir autant de flacons d'huiles d'olives en cuisine que de casseroles.

Mais ce n'est pas difficile de garder la ligne, quand on aime la bonne chère ?

Non, car il faut manger de tout, en quantité raisonnable...



« Dans une dégustation, il est important d'évaluer l'ensemble et de voir s'il existe une harmonie entre les arômes et les saveurs. Elles seront équilibrées ou déséquilibrées. »

Karim Djekhar (à droite, avec Mauro Colagreco, chef étoilé au Mirazur). Huilerie Saint-Michel, à Menton, mais aussi à Paris depuis peu, 45 rue du temple Paris.

huilerie-saint-michel.com



PROMOTAL PHYSIO

ERGONOMIE

TABILITÉ

QUALITÉ

Nous accompagnons vos projets

Livraison / Installation Conseil 5 Concept Stores en France

WWW.PROMOTALPHYSIO.COM Service Clients FRANCE 01 46 17 06 23 ERNÉE

ENTREPRISE

FYZÉA : lance FYZ'ENTREPRENDRE KINÉ

« 1^{er} accompagnateur de succès à la création de vos cabinets de A à Z »

En 2018, FYZÉA 1er concepteur de cabinets Kinés, va encore plus loin, et vous apporte un service complet et une véritable expertise pour vous accompagner au succès ©.

Toujours dans l'objectif de vous rendre Heureux, nous avons dans la nouvelle édition du Catalogue 2018, un panel de services et produits nouveaux concernant l'installation de vos cabinets.

Plus que de l'Installation, nous allons parler d'un véritable accompagnement dans toutes les étapes de la création de vos Entreprises Kinés.

UN ACCOMPAGNEMENT À LA CRÉATION DE A À Z : POURQUOI ?

Depuis 2009, créateurs d'entreprises et membres bénévoles du Réseau Entreprendre, l'équipe est quotidiennement inspirée par le monde de l'entreprise. Naturellement, nous avons réalisé la transposition de nos expériences vers vous, et nous nous sommes positionnés comme 1er concepteur de Cabinets Kinés.

En 2018 nous montons une marche supplémentaire dans l'accompagnement avec le lancement d'un vrai service complet qui va du business plan à l'ouverture du cabinet, de la communication en passant par la projection intérieure et extérieure jusqu'à l'installation et le suivi des projets.

Le Leitmotiv du concept FYZ'ENTREPRENDRE KINÉ reste votre SATISFACTION ©.

COMMENT?

FYZÉA vous propose une palette de services à choisir selon vos besoins et ainsi vous aider dès la naissance de votre projet. Nous anticipons ensemble, nous écoutons, nous planifions...

Le cabinet Kiné devient une véritable Entreprise et c'est pourquoi ce concept est indispensable aujourd'hui et vise à atteindre un succès optimal et le plus rapidement possible.



UNE ANTICIPATION À TOUS LES NIVEAUX :

- La gestion
- La communication
- L'image/La signalétique
- · L'agencement/l'implantation
- La décoration/la Tendance
- La projection
- L'environnement
- · L'équipement matériel
- · Votre satisfaction et celle de vos clients

FYZÉA est votre interlocuteur privilégié dans toutes ces étapes, et sa tribu se fera un plaisir immense d'avancer avec vous.

UNE PHILOSOPHIE À PARTAGER

Etant eux-mêmes entrepreneurs, l'équipe FYZÉA aime à partager et à faire partager ses expériences réussies et celles moins réussies.

Avec une vraie vision optimiste et bienveillante, FYZÉA souhaite être un acteur différenciant dans vos futurs développements de projets de création.

Le livret FYZ'ENTREPRENDRE KINÉ est disponible pour vous aider et vous en dire plus sur le sujet : 40 pages pour vous proposer cette « armoire à tiroirs » emplie de solutions.

Ce service a été par Mr Février, Kiné au Perreux/Marne, qui a fait appel à FYZÉA pour l'installation complète et la projection de ses nouveaux locaux : c'est le service FYZ'VISION qui est entré en scène.

UNE VISION RÉALISTE DU CABINET DE MR FÉVRIER EN IMAGE :



Dans cet exemple découvrez une projection réaliste, une harmonie, une image, et le tout totalement personnalisé et adapté à ses locaux.

« Du virtuel à la réalité, le succès assuré pour un kiné heureux ☺ »



CONTACT

BP 289 - 98 rue Jacques-Yves Cousteau 85007 La Roche-sur-Yon cedex Tél. 02 51 94 11 59 – bonjour@fyzea.fr Elsevier Masson

ABONNEZ-VOUS À

Kinésithérapie la revue!



Kinésithérapie la revue, c'est :

- le contenu le plus complet, rédigé par des kinésithérapeutes,
- une information immédiatement exploitable, au cœur de votre pratique.
- La 1^{re} revue francophone paramédicale à être indexée dans une base de données internationale!

Rédacteur en chef: Michel Gedda

Rédacteurs en chef adjoints : Matthieu Guémann

et Dominique Monnin

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

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

Date et signature :

BULLETIN D'ABONNEMENT 2018

12 numéros par an

DE VOTRE ABONNEMENT

À RETOURNER OU À FAXER À ELSEVIER MASSON : SERVICE CLIENTS - 65 RUE CAMILLE DESMOULINS 92442 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX FRANCE

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

TARIFS TTC FRANCE 2018 Offre Papier + Numérique

> **Particuliers** Abonnement d'1 an

Paiement 167 €* comptant

Paiement 13,91 € / mois* échelonné

> Étudiants Abonnement d'1 an

Paiement comptant

95 €*

* Offres réservées aux nouveaux abonnés particuliers ou étudiants valables jusqu'au 31 décembre 2018.

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.

uonnees a des nns 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

65 rue Camille Desmoulins - 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex.

→ Je choisis mon mode de règlemen

☐ Je choisis le paiement comptant :

☐ Chèque bancaire ou postal (à l'ordre de Elsevier Masson) ☐ Carte bancaire : ☐ Visa ☐ Eurocard / Master Card

☐ Je choisis le paiment échelonné :

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

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

– 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

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER · ☐ Mme ☐ Mlle ☐ M Adresse: CP: | | | |

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

Date et signature Code International d'identification de votre banque – BIC : ■ récurrent/répétitif □ ponctuel

ELSEVIER MASSON SAS
65 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 :

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

+ Par Frédéric Pfeferberg, préparateur physique diplômé du CESA et en nutrition sportive université Paris V

La récupération et le repos du sportif



Un entraînement en force va nécessiter une intensité très élevée

Equilibre subtil entre travail et récréation

Au cours de chaque entraînement, de chaque compétition, l'athlète fait subir à son corps des traumatismes, une dépense énergétique, et des efforts musculaires qui ont des conséquences le plus souvent réversibles, mais qui réclament un suivi adapté autant en terme de nutrition, d'hydratation que de repos et de soins.

L'intérêt du compétiteur, est de répéter un maximum de gestes, de se mettre dans les conditions souvent extrêmes, afin que le corps s'adapte et sache gérer des efforts maximums. En fonction du type de sport pratiqué et du moment dans la préparation, des filières utilisées, il conviendra de mettre en équation les temps de repos, inhérents à l'entraînement, ainsi que les repos compensateurs en dehors des entraînements, à savoir sieste et sommeil de la nuit.

Tout cela a un intérêt, puisque le repos qui suit la phase de travail va agir sur la fréquence cardiaque, le débit sanguin, la capacité respiratoire, et la température thermique.



La récupération confine parfois à la récréation

Liz@med

Premier catalogue en ligne de financement d'équipements médicaux neufs, Liz&med s'adresse exclusivement aux professionnels de santé.



sûr & autonome



simple & facile



efficace & rapide





Table Traction Triton 3-M 2 roues

À PARTIR DE

42€ TTC / mois

CRYOTHÉRAPIE



POWERPLAY®

À PARTIR DE **46€ TTC / mois**

ARTHROMOTEUR GENOU



SPECTRA KOMPANION

À PARTIR DE 123€ TTC / mois

ONDE DE CHOC



INTELECT® HPL7 (7W)

À PARTIR DE 167€ TTC / mois

CRYOTHÉRAPIE



ICE CT avec bras

À PARTIR DE 191€ TTC / mois

PACK CRYO ET ONDE DE CHOC



Pack Onde de choc Enpuls 2 + Cryo 6

À PARTIR DE 307€ TTC / mois

ÉCHOGRAPHE



E-CUBE i7

À PARTIR DE 338€ TTC / mois

4

www.lizemed.com

Optez pour le financement de votre matériel professionnel. LLD, Crédit-Bail & Sur-mesure

> Appelez-nous au 05.40.54.37.95

contact@lizemed.com

+ Par Frédéric Pfeferberg, préparateur physique diplômé du CESA et en nutrition sportive université Paris V

Une indication capitale pour le staff d'un athlète

Apprendre à gérer travail puis récréation, puis récréation au travail, va avoir des conséquences indispensables sur la qualité de l'entraînement, et la durabilité de l'athlète sur le long terme.

Un suivi médical adéquat va permettre au staff de l'athlète (préparateur physique, entraîneur, kiné...) de se connaître lui-même, d'emmagasiner les charges de travail, et la performance durant l'effort, et d'atteindre le niveau escompté.

Prenons l'exemple du sportif qui pratique la musculation en salle de remise en forme.

Trois catégories d'entraînement, à savoir :

- la force
- le volume
- la masse

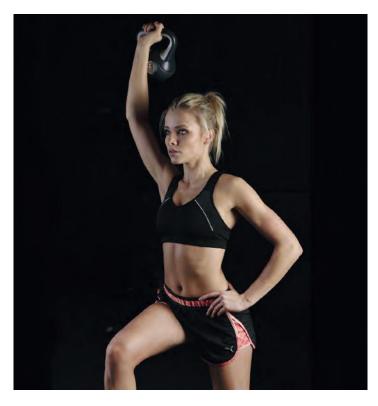
La force va nécessiter une intensité très élevée, avec des temps de repos supérieurs à trois minutes et inférieurs à sept minutes pour permettre à l'ATP de se reconstituer.

Le volume ou hypertrophie sarcoplasmique, a des temps de récupération entre une minute 30 et deux minutes pour permettre à l'ATP de se reconstituer ainsi qu'au glycogène musculaire.

La masse musculaire ou hypertrophie myofibrillaires, a des temps entre deux minutes et deux minutes 45, car on est à la lisière de la force sur des intensités entre 75 et 85% de la force maximum.



La récupération intègre de plus en plus des moments de méditation



Apprendre à gérer travail puis récréation, puis récréation au travail, va avoir des conséquences indispensables sur la qualité de l'entraînement, et la durabilité de l'athlète sur le long terme

Tous les sportifs ne sont pas égaux devant le repos

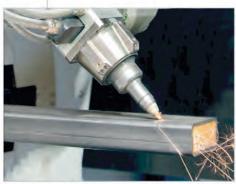
Le repos du sportif ne rend pas chacun égal devant les lois de la nature. En effet, si les règles générales préconisent en fonction de l'âge un repos nocturne équivalent chez un adulte à 8h par nuit, cela est bien général est peut-être réducteur. Certains dormiront plus, d'autres moins, n'oublions pas de prendre en considération le phénomène du stress post compétition, tout ceci ajouté une sieste quotidienne, Des jeux sur Smartphone ou console des fois la nuit, le travail du staff sera de veiller à l'état de forme générale et peut-être de s'inquiéter en cas de blessure ou de fatigue non normale. Sophrologie, relaxation, stretching, hydratation, alimentation équilibrée, toutes ces considérations mèneront à un rendement optimum du sportif, mais aussi à sa longévité.

En conclusion, le repos, le sommeil, mais surtout l'hygiène, sont autant à prendre en considération pour le sportif de haut niveau, que pour Monsieur et Madame tout le monde. Il est vrai qu'une carrière de sportif de haut niveau demeure assez courte sur l'échelle de la vie, la pratique sportive, elle, reste à pratiquer toute l'existence. Prenons soin des règles élémentaires de vieillissement en bonne santé et gardons à l'esprit que le repos est constructeur.



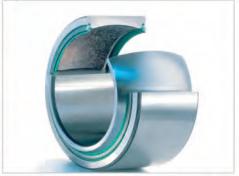
Les meilleures caractéristiques, à la hauteur de vos besoins.





Finitions de rêve

Coupe et soudure par technologie laser en obtenant des finitions parfaites.



Fonctionnalité et fluidité à votre portée

Douilles autolubrifiants, engrenages et micromécanismes haut de gamme.



Composants nouvelle génération

Qualité, fonctionnalité et durabilité maximale de nos composants.

TECHNIQUE

+ Par Dr Nicolas Tarissi, Chirurgien orthopédiste et traumatologue

LA CRYOTHÉRAPIE SPORTIVE ET LA RÉCUPÉRATION DES LÉSIONS MUSCULAIRES



INTRODUCTION

La cryothérapie est depuis de nombreuses années reconnue, notamment dans le milieu sportif, afin de favoriser la récupération des lésions musculaires. Par extension, des applications en post opératoire de chirurgies diverses se sont progressivement développées afin d'optimiser la prise en charge des patients sur le plan des douleurs en optimisant la récupération de l'œdème et des contractures musculaires(1).

Le contexte actuel nous pousse à optimiser la récupération post opératoire afin de raccourcir les durées de séjour, d'arrêt de travail et d'indisponibilité dans les pratiques sportives.

La cryothérapie fait partie de ces thérapeutiques. Elle module la réponse douloureuse médullaire, modifie l'afflux sanguin sur la zone concernée et optimise la consommation d'oxygène(2–4).

APPLICATION A L'ÉPAULE

L'optimisation des douleurs et de la récupération prend tout son sens après une chirurgie de l'épaule afin de rendre la convalescence plus confortable. La cryothérapie a montré de bon résultats pour réduire la douleur post opératoire immédiate dans le cadre de gestes divers telles que les réparations de la coiffe des rotateurs ou les arthroplasties(5,6).



Speer et al (6), en 1996, retrouvaient déjà une amélioration significative des signes post opératoires chez 25 patients opérés de l'épaule (coiffe, instabilité, prothèse) comparativement à 25 patients sans cryothérapie. La rééducation paraissait plus facile avec moins de douleurs et une amélioration plus rapide des mobilités passives.

CRYOTHÉRAPIE ET COMPRESSION

Parallèlement, la contention/compression est régulièrement utilisée dans le cadre d'une amélioration de l'œdème après un traumatisme. Certains auteurs ont voulu comparer l'usage isolé de la cryothérapie versus cryothérapie compressive en post opératoire des arthroscopies d'épaule. Kraeutler et al (1) ont randomisé 46 patients en deux groupes cryothérapie isolée/cryothérapie compressives. Les deux populations ont été globalement améliorées sur le plan des douleurs mais ils n'ont pu mettre en évidence de différence significative.

Malgré tout, l'usage au moins isolé de la cryothérapie paraît être légitime devant la simplicité de mise en place et son coût modeste, dans une méta analyse de Dickinson et al (7). Les modalités de la compression doivent cependant être affinées.

ATTELLES DÉDIÉES

Il existe sur le marché de nombreuses attelles de « cryothérapie ». Les modalités d'administration du froid sont malgré tout hétérogènes et il convient d'apprécier correctement la qualité des poches de cryothérapie et de leur gel.

L'épaule pose un problème parfois complexe puisqu'il est souvent nécessaire d'y associer une immobilisation de protection (réparation de coiffe par exemple). Certaines attelles sont très performantes pour la cryothérapie post opératoire mais inadaptées pour une immobilisation prolongée parfois jusqu'à 45 jours (type GAME READY®).

D'autres, comme l'attelle IGLOO® (ISO), permettent d'associer une immobilisation coude au corps à de la cryothérapie compressive. La modularité de ces attelles procure un certain confort au patient qui va pouvoir ajuster la contention au délai post opératoire et à sa symptomatologie. La compression, même si, pour le moment, ne peut être retenue scientifiquement comme atout indéniable, permet d'ajuster l'attelle afin d'optimiser le maintient du membre supérieur, sans pour autant utiliser des attelles inconfortables type coussin d'abduction.



CONCLUSION

L'usage de la cryothérapie de manière conjointe aux traitements médicamenteux est d'une aide certaine dans la gestion post opératoire d'une chirurgie de l'épaule sur le plan des douleurs et de la récupération. Les modalités précises d'administration de la cryothérapie ne sont pas bien codifiées et relèvent du retour d'expérience de chacun, dans le respect global du concept physiologique de la cryothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

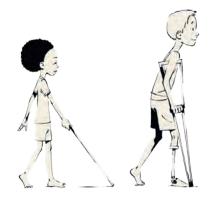
- Kraeutler MJ, Reynolds KA, Long C, McCarty EC. Compressive cryotherapy versus ice-a prospective, randomized study on postoperative pain in patients undergoing arthroscopic rotator cuff repair or subacromial decompression. J Shoulder Elbow Surg. 2015 Jun;24(6):854–9.
- Yamamoto S, Yamaguchi H, Sakaguchi M, Yamashita S, Satsumae T. Preoperative droperidol improved postoperative pain relief in patients undergoing rotator-cuff repair during general anesthesia using intravenous morphine. J Clin Anesth. 2003 Nov:1517):525–9.
- Butler DL, Juncosa-Melvin N, Boivin GP, Galloway MT, Shearn JT, Gooch C, et al. Functional tissue engineering for tendon repair: A multidisciplinary strategy using mesenchymal stem cells, bioscaffolds, and mechanical stimulation. J Orthop Res Off Publ Orthop Res Soc. 2008 Jan;26(1):1–9.
- Boyraz I, Oktay F, Celik C, Akyuz M, Uysal H. Effect of cold application and tizanidine on clonus: clinical and electrophysiological assessment. J Spinal Cord Med. 2009;32(2):132–9.
- Singh H, Osbahr DC, Holovacs TF, Cawley PW, Speer KP. The efficacy of continuous cryotherapy on the postoperative shoulder: a prospective, randomized investigation. J Shoulder Elbow Surg. 2001 Dec: 10(6):522–5.
- Speer KP, Warren RF, Horowitz L. The efficacy of cryotherapy in the postoperative shoulder. J Shoulder Elbow Surg. 1996 Feb;5(1):62–8.
- Dickinson RN, Kuhn JE, Bergner JL, Rizzone KH. A systematic review of cost-effective treatment of postoperative rotator cuff repairs. J Shoulder Elbow Surg. 2017 May;26(5):915–22.
- 8. Hollman F, Wolterbeek N, Zijl JAC, van Egeraat SPM, Wessel RN. Abduction Brace Versus Antirotation Sling After Arthroscopic Cuff Repair: The Effects on Pain and Function. Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc North Am Int Arthrosc Assoc. 2017 Sep;33(9):1618–26.
- Mollison S, Shin JJ, Glogau A, Beavis RC. Postoperative Rehabilitation After Rotator Cuff Repair: A Web-Based Survey of AANA and AOSSM Members. Orthop J Sports Med. 2017 Jan;5(1):2325967116684775.



Association de Solidarité d'intérêt général des Rééducateurs en Mouvement FORMER POUR MIEUX SOIGNER









Lorsque vous achetez un article Kinés du Monde, vous participez au développement humanitaire.

Plus qu'un produit, un SOUTIEN!







<u>a</u>	fai	ic	LID		on		6
	ı	13	UII	u	UII	u	C

* les dons quel que soit leur montant sont acceptés et ouvrent droit à l'avantage fiscal prévu à l'article 199 du CGI pour lequel un reçu fiscal sera adressé

om:.....Prénom

Code postal: Ville:

Tel: E-mail:

Déduisez de vos impôts 66% de votre don, dans la limite de 20% de votre revenu imposable.

Exemple : un don de 50€ vous revient à 17€ après déduction fiscale.

Les informations recueillies sont nécessaires pour la reconnaissance de votre statut de «membre-bienfaiteum». Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : Kinésithérapeutes du Monde, 5 rue Federico Garcia Lorca, 38100 Grenoble.



> 03 88 59 89 59



MODUL XI

NOUVEAU





demandez le catalogue 2018-2019



Renseignements: 06 84 98 63 72 - 06 82 57 88 15 www.kinesiotaping-france.fr + Par Pascal Turbil



Le premier centre de cryothérapie corps entier (CCE) en chambre cryogénique vient d'ouvrir ses portes à Bordeaux. Son fondateur, Claude Serre fait figure de pionnier dans la région. Il mise aussi bien sur les sportifs que sur les vertus médicales de la cryothérapie pour développer son centre.

Norkapp est né de la double passion de son fondateur, Claude Serre. Celle du sport allié à la performance sportive et celle de la recherche holistique du bien-être psychique et physique. Tout cela, grâce aux dernières avancées dans le domaine de la cryothérapie. Le nom Norkapp sonne nordique. Il rappelle à Claude Serre sa voile de kite et les sensations fortes. Echo du Cap Nord, point de repère géographique marqué d'un globe terrestre au nord de la Norvège, pointe extrême de l'Europe. C'est également une référence à l'horizon maritime et terrestre froid et infini. Univers des pionniers et des défis à l'image des avancées thérapeutiques liées à la cryothérapie. Mais aujourd'hui, c'est surtout une adresse. Le rendez-vous du grand froid dans un pays (Bordeaux) où il fait plutôt chaud. Récemment installé dans le quartier de Bassins à Flot, lui aussi tourné vers l'avenir : « Notre établissement participe à

l'évolution du quartier historiquement maritime. La diversité et la richesse de son passé et de son avenir sont pour nous garants d'une identité bien trempée. » C'est pourtant loin de Bordeaux et de ses quartiers chargés d'histoire que Claude Serre découvre la cryothérapie : « C'était lors d'un congrès européen de rhumatologie à Wiesbaden, en Allemagne. Un professeur japonais, le dr Yamauchi, y présentait la cryothérapie corps entier (CCE) pour la première fois. A ses débuts, la CCE était développée afin de traiter des patients atteints d'affections rhumatismales. Rapidement, son application s'étend au domaine sportif où la diminution des douleurs et l'amélioration notable de la récupération musculaire se font remarquer. Aujourd'hui, elle est adoptée par toute une patientèle dans les pays de l'Est, scandinaves, anglo-saxons et en Allemagne où ses bienfaits y sont amplement reconnus. »



Trois types de cryothérapie

Il existe trois types de cryothérapie. Premièrement la chambre cryogénique, composée d'une, deux ou 3 chambres. Le corps est exposé en immersion totale à de basses températures. Le froid est intense, mais sec. Cela fait toute la différence du point de vue du ressenti.









 un magazine, un site et une appli alimentés chaque jour

Kiné actualité, c'est :

- > une info complète fiable et utile
- une rédaction professionnelle et réactive
- l'actu décryptée et commentée pour vous accompagner dans vos pratique et vos réflexions





sur tablette et smartphone

Feuillete:

Appli iOS et Android



Rencontrez les pratiques de demain :

- Échanges et innovations
- > Supports vidéo
- Èvaluations de nos pratiques professionnelles
- Contribution d'experts français et étrangers reconnus





BÉNÉFICIEZ D'UN ACCÉS ILLIMITÉ À TOUTES LES ARCHIVES EN LIGNE KA ET KS.

Abonnez-vous sur maisondeskines.com

+ Par Pascal Turbil



ATTENTION AUX CONTRE-INDICATIONS

- Mineurs de moins de 16 ans
- Hypertension artérielle non contrôlée
- Infarctus du myocarde de moins de 6 mois
- Insuffisance respiratoire
- Syndrome de Reynaud
- Insuffisance circulatoire
- Angine de poitrine
- Pacemaker
- Artériopathies de stade 3 ou 4

- Thrombose veineuse profonde
- Infection respiratoire aiguë
- Colique néphrétique
- Anémie profonde
- Allergie au froid
- Infection cutanée aiguë, bactérienne ou virale
- Infection profonde aiguës
- Prise de stupéfiants ou d'alcool
- Grossesse supérieure à 3 mois



L'immersion dure 3 minutes, assez longtemps pour déclencher la réaction physiologique de thermorégulation, le choc thermique. Les bienfaits vont des effets antalgiques, anti-inflammatoires, anti-oedémateux, antioxydants, à la stimulation du système immunitaire et à la sécrétion d'endorphines. Le choc thermique recherché entraîne la stimulation du système nerveux sympathique (situé dans le cerveau) et la réaction du système neuroendocrinien. La chambre cryogénique est totalement électrique et ne fonctionne pas à l'azote.

La deuxième formule s'appelle le cryosauna ou caisson. Il permet de pratiquer la cryothérapie partielle par l'azote. Le corps est immergé en partie, jusqu'aux épaules. La tête reste en dehors du caisson. Puis vient enfin la cryothérapie locale et la cryolipolyse. Il s'agit de techniques d'application du froid sur une zone définie du corps à l'aide d'un spray, d'une poche réfrigérée ou d'un appareil spécifique. Elle permet de diminuer les douleurs et d'augmenter les effets vasomoteurs sur une zone ciblée.

Le froid qui fait du bien

Dans tous les cas et quelle que soit la formule, le froid produit des effets bénéfiques. Tout le monde conserve en tête l'image de ces rugbymen dans les poubelles pleines de glace qui -activaient leur récupération après un match. Ca c'était avant... La récupération post-effort a d'ailleurs été la porte d'entrée de la cryo chez les sportifs. Ils s'en servent désormais pour améliorer leurs performances; diminuer la fatigue et les courbatures. Mais les études médicales qui ne cessent de paraître apportent d'autres applications qui intéressent les sportifs, mais qui s'adressent à une clientèle plus large. D'où l'idée d'ouvrir un centre de cryothérapie en ville, avec pignon sur rue. Côté santé, les applications s'étendent sur une palette élargie : contusion musculaire ; activation du système immunitaire; complémentarité avec la rééducation; amélioration de la spasticité musculaire ; diminution des douleurs aiguës articulaires ou musculaires; diminution des douleurs chroniques ; diminution des rhumatismes inflammatoires; traitement des tendinopathies ; traitement secondaire ou complémentaire dans la spondylarthrite ankylosante, sclérose en plaque, polyarthrite, etc. Actions sur la fibromyalgie ; l'eczéma ; le psoriasis ; la neurodermite... On vient de lui découvrir (toujours selon des études

scientifiquement validées) des effets bénéfiques sur le stress ; le burn-out ; l'anxiété ; la dépression ; les troubles du sommeil ; le jet-lag et même la migraine et les acouphènes.

Un centre dans l'esprit nordique

Aucun doute lorsque l'on pénètre chez Nordkapp. Le lieu ressemble bien à son nom. Zen, design clair et dépouillé que le « patron » désigne comme des locaux hygge (qui pourrait signifier « bien-être » en danois). Au programme de cette expérience : une entrée, une salle de consultation, un bureau, 4 vestiaires, une salle de détente et la salle de cryothérapie avec chambre cryogénique. Le traitement se suit seul ou accompagné en réservant des séances en famille, entre amis ou en équipe. Il est possible de privatiser l'endroit, ou de distinguer des créneaux pour les hommes ou pour les femmes. La salle « corps entier », de la marque allemande Mecotec, peut accueillir jusqu'à trois personnes. Côté encadrement, la séance se déroule sous la supervision d'une infirmière diplômée d'État (DE). Elle est formée aux techniques de la cryothérapie, comme l'ensemble du personnel de Norkapp. Elle veille notamment à ce que le client se plie aux recommandations d'usage : épiderme





sec (pas de transpiration, pas de douche au préalable). Pas de mouvements amples et rapides dans la chambre. Cette simple précaution permet de supprimer tout flux d'air pouvant accentuer la sensation de froid. Il est par ailleurs conseillé de marcher tranquillement ou bouger de manière modérée en toute tranquillité. La séance s'effectue en maillot de bain (slip, boxer, brassière de sport, maillot deux pièces de préférence pour les femmes). Attention, la tenue doit impérativement être sèche lors de la séance. Sur place, le centre met à disposition : un peignoir, un bandeau, une paire de gants et de chaussures pour protéger les zones les plus sensibles. Une fois dans la chambre cryogénique, le client est exposé pendant 3 minutes à une température d'environ - 85 °C. Elle est idéale pour déclencher le choc thermique recherché. Et les bienfaits du froid sont proposés en musique. A la sortie de la chambre, une sensation de bien-être envahit le corps du client, comme en témoigne Fred, surfer bordelais et nouvel adepte et convaincu dès la première séance : « C'est impressionnant, je suis venu ici pour tester la formule et je m'en vais avec un abonnement. Je suis convaincu par les effets dès la première fois. Mais je m'aperçois de l'ensemble des effets depuis quelques semaines. Je récupère bien mieux après les efforts que me demande le surf. J'ai par ailleurs entamé une préparation physique à base de CrossFit. Une discipline exigeante, surtout quand on approche des 50 ans. Mais là encore, avec une bonne alternance des deux, je supporte tous ces efforts beaucoup mieux. Je me sens même beaucoup plus « fit » lorsque je prends la planche. » Même son de cloche chez Clément, coureur à pied : "J'ai décidé de faire une cure de 15 séances pour m'aider à mieux me préparer physiquement à la course. Un atout efficace, j'en suis extrêmement satisfait! Vivement conseillé. » Claude Serre explique que ces effets immédiats sont dûs aux endorphines relâchées. Il ajoute que pour optimiser une séance il convient de bien s'hydrater : « Elle permet d'éliminer les toxines et déchets du corps. » Sur place l'équipe propose, au choix, des boissons chaudes ou froides.

Aux manettes

En dehors de son président Claude Serre, ancien sportif « extrême » passé par le management en hautes technologies, le centre compte une infirmière, Justine Ripoche (DE) et un kinésithérapeute, Meryl Manoukian, (DE). Tandis que Donatella Montinaro : traductrice, terminologue, rédactrice est responsable rédaction web et réseaux



Côté prix, la séance découverte 1 personne : $49 \in -2$ personnes : $90 \in -2$ personnes

www.norkapp.com



Elite Médicale Promokiné

a direction@elitemedicale.fr Importateur France Human Tecar®

PromoKiné

Les hommes qui ont fait la kinésithérapie René Morice, un précurseur

Parmi ceux et celles auxquels la Kinésithérapie doit le plus, il faut à coup sûr placer au tout premier plan René Morice.

Il fut l'un des principaux acteurs de l'histoire de la Kinésithérapie et sans doute le premier de ceux auxquels la profession doit son statut et la place qu'elle occupe aujourd'hui.



Il convient de faire une place d'honneur à René Morice pour avoir fait changer le regard porté sur le massage et la kinésithérapie par le corps médical, les pouvoirs publics, les patients et certainement par les kinésithérapeutes eux-mêmes.

Il faut souligner le rôle majeur qu'il a joué, pendant plus de trente ans comme Président de la Société de Kinésithérapie (SDK) et Rédacteur en Chef de la Revue de Kinésithérapie qu'il avait créée en 1936 pour encourager et faire rayonner les travaux et recherches des kinésithérapeutes les plus éminents, tout autant que pour diffuser les connaissances scientifiques médicales ou fondamentales constituant le socle de tous les futurs développements du massage et de la kinésithérapie...

Une place d'honneur lui revient également pour ses travaux personnels, scientifiques et techniques qui ont apporté une contribution essentielle dans les nombreux domaines de ses compétences professionnelles.

On lui doit, notamment, l'évolution du statut de kinésithérapeute

Avec René Morice ont été écrites les plus belles pages de l'histoire de la kinésithérapie, tout particulièrement celles qui relatent les conditions de la métamorphose d'une profession trop mal définie « d'infirmier-masseur », instituée en 1926, en celle de masseur-kinésithérapeute parfaitement définie dans ses attributions et prérogatives grâce à l'obtention de son statut légal, voté au Parlement le 30 avril 1946, et de l'arrêté du 31/12/1947 appliqués depuis 1948.



Sans oublier l'obtention du monopole du massage. Les membres de la Société de Kinésithérapie et leur Président pouvaient à juste titre s'enorgueillir du travail accompli. Jusqu'à l'adjonction au titre de leur nouvelle profession du terme kinésithérapie qu'ils avaient défendu tout autant que le massage.

Participant aux jurys d'examens, depuis celui de 1946 consacrant la formation des nouveaux diplômés d'État de masso-kinésithérapie, René Morice a toujours porté la plus grande attention à la formation des praticiens. Pendant plus de 20 ans siégeant au Conseil supérieur de la Kinésithérapie au Ministère de la Santé publique, il y a été tout particulièrement actif à la commission chargée de l'élaboration des programmes d'études, dont celui du nouveau diplôme d'État dont la première session se déroula en mai 1955. Ce long combat pour la profession qui a vu enfin son premier aboutissement en 1946, René Morice l'a initié en sa qualité de Secrétaire général de l'organisation à Paris du 1er Congrès International de Massage, les 6,7,8 et 9 juillet 1937.

Dans les débats comme dans sa conférence sur « l'Orientation Professionnelle du Masseur » il rejette le titre d'infirmier spécialisé masseur qui, selon lui ne rend compte ni de la diversité des domaines d'intervention du masseur ni de sa fonction thérapeutique ni des connaissances approfondies qu'il doit posséder pour l'exercer.





ZENDOS®

Relaxation Neuro-musculaire



Une profonde relaxation en seulement quelques minutes Favorise la récupération physique et mentale (anti-stress) Mobilise, assouplit et détend le corps



Fonctionnel, compact, au design épuré idéal pour vos soins.





Son vœu de fin de rapport : « supprimer la première année d'infirmerie du masseur, la remplacer par une année de kinésithérapie orthopédique » sera adopté par l'assemblée. Cependant, contrairement à d'autres vœux adoptés lors de cet évènement, le compte-rendu du congrès ne mentionne ni l'enthousiasme ni l'unanimité!

Fondateur de la Société des Kinésithérapeutes (SDK)

Qu'importe, il saura rallier, convaincre et emporter l'adhésion du plus grand nombre, y compris parmi les opposants à son projet d'une profession reconnue et exclusivement consacrée à la masso-kinésithérapie. C'est encore pour les kinésithérapeutes qu'il fera adopter par le Conseil Supérieur de la Kinésithérapie le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-dermatologiste créé par décret du 9 avril 1960. Un diplôme d'État attestant une spécialisation, d'une durée de 15 mois, dont 3 mois de stages en service hospitalier, dans le domaine des soins dermatologiques, uniquement accessible aux titulaires du diplôme de masseur-kinésithérapeute.

Le second volet, scientifique et technique, de l'action de René Morice est capital puisqu'il fonde toutes ses démarches pour faire reconnaître la haute valeur thérapeutique de la kinésithérapie et du massage et la place de ses praticiens dans l'équipe de soins médicaux ou chirurgicaux. C'est pourquoi René Morice crée, en 1936, la Société de Kinésithérapie (SDK), association loi 1901 sans but lucratif, qui prend la relève de l'association des élèves de l'École Française d'Orthopédie et de Massage (EFOM dirigée par le Dr Boris Dolto) dont il est enseignant pour s'ouvrir plus largement à

tous les masseurs de France. L'idée centrale est d'amplifier la diffusion des connaissances scientifiques et techniques auprès du plus grand nombre possible de professionnels et susciter leur désir de partager avec leurs confrères et consœurs les fruits de leurs expériences.

Pour répandre plus largement encore les idées et les travaux de la SDK, en France et à l'étranger, il crée, la même année, la Revue de Kinésithérapie qui deviendra la tribune incontournable pour toucher également le corps médical et les pouvoirs publics. Sous l'impulsion de son président, René Morice, une équipe soudée de kinésithérapeutes - Jacques Dupuis-Deltor, Emma Brevet, Fernand Buhour, Françoise Morice, Hubert Lallery et bien d'autres - organisera et contribuera à une multitude de manifestations et publications scientifiques. Chaque mois une conférence est organisée, le plus souvent à Paris, mais aussi en province, à laquelle au moins un(e) kinésithérapeute et médecin ou chirurgien présente un travail original. Chaque année la SDK organise un symposium ou un congrès scientifique, national ou international, coorganisant de nombreuses autres manifestations en province et à l'étranger, assurant à chaque fois la présentation par ses membres de travaux d'un haut niveau technique et scientifique.

Une profusion de communications parmi lesquelles le comité de rédaction de la Revue de Kinésithérapie sélectionnera celles qui seront publiées dans ses pages, s'ajoutant au riche fonds d'articles qui lui sont soumis spécialement pour publication. En peu de temps, mais beaucoup de travail et d'efforts collectifs tout aussi remarquables que désintéressés, la Société de Kinésithérapie et la Revue de Kinésithérapie auront fait changer d'ère et de dimension le massage et la kinésithérapie.

René Morice (9 juin 1904 - 19 février 1968)

- Infirmier Masseur et Pédicure diplômé d'Etat
- Masseur Kinésithérapeute et Aide Dermatologiste diplômé d'Etat
- Chevalier de la Santé Publique et Chevalier de la Légion d'Honneur
- Membre du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie (1950-1968)
- Conseiller de l'enseignement technique au Ministère de l'Education nationale
- Président fondateur de la Société de Kinésithérapie
- Rédacteur en chef de la Revue de Kinésithérapie

Biographie réalisée par Mme Francoise MORICE et son fils Alain MORICE.

Pour le Physiomuséum Musée de la kinésithérapie (AMK) Président : Alain Garnier

www.museekine.fr

Un praticien très actif

Parallèlement à toutes ses activités, René Morice est luimême un praticien internationalement réputé, toujours prêt à partager ses avancées thérapeutiques par ses conférences et ses écrits. Ses interventions comme ses communications dont il serait vain de tenter d'approcher le nombre ont porté sur de multiples sujets scientifiques et professionnels. On y trouve malgré tout une prédilection marquée pour la thérapie manuelle dont il aura acquis une telle maîtrise qu'elle fera de lui une autorité en la matière. Parmi ses communications à d'innombrables manifestations, on pourra citer :

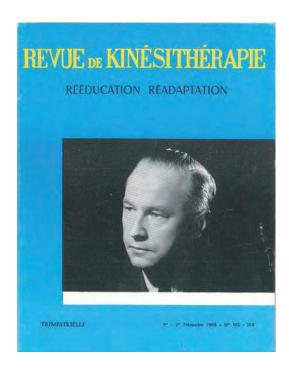
Les vibrations et leurs effets biochimiques - IV^e Congrès de masso-kinésithérapie — Luxembourg 1947

Discours d'ouverture, année d'application légale du statut des masseurs-kinésithérapeutes, comment s'en montrer dignes - II^e Congrès scientifique de la Société de Kinésithérapie – Paris 1948

Substance conjonctive et kinésithérapie - V° Congrès national de masso-kinésithérapie - SDK Paris 1952

Thérapie manuelle des cicatrices - III^e Congrès international World Confederation for Physical Therapy – Paris 1959

La thérapie manuelle dans une paralysie faciale congénitale - XII^e Congrès international de la Fédération européenne des Kinésithérapeutes – Évian 1966.



Une longue liste de conférences qui se poursuit à travers toute l'Europe, Suisse, Belgique, Angleterre... pour y présenter ses travaux et les partager pour la plus grande renommée de la kinésithérapie française.

Ses écrits sont encore plus nombreux, sans même compter plus de trente ans d'éditoriaux trimestriels dans la Revue de Kinésithérapie, pour pouvoir en donner plus qu'un simple échantillon :

Contribution à l'étude des actions physiologiques du massage - Revue de Kinésithérapie 1950

Massothérapie tissulaire - Revue de Kinésithérapie N°54 3°trim. 1955

Massage et kinésithérapie en dermatologie - Revue Internationale de Kinésithérapie N°3 mai 1956

Dans son livre paru en 1963 aux éditions Bailliére - *Thérapie Manuelle - Chirothérapie, Le massage en rééducation fonctionnelle* (http://musee-kine.fr/index.php/bibliotheque/98-massage/1987-le-massage-en-reeducation-foncionnelle). René Morice fait en 230 pages la somme des connaissances, des techniques, buts et effets du massage en kinésithérapie.

Un précis de thérapie manuelle dans lequel il décrit avec la plus grande précision les techniques de massage les plus connues ainsi que les techniques qu'il a mises au point pour parvenir aux résultats qui ont fait sa réputation.

En 1966 le Pr Baux dirige un numéro spécial consacré aux brûlures et lui confie la rédaction du chapitre intitulé: Thérapie manuelle des cicatrices chez les brûlés. Ce travail de René Morice prend place parmi 13 articles de médecins et chirurgiens spécialistes des grands brûlés que la Gazette Médicale de France publie dans son tome 74 du 25 novembre 1967... L'Encyclopédie Médico-Chirurgicale publiera en 1968 dans « Traité de Médecine Physique - Kinésithérapie » sous la direction du Professeur L. Moreau, trois travaux originaux de René Morice : Thérapie manuelle des cicatrices ; Massage dans l'obésité et La thérapie manuelle, méthode de choix dans le traitement de la cellulite. Ces publications ont consacré ses recherches et ses résultats, fruits d'un travail passionné et, à travers lui, ont définitivement propulsé la kinésithérapie et la thérapie manuelle à la place que René Morice voulait leur faire atteindre au sein de l'arsenal thérapeutique de la médecine moderne.

De son côté, le Ministère de la Santé Publique lui avait, à deux reprises, manifesté la reconnaissance de son action déterminante pour la kinésithérapie. Une première fois, en 1939, en le faisant Chevalier de la Santé Publique, une seconde fois en 1951 en lui conférant le grade de Chevalier de la Légion d'Honneur. A son décès, brutal à l'âge de 64 ans, de nombreux hommages de toute la profession et du monde médical ont salué le profond engagement de René Morice, ses travaux personnels, sa réussite dans sa tâche historique de promotion de la kinésithérapie et, tout autant, ses qualités humaines.

TECHNIQUE

La lumière au service de la kinésithérapie





HISTOIRE DE LA PHOTOBIOMODULATION

Un médecin Danois, Niels Finsen, a fait émerger un étonnant concept thérapeutique à la fin du19éme siècle. En effet il évoque l'idée que la lumière pouvait pénétrer à travers les cellules de la peau et ainsi traiter diverses pathologies. C'est ainsi qu'en 1903 il obtient le prix Nobel de médecine. Ce n'est que 20 ans plus tard que l'on comprend la constitution de la lumière. La Photobiomodulation (PBM) est le terme consacré et reconnu mondialement par la communauté scientifique internationale, ou « Low Level Light Thérapie » (LLLT) fait référence à l'interaction entre les photons et notre activité cellulaire. L'un des principes de base est la conversion de l'énergie photonique dans les tissus par effet photo-électrique sur les protéines ainsi que par conversion de l'énergie photonique au niveau des mitochondries via le cytochrome C oxydase, conduisant à une recharge énergétique cellulaire. Cet effet photo électrique valu à Einstein le prix Nobel de physique en 1921. L'utilisation clinique et thérapeutique de la lumière sera réalisée en tout premier lieu par la NASA pour son processus d'accélération de la cicatrisation des plaies dans des conditions de microgravité. Plus récemment la biologiste russe Tiina Karu mettra en évidence la stimulation de la chaine respiratoire par les photons. Le docteur Michael R Hamblin chercheur à Harvard et son étude sur les mécanismes et applications des effets anti-inflammatoires de la PHOTOBIOMODULATION. A ce jour il existe plus de 5000 études cliniques dans le monde qui prouvent l'efficacité de la PBM.

MÉCANISME D'ACTION

Les taux d'absorption et de diffusion de la lumière dans les tissus dépendent de leurs longueurs d'onde. Pour ces raisons, la « fenêtre optique » la plus adaptée pour la kinésithérapie va de la lumière rouge au proche IR, de 600 à 950 nm.

Par conséquent, au lieu de produire des effets thermiques, la thérapie par PBM stimule de nombreuses fonctions cellulaires telles que l'augmentation de la fonction mitochondriale et de la synthèse d'ATP, la libération d'oxyde nitrique (NO), la modulation des dérivés réactifs de l'oxygène (ROS) et une augmentation du calcium intracellulaire.

La PBM permet de mettre en action tout le métabolisme qui va conduire à la mitose cellulaire, la cicatrisation, la régénération des tissus lésés (entorses, tendinopathies, arthrose++!! etc...).

INTÉRÊT EN KINÉSITHÉRAPIE

Traitement des lésions du système musculo squelettique au sein des traitements biologiques conservateurs.

Objectifs: Lutter contre la douleur et « pseudo inflammation », accélérer la cicatrisation et la régénération tissulaire, récupération plus rapide.

Traitement régional (articulations) et/ou local (tendon/ménisque/ligaments...), traitement préventif et curatif.

Cibles: tendons, ligaments, muscles, bourses séreuses, cartilage articulaire, os cortical et spongieux.

Traumatologie sportive : préparation et récupération après l'effort.

Esthétique : réjuvénation cutanée, cicatrices, vergetures.

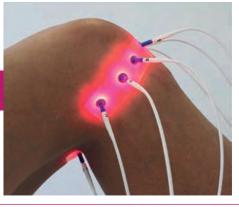
Thérapie indolore, efficace, sans effets secondaires connus, mains libres.

Cc Light Médical spécialiste de la lumière, distribution exclusive en kinésithérapie, vous propose 2 types de matériels high tech dernière génération :

LED Thérapie



Nouvelle Thérapie LASER HPD







POUR PLUS D'INFOS

www.celluleds.fr - www.laserneedle.eu contactez nous pour une démonstration 04 73 68 85 78 ou contact@celluleds.fr

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



Reed Expositions



ÉTUDE

ABSTRACT

Efficacité de la thérapie par Ondes Dynamiques
Profondes dans la lombalgie chronique non-spécifique : étude clinique randomisée en double-aveugle, stratifiée,



versus placebo

Neuwersch S et al. (2017)
Centre de Traitement de la Douleur,
Centre Hospitalier de Klagenfurt (Carinthie), Autriche

La lombalgie chronique non-spécifique touche plus de 70% des individus dans les pays développés au moins une fois dans leur vie, et cause davantage d'invalidités que toute autre pathologie (1,2). Une myriade de stratégies thérapeutiques ont déjà été décrites et étudiées, dont les médicaments, les infiltrations, les exercices du dos, l'acupuncture, les thérapies comportementales, le massage ou le TENS. Le but de cette étude est d'évaluer l'intérêt de la stimulation neuro-musuclaire (NMS) par Ondes Dynamiques Profondes (ODP).

La NMS par ODP génère une contraction musculaire par activation des motoneurones myélinisés avant l'activation des fibres douloureuses. Des études ont démontré que la NMS améliorait de manière significative la fonction lombaire chez les lombalgiques chroniques, améliorant les scores de douleur lombaire et d'incapacité, la capacité fonctionnelle, la qualité de vie et la force musculaire (3). D'autres études ont montré (4) que le traitement à chaud réduisait la douleur par effet vasodilatateur et déplaçait les arcs réflexes qui inhibent la douleur au moyen de récepteurs thermiques. Notre hypothèse de départ était que l'application des ODP combinant NMS et chaleur pouvait fournir un meilleur soulagement de la douleur et une amélioration des données subjectives et objectives par rapport au traitement standard pour les patients souffrant de lombalgie chronique non spécifique. C'est ce que nous avons voulu vérifier.

MATÉRIEL

L'essai clinique a été effectué avec un appareil ODP StimaWell 120 MTRS (Schwa-Medico) combinant ondes de stimulation dynamique et chaleur.



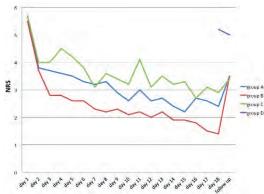
RECRUTEMENT ET PROTOCOLE

100 patients (âge > 18 ans) présentant un diagnostic de lombalgie chronique non spécifique depuis plus de 6 mois avec une intensité de la douleur ≥ 4/10 sur une Echelle Numérique. Les patients ont été répartis en 4 groupes qui ont tous effectué 18 séances réparties sur 6 semaines, puis ont été suivis à 12 semaines après la fin du traitement.

Groupe A: ODP « Dos complet chronique BF sensitif » - Groupe B: ODP « Lombalgie chronique HF BF » - Groupe C: traitement ODP placebo - Groupe D: traitement de rééducation classique sans ODP.

CONCLUSION

L'étude a mis en évidence une réduction de la douleur moyenne de 3 points pour le groupe actif A (de 5,7 à 2,4) et de 4 points pour le groupe actif B (de 5,5 à 1,4) sur une échelle numérique allant de 0 à 10.



En conclusion, la thérapie par ondes dynamiques profondes est une méthode très efficace et sûre pour traiter les lombalgies chroniques.

RÉFÉRENCES

- 1. Chou R. Low back pain (chronic). BMJ Clin Evid. 2010; 2010: 1116.
- 2. Hoy D et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014 Jun;73(6):968-74.
- 3. Durmus et al. Effects of electrical stimulation program on trunk muscle strength, functional capacity, quality of life, and depression in the patients with low back pain: a randomized controlled trial. Rheumatol Int. 2009 Jun;29(8):947-54.
- 4. Demir Y. Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. Pain Management, Current Issues and Opinions, Dr. Gabor Racz (Ed.), 2012. InTech, DOI: 10.5772/30050.



CONTACT

schwa-medico

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



L'imagerie motrice dans la rééducation de la marche des amputés trans-tibiaux d'origine vasculaire

MOTS-CLÉS

Amputés Imagerie motrice Paramètres de marche Pratique mentale Risque de chute

AUTEUR CORRESPONDANT

Jeanne Vanmairis 70, rue Violet-le-Duc 94210 Saint-Maur des Fossés, France jeanne.vanmairis@hotmail.fr

INTRODUCTION

Contexte

En France, 8060 actes d'amputation du membre inférieur ont été comptabilisés pour l'année 2007. Parmi elles, 3640 sont des amputations trans-tibiales [1]. L'amputation du membre inférieur est principalement due à une cause vasculaire dont une des étiologies principales est l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) [2]. La marche, par son travail dynamique intermittent, permet de développer l'angiogenèse [3] et pourrait ainsi réduire le risque d'une amputation plus haute ou d'une amputation bilatérale.

La marche des amputés est caractérisée par une vitesse plus lente, une augmentation du temps de la phase d'appui du côté non amputé et une augmentation de la longueur du pas du côté prothétique [4,5]. Cette marche asymétrique modifie les contraintes exercées sur le squelette des sujets amputés et entraîne des perturbations posturales. À long terme, la répétition de ces compensations augmente la prévalence de troubles secondaires tels que les lombalgies, l'arthrose et l'ostéoporose [6]. Une rééducation orientée vers l'acquisition d'une marche efficiente permettant de préserver les relations sociales et le statut professionnel

apparaît nécessaire afin de réduire le handicap et préserver la qualité de vie déjà réduite des amputés [7].

Avec le port de la prothèse, le moignon peut s'exposer à des maladies de peau (eczéma, oedème, phlyctène, etc.) dont les conséquences se répercutent négativement sur l'utilisation de la prothèse et la distance de marche [8]. En cas de complications, ou lorsque les moyens de traitement sont inefficaces, la pratique clinique au sein de l'établissement d'étude comprend une période d'interdiction de reprise d'appui sur le moignon afin d'empêcher une pression directe sur les tissus endommagés.

Dans ce contexte, l'imagerie motrice de marche pourrait être bénéfique pour des patients dont la rééducation de la marche est interrompue.

L'imagerie motrice (IM) est un état dynamique durant lequel le sujet se représente mentalement un acte moteur donné sans produire d'activité musculaire, c'est-à-dire sans l'exécution effective de mouvement. La pratique de l'imagerie motrice correspond à la répétition d'actes moteurs imaginés avec l'intention d'améliorer leur exécution physique [9].

En partenariat avec **Kinésithérapie**



Extrait du N°194 février 2018

http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2016.09.027 © 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

+ Par Jeanne Vanmairis

Les actes moteurs peuvent être imaginés selon 2 modalités :

- L'imagerie motrice visuelle. Le sujet voit l'action ; il imagine une autre personne (perspective externe) ou lui-même (perspective interne) réalisant l'acte moteur.
- L'imagerie motrice kinesthésique. Le sujet ressent l'action ; il doit imaginer les sensations ressenties lors de l'exécution du mouvement réel. Le point de vue utilisé est alors la perspective interne.
- L'imagerie motrice et la pratique physique activent les mêmes structures cérébrales [10]. Afin d'accélérer l'apprentissage de nouvelles habiletés motrices et d'améliorer les performances motrices des athlètes, l'IM est employée depuis de nombreuses années dans le domaine sportif [11,12]. L'IM a ensuite été utilisée comme thérapie complémentaire aux techniques de rééducation dites classiques, en vue d'améliorer les capacités physiques des patients. Cette technique a déjà montré des preuves de son efficacité chez des patients hémiparétiques [13-20] et parkinsoniens [21,22]. Ces études ont montré une amélioration significative de la vitesse de marche (15 à 41 %), de la longueur des pas, de la quantité d'appui sur le membre hémiparétique, du temps au test Timed Up and Go (TUG), du score au Functional Ambulation Classification (FAC) et du score au Rivermead Visual Gait Assessment (RVGA), à la suite d'une thérapie par imagerie motrice en comparaison avec une autre thérapeutique. Une étude réalisée sur des patients atteints de syndrome douloureux régional complexe [23] a montré la diminution significative des douleurs du membre fantôme à la suite d'une thérapie combinant imagerie motrice et thérapie miroir. À l'heure actuelle, aucune étude ne semble avoir été publiée concernant les effets de l'imagerie motrice sur la marche des personnes amputées.

L'objectif de cette étude pilote était d'évaluer la faisabilité d'un programme de rééducation de la marche associant pratique de l'imagerie motrice et pratique physique chez des patients amputés transtibiaux d'origine vasculaire pour améliorer les stratégies motrices lors de la marche et diminuer le risque de chute.

L'hypothèse principale de recherche était que la pratique de l'imagerie motrice est réalisable chez des patients amputés transtibiaux d'origine vasculaire. Les résultats encourageants obtenus à la suite de la pratique mentale chez des sujets présentant un déficit moteur [13–22] nous ont conduits à formuler les hypothèses secondaires suivantes : l'association de la pratique physique de marche et de la pratique de l'imagerie motrice de marche améliorerait davantage la vitesse de marche, la symétrie de marche (longueur du pas, quantité d'appui moyen et maximal) et diminuerait plus le risque de chute que la pratique physique seule.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les critères d'inclusion pour la participation à cette étude étaient :

- Amputé(e)s trans-tibiaux unilatéraux d'étiologie artéritique (AOMI).
- Âgés de plus de 18 ans, comprenant le français et ayant donné leur consentement écrit pour la pré-étude;
- Ne présentant pas de troubles cognitifs sévères évalués par le Mini Mental State Examination (MMSE) <?> 24/30 [24,25].
- Capable de marcher 10 mètres avec ou sans aide de marche afin d'effectuer l'évaluation initiale.

Les critères de non-inclusion pour la participation à cette étude étaient :

- Une amputation bilatérale ou une amputation trans-fémorale : de telles amputations diminuent d'autant plus les capacités de marche [26].
- Une étiologie autre que vasculaire (traumatique, congénitale ou cancéreuse. . .) : ces causes d'amputation sont associées à des meilleures capacités de marche [27].
- La présence de sensations ou de douleurs fantômes durant l'imagination de tâches, supérieur à 2/10 sur l'échelle numérique puisque cela peut causer des interférences pendant l'imagerie motrice [28].
- * L'existence d'au moins un des troubles suivants pouvant perturber la marche et la performance motrice : des douleurs ou des plaies

du membre résiduel [27], des troubles neurologiques (cognitif ou moteur) [29], des troubles visuels non corrigés, des troubles vestibulaires [30], des troubles orthopédiques, ou une alcoolodépendance et une toxicomanie avérés [31].

Sur les 22 patients admissibles, 10 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion, 4 ont refusé de participer à l'étude.

Les 8 patients participants à l'étude ont répondu au questionnaire MIQ-RS (Movement Imagery Questionnaire—Revised Second version), permettant d'évaluer leurs capacités d'imagerie motrice [32]. Ce questionnaire a également été complété par 12 volontaires sains, d'âge similaire à la population d'étude afin d'évaluer la faisabilité de l'étude.

Cette étude de faisabilité était un essai prospectif, longitudinal, unicentrique, contrôlé et randomisé. À la suite de la récolte des réponses aux questionnaires, une randomisation stratifiée de la population d'étude a été effectuée en prenant comme variable de stratification l'âge des participants, critère pouvant représenter un éventuel facteur de confusion [33]. Deux groupes ont été ainsi constitués (Fig. 1):

- Un groupe témoin de 4 patients qui ont effectué le protocole de marche dite « classique » de 5 séances de 90 minutes par semaine pendant 2 semaines.
- Un groupe expérimental de 4 patients qui ont suivi à la fois le protocole de marche dite « classique » de 5 séances de 90 minutes par semaine pendant 2 semaines et à la fois le protocole de marche par imagerie motrice de 5 séances de 20 minutes par semaine pendant 2 semaines.

INTERVENTION Faisabilité de l'étude

Les 8 sujets amputés et les 12 volontaires sains ont complété le questionnaire MIQ-RS dans une pièce calme, en présence d'un examinateur, dans des conditions standardisées. Ce questionnaire, validé en français [34], permet d'évaluer les capacités d'imagerie motrice des sujets selon deux échelles, visuelle et kinesthésique. L'examinateur expliquait d'abord aux sujets en quoi consistait le questionnaire et lisait les instructions. Pour chaque item du questionnaire, l'examinateur lisait la description du mouvement que le participant devait effectuer. Le sujet réalisait le mouvement décrit (1 seule fois). Il devait ensuite soit imaginer visuellement ce même mouvement soit le ressentir. Enfin, le sujet estimait la difficulté ou la facilité avec laquelle il avait effectué cette tâche mentale.

Protocole de marche dite « classique »

La rééducation de la marche dite « classique » a été dispensée par quatre kinésithérapeutes qui ne connaissaient pas la répartition des patients dans les groupes d'étude. La pratique physique de la marche a été effectuée dans un gymnase et a été séparée en 2 sessions de 45 minutes : une séance le matin et une séance l'aprèsmidi. La séance s'est déroulée comme suit : le patient commençait à marcher seul entre les barres parallèles pendant 15 minutes. Puis le patient répétait la séquence suivante en dehors des barres parallèles avec la supervision d'un kinésithérapeute : il se levait d'une chaise, marchait 25 mètres (longueur du gymnase) avec son aide de marche, faisait un demi-tour et revenait s'asseoir. Cette séquence a été répétée autant de fois que possible par le sujet pendant 30 minutes en faisant des pauses entre chaque exercice si le sujet en ressentait le besoin. Un indiçage visuel a été parfois utilisé pour aider les patients à améliorer la symétrie de la longueur des pas des patients. Les kinésithérapeutes ont donné des indications verbales aux patients pendant qu'ils marchaient afin de promouvoir un modèle de marche plus symétrique. Les participants ont utilisé le dispositif d'assistance approprié (déambulateur, cannes anglaises) tel que déterminé par les kinésithérapeutes pendant la marche.

Les consignes suivantes ont été répétées par le kinésithérapeute si nécessaire :

- Augmenter la longueur du pas du côté de la jambe non amputée.
- Transférer plus votre poids du côté de la prothèse : n'esquivez pas l'appui.

La combinaison cryothérapie et ondes de choc radiales



Formation en ligne Renseignez vous !!



Zimmer Elektromedizin France 24, avenue J. Masset 69009 Lyon Tel. 04.78.83.55.36 zimmer.cryo@zimmermed.fr

www.zimmermed.fr

Le choix de l'excellence

+ Par Jeanne Vanmairis

Protocole d'imagerie motrice (IM)

Les séances de pratique de l'IM se sont effectuées 5 fois par semaine pendant 2 semaines. Elles étaient individuelles, et duraient 20 minutes. Les séances de pratique de l'IM se sont effectuées indifféremment avant ou après la pratique physique de la marche à cause de la contrainte de disponibilité des patients. Le patient était assis dans une pièce calme, il devait garder les yeux fermés durant toute la séance et les instructions étaient pré-enregistrées sur un téléphone portable [11].

Bien que la modalité kinesthésique contribue plus efficacement à l'amélioration de la performance physique [11], les résultats des sujets au questionnaire d'imagerie motrice étant meilleurs pour la modalité visuelle que pour la modalité kinesthésique, les deux modalités ont été utilisé successivement pour faciliter l'imagination de la séquence de marche de tous les patients. Le sujet devait porter sa prothèse durant l'imagerie motrice et devait s'imaginer marcher avec. Pendant la séance, un métronome

a été utilisé comme stimulus auditif afin d'améliorer la performance [35]. Le métronome donnait la cadence de marche et le patient devait imaginer effectuer un pas à chaque son afin d'assurer l'isochronie c'est-à-dire l'adéquation entre la durée de la visualisation mentale et le temps d'exécution physique d'une action [36]. Puis, le métronome a été éteint et les patients ont été invités à continuer l'imagination de la marche à la même cadence.

La séance s'est organisée en 4 phases (Tableau I) et a été inspiré des études de Page et ses collaborateurs [13].

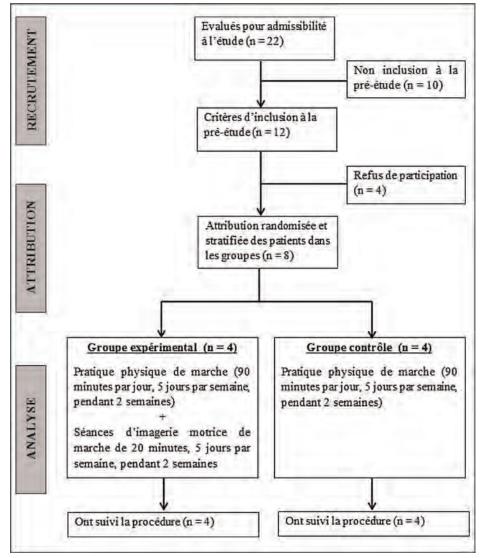


Figure 1. Diagramme d'inclusion de l'étude.

ÉVALUATION

Le critère de jugement principal etait la faisabilité de la pratique de l'imagerie motrice chez des patients amputés et les critères de jugement secondaires étaient la vitesse de marche, la longueur du pas, la quantité d'appui moyen et maximal et le risque de chute.

Critère de jugement principal

La faisabilité de l'étude a été évaluée en comparant les scores obtenus au questionnaire MIQ-RS (Movement Imagery Questionnaire-Revised Second version) des sujets amputés de l'étude aux scores des sujets sains.

Critères de jugements secondaires

Paramètres de marche

Les paramètres spatio-temporels de la marche ont été évalués par une analyse cinématique en laboratoire. L'examinateur ne connaissait pas le groupe auquel appartenait le patient. Il était demandé au patient de marcher à vitesse confortable sur une bande bleue d'une longueur de 10 mètres et d'une largeur de 60 centimètres. Le test a été répété à trois reprises sans avoir défini un temps de récupération ; chaque sujet devait se sentir prêt à refaire le test. Le meilleur des trois temps a été utilisé pour l'étude.

Le matériel utilisé était un système optoélectronique VICON [37,38], constitué de 6 caméras infrarouges (370 Hz) permettant de déterminer les positions tridimensionnelles de capteurs réfléchissants. Les capteurs étaient situés pour le pied sain, sur la tête du premier métatarsien, sur la malléole latérale et sur la base du tendon calcanéen. Du côté prothétique, l'expérimentateur positionnait les capteurs en miroir de ceux situés sur le pied sain. Une analyse informatisée des déplacements simultanés des marqueurs était enregistré comprenant les coordonnées, leur trajectoire, leur vitesse et leur accélération. Cela a permis de calculer les paramètres spatio-temporels de la marche (vitesse de marche, longueur du pas. . .).

Deux plateformes de force (210 25 cm) AMTI à jauges de déformations, implantées dans une fosse, ont d'enregistré les efforts exercés par le pied sur le sol au cours de la marche du sujet. Ces plateformes sont basées sur la propriété qu'ont certains matériaux de voir leur conductibilité varier lorsqu'ils sont soumis à des contraintes ou déformations. Les variations de résistance étant cependant très faibles pour être directement quantifiables, il a été nécessaire de faire appel à un montage en « pont de Wheatstone ». L'acquisition des données s'est effectuée à l'aide du logiciel constructeur NEXUS.

L'asymétrie de longueur du pas a été calculée en utilisant la formule suivante [39] :

$$SI(en\%) = \frac{(Xp-Xs)}{0.5 (Xp + Xs)} \times 100$$

SI représente l'indice de symétrie (Symmetry index), Xp représente la variable du côté de la prothèse (ici la longueur du pas du côté de la prothèse) et Xs, celle du côté sain. La valeur de SI indique le degré d'asymétrie et le signe de SI indique quelle jambe effectue une longueur de pas plus grande. Un score de 0 indique une

Tableau I. Description d'une séance d'imagerie motrice.			
Relaxation	3 minutes	Imagination dans un endroit calme Contraction et relaxation des muscles : « serrer les poings puis relâcher »	
Imagerie motrice externe (mode visuel) : point de vue d'un spectateur	8 minutes	2 minutes : le sujet doit s'imaginer marcher à son rythme. Il doit prêter attention à la longueur de chacun de ses pas. Afin d'être plus symétrique, il leur est demandé d'imaginer un plus grand pas du côté de leur jambe saine 1 minute : chaque pas imaginé doit correspondre au tempo du métronome fixé d'abord sur la cadence de marche du patient, déterminée lors de l'évaluation initiale 1 minute : Puis le tempo du métronome est fixé à une cadence moyenne qui correspond à celle d'une personne valide du même sexe et du même âge [34] 4 minutes : le sujet doit répéter mentalement la séquence suivante : se lever d'une chaise, marcher 3 mètres, faire un demi-tour et revenir s'asseoir. Il imagine cette séquence à la vitesse qu'il souhaite et peut donc la répéter plusieurs fois	
Imagerie motrice interne (mode kinesthésique) : point de vue de celui qui fait l'action	8 minutes	<u>2 minutes</u> : le sujet doit s'imaginer marcher à son rythme : il doit prêter particulièrement attention à ressentir la même quantité d'appui sur son pied sain et sur sa prothèse <u>1 minute</u> : chaque pas imaginé doit correspondre au tempo du métronome fixé d'abord sur la cadence de marche du patient, déterminée lors de l'évaluation initiale <u>1 minute</u> : Puis le tempo du métronome est fixé à une cadence moyenne qui correspond à celle d'une personne valide du même sexe et du même âge [34] <u>4 minutes</u> : le sujet doit répéter mentalement la séquence suivant : se lever d'une chaise, marcher 3 mètres, faire un demi-tour et revenir s'asseoir. Il imagine cette séquence à la vitesse qu'il souhaite et peut donc la répéter plusieurs fois	
Retour	1 minute	Le sujet peut recommencer à bouger doucement et ouvrir les yeux	

symétrie parfaite. SI a été utilisé pour mesurer la symétrie de la longueur de pas des amputés [40].

L'asymétrie de la quantité d'appui a été calculée en utilisant la formule suivante [41] :

MSI (en%) =
$$\frac{(YpYs)}{\text{Poids du cops}} \times 100$$

MSI représente l'indice de symétrie modifiée (Modified Symmetry index), Yp représente la variable du côté de la prothèse (ici la quantité d'appui du côté de la prothèse) et Ys, celle du côté sain. Le signe des scores indique le côté de l'asymétrie. Un signe positif signifie que le membre prothétique appui plus que le membre sain et un signe négatif signifie que le membre prothétique appui moins que le membre sain. Un score de zéro indique une symétrie entre les membres.

Time Up and Go (TUG)

Le risque de chute a été évalué par le TUG qui est un test clinique fonctionnel chronométré qui consiste à se lever d'une chaise (ici de 40 centimètres de hauteur d'assise avec 2 accoudoirs), de parcourir 3 mètres avec les aides de marche habituelles, de faire un demi-tour et de revenir s'asseoir. Le test a été répété à trois reprises sans avoir défini de temps de récupération ; chaque sujet devait se sentir prêt à refaire le test. Le meilleur des trois temps a été utilisé pour cette étude. Shumway-Cook, Brauer, et Woollacott (2000) suggèrent qu'un temps au TUG supérieur à 13,5 secondes témoigne d'une mobilité diminuée et d'un risque de chute chez les personnes âgées [42]. Les travaux de Schoppen et al. [43] ont permis d'établir la validité de ce test chez les amputés unilatéraux. Analyse statistique Les variables, exprimés en moyenne écart-type ne suivent pas une distribution normale. Le test de Mann-Whitney est utilisé sur des échantillons indépendants pour comparer les performances finales entre les 2 groupes. Le risque alpha utilisé est de 0,05. La taille de l'effet a été calculée à l'aide du test « d de Cohen ». Traditionnellement, une valeur de « d » autour de 0,2 est décrite comme un effet « faible », 0,5 « moyen » et 0,8 comme « fort » [44].

RÉSULTATS

Critère de jugement principal

Les sujets amputés de cette étude ont obtenu un score de 80,63 11,97 (sur un score total de 98) au questionnaire d'imagerie motrice (MIQ-RS) alors qu'une population saine a obtenu un score de 79,59 12,31 (Tableau II).

Tableau II. Score au questionnaire d'imagerie motrice (MIQ-RS) de la population amputée de l'étude et d'une population non amputée.

Pairage d'âge	Population amputée de l'étude	Population non amputée
40–49 ans	55 (0)	79 (12,14)
50-59 ans		76,17 (13,90)
60-69 ans	83,2 (8,66)	84,2 (11,20)
70-79 ans	87 (1)	79,5 (3,5)
Tout âge confondu	80,63 (11,97)	79,59 (12,31)

Les valeurs en **gras** sont les moyennes et les valeurs entre parenthèses sont les écart-types.

Critères de jugements secondaires

Caractéristiques des groupes

Les caractéristiques des sujets sont présentées dans le Tableau III. Les variables des sujets dans le groupe expérimental et le groupe témoin sont du même ordre de grandeur à l'exception du temps depuis l'amputation qui est supérieur dans le groupe expérimental par rapport au groupe témoin (respectivement 271,5 275,4 jours vs 130,5 10,3 jours). Tous les sujets du groupe expérimental et du groupe témoin ont suivi le protocole de 2 semaines.

La vitesse de marche

Le groupe expérimental et le groupe témoin améliorent leur vitesse de marche (expérimental vs témoin : + 0,21 m/s vs + 0,20 m/s) (Fig. 2). Le test de Mann-Whitney ne montre pas de différences statistiquement significatives pour la vitesse de marche entre le groupe expérimental et le groupe témoin (P = ns) (Fig. 2). D'autre part, le test « d de Cohen » indique que les différences sont modérées (d = 0,34).

Symétrie de la longueur de pas

Le groupe expérimental et le groupe témoin améliorent leur longueur du pas du côté prothétique et du côté non amputé. L'asymétrie de la longueur du pas s'améliore dans le groupe expérimental passant de 38,94 % à 24,08 % tandis que l'asymétrie de la longueur du pas augmente dans le groupe témoin passant de 13,07 % à 19,50 %. Le test de Mann-

+ Par Jeanne Vanmairis

Tableau III. Caractéristiques cliniques des participants après randomisation.				
Caractéristiques	Population de l'étude	Groupe expérimental	Groupe témoin	
Âge (en années)	65 (10,46)	68,75 (4,99)	61,25 (13,89)	
Sex-ratio (F/H)	2/6	1/3	1/3	
IMC	25 (2,67)	25,25 (2,58)	24,75 (3,12)	
Temps depuis l'amputation (en jours)	201 (195,52)	271,5 (275,39)	130,5 (10,28)	
Temps depuis la mise en place de la 1 ^{re} prothèse (en jours)	96,125 (17,6)	92,75 (16,7)	99,5 (20,34)	
Taille du moignon ^a (en cm)	15,25 (2,36)	16 (3,54)	14,5 (1,41)	
Score au MMSE (/30)	28 (1,93)	27,75 (2,06)	28,25 (2,06)	
Score au MIQ-RS (/98)	80,625	74,75	86,5	

Les valeurs en gras sont les moyennes et les valeurs entre parenthèses sont les écart-types. IMC : Indice de masse corporelle ; MMSE : Mini Mental State Examination ; MIQ-RS : Movement Imagery Questionnaire—Revised Second version.

(12,81)

^aMesurée entre la tubérosité tibiale antérieure et l'angle de Farabeuf du tibia.

Whitney ne montre pas de différence statistiquement significative pour l'amélioration de la longueur du pas entre le groupe expérimental et le groupe témoin (P = ns) (Fig. 3). La taille de l'effet de l'imagerie motrice sur la symétrie de la longueur des pas est faible (d = 0.17).

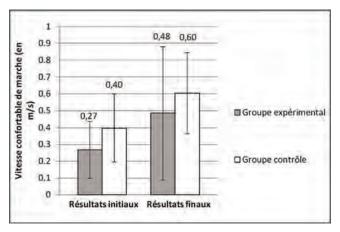


Figure 2. Représentation graphique de la vitesse de marche initiale et finale des deux groupes d'étude. Note : Les moyennes sont représentées par les barres et les écarts-types sont représentés par les lignes verticales.

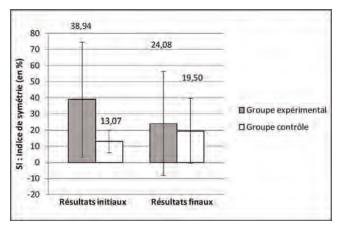


Figure 3. Représentation graphique de la longueur du pas initiale et finale des deux groupes d'étude. Note : Les moyennes sont représentées par les barres et les écarts-types sont représentés par les lignes verticales.

Symétrie de la quantité d'appui

(13,91)

Le groupe expérimental et le groupe témoin améliorent leur quantité d'appui moyen et maximal du côté prothétique et du côté non amputé. L'asymétrie de la quantité d'appui moyen s'améliore dans les deux groupes d'étude passant de 18,85 à 10,92 % dans le groupe expérimental et de 17,50 à 10,23 % dans le groupe témoin. L'asymétrie de la quantité

(9,85)

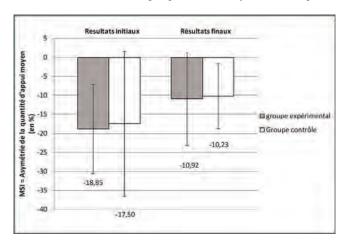


Figure 4. Représentation graphique de la quantité d'appui moyen initiale et finale des deux groupes d'étude. Note : Les moyennes sont représentées par les barres et les écarts-types sont représentés par les lignes verticales.

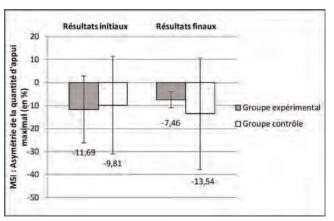


Figure 5. Représentation graphique de la quantité d'appui maximal initiale et finale des deux groupes d'étude. Note : Les moyennes sont représentées par les barres et les écarts-types sont représentés par les lignes verticales.

d'appui maximal s'améliore dans le groupe expérimental passant de 11,69 à 7,46 % tandis que l'asymétrie de quantité d'appui maximal augmente dans le groupe témoin passant de 9,81 à 13,54 % (Fig. 4 et 5).

Le test de Mann-Whitney ne montre pas de différences statistiquement significatives pour la symétrie de la quantité d'appui moyen et maximal entre le groupe expérimental et le groupe témoin (P=ns). D'autre part, la taille de l'effet de l'imagerie motrice est faible (d=0.07) pour la symétrie de la quantité d'appui moyen et est modérée (d=0.35) pour la symétrie de la quantité d'appui maximal.

TUG

Le groupe expérimental et le groupe témoin améliorent leur performance au TUG respectivement de 15,84 secondes et 8,5 secondes (Fig. 6). Le test de Mann-Whitney ne montre pas de différence statistiquement significative pour le temps mis à parcourir le TUG entre le groupe expérimental et le groupe témoin (P = ns).

Cependant, basées sur les tailles d'effet, les différences étaient modérées (d=0.59).

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un programme de rééducation de la marche associant pratique de l'imagerie motrice et pratique physique chez des patients amputés trans-tibiaux d'origine vasculaire.

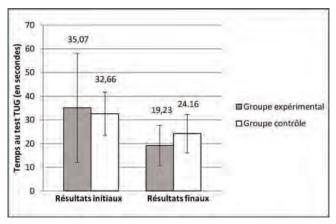


Figure 6. Représentation graphique des résultats initiaux et finaux obtenus au TUG. Note: Les moyennes sont représentées par les barres et les écarts-types sont représentés par les lignes verticales.

La réalisation de cette étude pilote a montré que la pratique de l'imagerie motrice est un complément thérapeutique cliniquement réalisable mais nous n'avons pas pu mettre en évidence d'effets statistiquement significatifs sur la vitesse de marche, la symétrie de marche et la performance au TUG suite à un programme de rééducation combinant pratique physique de marche et pratique de l'imagerie motrice.

Critère de jugement principal

La capacité des patients amputés trans-tibiaux d'origine vasculaire à imaginer une séquence motrice d'une ou de plusieurs parties de leur corps ne semblent pas être affectée par la perturbation du schéma corporel induite par l'amputation

En effet, le score de la population d'étude au MIQ-RS est du même ordre de grandeur qu'une population saine (respectivement 80,625 12,81 vs 79,59 12,31) ce qui semble indiquer une bonne capacité d'imagination des séquences motrices des sujets amputés. Une différence notable a été observée entre les sujets sains et les sujets amputés pour la tranche d'âge 40–49 ans (respectivement 79 12,14 vs 55 0). Un seul patient amputé, dans cette tranche d'âge a fait partie du protocole et son score au MIQ-RS était plus faible que la moyenne des autres patients.

La mise en place de séance d'imagerie motrice a semblé être bien accepté par les patients et l'équipe thérapeutique mais cette satisfaction n'a pas pu être objectivé dans cette étude.

L'intérêt de la pratique de l'imagerie motrice réside dans le fait qu'elle ne nécessite pas de moyens matériels important et n'engendre ainsi aucun coût supplémentaire. La présence du kinésithérapeute au début de l'« enseignement » de la technique d'imagerie motrice peut être remplacé au fur et à mesure de l'éducation du patient par une auto-rééducation afin d'autonomiser le sujet dans sa prise en charge.

Critère de jugement secondaires

La vitesse de marche

La vitesse de marche dite confortable du groupe expérimental n'a pas augmenté de façon statiquement significative par rapport au groupe témoin. L'effet de la pratique de l'imagerie motrice sur l'amélioration de la vitesse de marche est faible à modéré. L'amélioration de la vitesse de marche dite confortable

dans le groupe expérimental a été de 0,22 m/s en comparaison de 0,21 m/s dans le groupe témoin. Verma et al. [14] ont trouvé des résultats similaires à cette étude avec une augmentation de la vitesse de marche de 0,21 m/s chez des patients hémiparétiques à la phase subaiguë (à 6 semaines de l'AVC).

Cependant, ces valeurs sont supérieures à la majorité des études trouvées dans la littérature : amélioration de la vitesse de marche d'environ 0,15 m/s [15–17]. Une des explications pour ces différences de résultat peut résider dans la précocité de la prise en charge dans notre étude (en moyenne 96 jours depuis la mise en place de la première prothèse). En effet, la majorité des études qui évaluent l'impact de l'imagerie motrice sur des hémiparétiques ont inclus des patients dont le temps moyen depuis l'AVC est de 23 à 46 mois [15,16]. À ce stade chronique, la récupération neurologique spontanée ne peut expliquer l'amélioration motrice qui peut être plus facilement attribuée à une intervention donnée [45].

Une augmentation de la vitesse de marche de 0,15 m/s en moyenne a été mesurée chez des patients hémiparétiques après des sessions d'imagerie motrice sans rééducation de la marche [15]. Des résultats similaires ont été trouvés malgré l'ajout de 9 heures de marche (30 minutes de tapis roulant, 3 fois par semaines pendant 4 semaines) [16,17]. Hwang et al. [18] ont trouvé une amélioration plus faible de la vitesse de marche, de l'ordre de 0,07 m/s. Une des hypothèses avancées est que le protocole (1 heure par jour d'entraînement physique et 30 minutes d'imagerie motrice par jour, 5 jours par semaine pendant 4 semaines) serait trop intense. Ces conclusions peuvent potentiellement s'appliquer à notre étude (90 minutes de marche et 20 minutes d'imagerie motrice par jour, 5 jours par semaine pendant 2 semaines) et expliquer la non significativité de nos résultats. La durée de notre protocole étant plus courte, les patients pourraient également ne pas avoir eu assez de temps pour pratiquer l'imagerie motrice et obtenir les résultats désirés.

La symétrie de la longueur des pas

Les résultats indiquent une amélioration de la symétrie de marche (Pré-test = 38,94 %; post-test = 24,08 %) pour le groupe expérimental tandis que le groupe témoin augmente son asymétrie de marche (Pré-test = 13,07%; post-test = 19,50 %). Cependant, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes d'études (P = ns) et la taille d'effet de la pratique de l'imagerie motrice est faible (d = 0,17). Dans la littérature, des auteurs ont noté une amélioration de la longueur du pas à la suite de séances d'imagerie motrice chez des patients hémiparétiques : + 0,06 m du côté parétique et du côté non parétique [15], + 0,11 m du côté parétique et + 0,10 du côté non parétique [18], mais aussi chez des patients parkinsoniens avec une amélioration de la longueur du pas de + 0,10 m [22].

Seule l'étude de Verma et ses collaborateurs [14] a évalué l'amélioration de la symétrie de la longueur des pas chez des sujets hémiparétiques après des séances d'imagerie motrice. La symétrie était un des seuls critères avec la vitesse de marche maximale à ne pas s'être améliorée significativement passant d'un ratio de symétrie de 18,5 % à 4,1 % après 2 semaines d'imagerie motrice. Deux hypothèses ont été envisagées par les auteurs pour expliquer ces résultats : l'asymétrie a été mesurée cliniquement et elle n'était pas l'objectif principal de l'intervention. Ces hypothèses ne peuvent être appliquées à la présente étude puisque la symétrie de la marche était un des objectifs. Néanmoins, nous pouvons émettre le postulat que deux semaines de rééducation pourraient être une période trop courte pour améliorer de façon statistiquement significative la symétrie de la longueur des pas.

+ Par Jeanne Vanmairis

La symétrie de la quantité d'appui

L'asymétrie de la quantité d'appui moyen a plus diminué dans le groupe expérimental (pré-int : 18,85 % ; post-int : 10,92 %) que dans le groupe témoin (pré-int : 17,50 % ; post-int : 10,23 %) mais de façon non significative. L'asymétrie de la quantité d'appui maximal a diminué dans le groupe expérimental (pré-int : 11,69 % ; post-int : 7,46 %) et a augmenté dans le groupe témoin (pré-int : 9,81 % ; post-int : 13,54 %). L'effet de la pratique de l'imagerie motrice est faible pour la symétrie de la quantité d'appui moyen (d = 0,07) et est faible à modéré pour la quantité d'appui maximal (d = 0,35). Très peu d'études ont mesuré l'effet de l'imagerie motrice sur la quantité d'appui des patients. Malouin et ses collaborateurs [19,20] ont évalué chez des patients hémiparétiques, les effets de l'imagerie motrice sur la quantité d'appui du membre inférieur hémiparétique lors du levée d'une chaise et de l'assise. Les résultats de leurs études ont montré

des améliorations statistiquement significatives, d'environ 16-18 % pour le lever et 12-18 % pour l'assise, après une combinaison de pratique physique et de pratique mentale dans la même session, avec des ratios de 1PP:10MP (1 répétition physique pour 10 répétitions mentales) [20] ou 1PP: 5MP [19]. La pratique de l'imagerie motrice de la marche n'a pas eu d'effets significatifs sur la symétrie de la marche. Il paraît important de se questionner sur l'utilité de symétriser systématiquement la marche des patients amputés. La marche asymétrique peut poser des défis accrus tant sur le plan du coût énergétique que du contrôle de l'équilibre et peut exposer l'individu à un risque augmenté de douleurs musculo-squelettiques et de dégénérescence articulaire [6]. À la lumière des conséquences négatives, l'asymétrie de la marche des patients amputés est une question importante à aborder notamment dans les phases précoces après amputation. Néanmoins, une marche asymétrique mais fonctionnelle, peut être suffisante pour permettre aux patients d'effectuer leurs activités de la vie quotidienne en cohérence avec leur projet de vie. Ainsi, la symétrie de marche ne doit pas forcément être recherchée au risque de rendre plus instable la marche et d'augmenter le risque de chute.

TUG

Les résultats du TUG ont montré une amélioration plus importante pour le groupe expérimental (amélioration de 15,8 secondes) par rapport au groupe témoin (amélioration de 8,5 secondes) mais de façon non statistiquement significative. L'effet de la pratique de l'imagerie motrice est modéré (d = 0,60). Les résultats finaux de la vitesse de marche indiquent que le groupe témoin marche plus vite que le groupe expérimental (respectivement 0,61 et 0,49 m/s). Cependant, les résultats au TUG sont meilleurs pour le groupe expérimental (respectivement 19,23 secondes vs 24,16 secondes) que pour le groupe témoin. Cela peut être dû à la pratique de l'imagerie motrice qui aurait amélioré d'avantage les stratégies motrices pour se lever d'une chaise, faire un demi-tour et s'asseoir sur une chaise. Hwang et al. [18] ont trouvé une amélioration du temps au TUG de 1,6 secondes dans le groupe expérimental mais ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Ils émettent l'hypothèse que le contenu de l'IM différait de la tâche qui est demandée pour le TUG. D'autres auteurs ont trouvé des résultats significatifs au TUG après des séances d'imagerie motrice chez des hémiparétiques (amélioration de 1,6 secondes) [16] et chez des parkinsoniens (amélioration de 2,5 secondes) [21].

Limites de l'étude

L'interprétation des résultats doit prendre en compte certaines limites méthodologiques. Tout d'abord, le faible nombre de patients limite la puissance de notre étude (6,9 % pour la vitesse de marche, 4,3 % pour la symétrie de la longueur des pas, 3,1 % et 7,2 % pour la symétrie de la quantité d'appui moyen et maximal et 13,1% pour le TUG). Le recrutement des patients répondant aux critères d'inclusion a été complexe, à cause de la contrainte de temps, du contexte hospitalier et de l'état physique et psychologique des sujets.

De plus, le nombre de jours depuis l'amputation était plus important dans le groupe expérimental (groupe expérimental vs groupe témoin : 271,5 275,4 jours vs 130,5 10,3 jours) tandis que le nombre de jours depuis la première prothétisation était quasiment semblable dans

les 2 groupes d'étude (groupe expérimental vs groupe témoin : 92,75 16,7 jours vs 99,5 20,34 jours). Le laps de temps sans prothèse a pu jouer un rôle dans les différences inter-groupes observées sur l'ensemble des critères de jugement. Vu le faible nombre de sujet, un pairage aurait été pertinent afin de réduire les différences inter-groupes des caractéristiques cliniques des sujets.

Par ailleurs, le changement de prothèse des patients au cours de l'étude n'a pas été évalué ce qui a pu influer la cinématique de la marche des amputés trans-tibiaux [46].

D'autre part, le questionnaire d'évaluation des capacités d'imagerie motrice n'évalue qu'une dimension de l'imagerie motrice à savoir la vivacité des images. Schott propose des évaluations supplémentaires pour confirmer la capacité du patient à s'engager

dans des séances d'imagerie motrice [47]. Par exemple, la chronométrie mentale est un outil permettant d'apprécier la congruence temporelle entre l'action simulée mentalement et l'action physiquement exécutée. Un tel test permet d'indiquer si le patient à une bonne représentation temporelle des tâches répétées mentalement [47]. Il aurait été intéressant d'utiliser d'autres tests comme le Time-Dependent Motor Imagery (TDMI) pour évaluer plus finement les capacités d'imagerie motrice des patients amputés trans-tibiaux.

Enfin, dans le but d'en maximiser les effets, l'intervention de la pratique de l'imagerie motrice aurait pu être optimisé en orientant la pratique de l'IM en fonction de l'âge des patients et des préférences individuelles de modalité d'imagerie motrice.

En effet, la pratique de l'imagerie motrice les yeux ouverts semblent plus pertinente pour donner des repères visuels chez les sujets âgés [11]. Aussi, la pratique de l'imagerie motrice en pré ou post pratique physique changent l'impact de l'exercice [11], il aurait donc été préférable de le contrôler.

Perspectives de recherche

De nouvelles recherches seraient intéressantes à mener sur une plus grande population pour étudier les facteurs améliorant les effets de l'imagerie motrice chez les amputés (temps d'IM optimal, contenu de l'IM, lieu et position du sujet adéquats pendant la séance d'IM. . .) afin d'ajuster et de développer les interventions aux spécificités de la population des amputés et aux habiletés individuelles. La mesure de l'impact de l'imagerie motrice sur l'acceptation et l'adaptation du sujet à sa prothèse ainsi que l'évaluation des effets sur un plus long terme donneraient également des informations utiles pour l'amélioration de la prise en charge kinésithérapique de cette population. Les futures études permettront d'établir une base de données des meilleures pratiques de l'imagerie motrice et de proposer un cadre pour aider à l'intégration de l'imagerie motrice dans les programmes de rééducation.

CONCLUSION

Cette étude de faisabilité a montré que la mise en place de séances d'imagerie motrice de marche était possible pour des patients amputés trans-tibiaux d'origine vasculaire. Néanmoins, cette étude n'a pas montré de résultats statistiquement significatifs sur l'efficacité de l'ajout de l'imagerie motrice dans la réhabilitation de la marche des sujets amputés.

En clinique, l'imagerie motrice pourrait être utilisée comme une technique adjuvante à la rééducation classique de la marche notamment en début de rééducation afin d'éviter le risque de développement de phlyctènes sur le moignon, ce qui retarderait la rééducation de la marche et augmenterait ainsi le temps d'hospitalisation et par conséquent le coût d'hospitalisation.

Le traitement optimal (durée de la séance d'imagerie motrice, nombre de séances, contenu de l'imagerie motrice, position du sujet) et l'évaluation des bénéfices à long terme doivent faire l'objet d'études futures.

Financement

Cet article n'a bénéficié d'aucun financement.

Remerciements

Je remercie vivement les patients ayant accepté de participer à cette étude, Mme FONTUGNE et l'ensemble des kinésithérapeutes, orthoprothésistes,

et autres professionnels du centre pour leur sympathie et leur dévouement, le directeur et les enseignants de l'ENKRE pour leurs conseils précieux, en particulier Mr PILLU pour sa bienveillance et pour avoir guidé mes réflexions tout au long de l'année et Mr PALLOT pour sa ferveur et ses encouragements à explorer sans cesse le monde de la masso-kinésithérapie. Mes remerciements vont aussi à mes collègues Sophie PIRES et Loïc TRINH pour leur soutien, à mes amis et ma famille avec une pensée émue pour mon parrain.

Contribution des auteurs

Jeanne Vanmairis : mise en place du projet et prise en charge des patients de l'étude.

Déclaration de liens d'intérêts

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

POINTS À RETENIR

- La pratique de l'imagerie motrice ajouté à la rééducation classique de la marche est un programme d'entraînement réalisable pour les patients amputés trans-tibiaux d'origine vasculaire.
- L'ajout de l'imagerie motrice à la rééducation classique de la marche n'améliore pas significativement la vitesse de marche, la symétrie de la longueur des pas, la symétrie de la quantité d'appui et la performance au TUG des amputés trans-tibiaux d'origine vasculaire.
- Il est recommandé de multiplier les évaluations (demander des détails sur la vivacité des images, chronométrie mentale) pendant l'imagerie motrice afin de contrôler la qualité de l'imagination et de s'assurer de la compliance du patient aux instructions données.

RÉFÉRENCES

- [1] Haute autorité de santé. Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé: avis de la commission; 2009 [Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_885280].
- [2] André JM, Paysant J. Les amputés en chiffres : épidémiologie. Cofemer; 2006.
- [3] Gavin T, Ruster R, Carrithers J, Zwetsloot K, Kraus R, Evans C, et al. No difference in the skeletal muscle angiogenic response to aerobic exercise training between young and aged men. J Physiol 2007;585(Pt 1):231–9.
- [4] Kova I, Medved V, Ostoji L. Spatial, temporal and kinematic characteristics of traumatic transtibial amputees' gait. Coll Antropol 2010;34(Suppl. 1):205–13.
- [5] Nolan L, Wit A, Dudzi ski K, Lees A, Lake M, Wychowa ski M. Adjustments in gait symmetry with walking speed in trans-femoral and trans-tibial amputees. Gait Posture 2003;17:142–51.
- [6] Gailey R, Allen K, Castles J, Kucharik J, Roeder M. Review of secondary physical conditions associated with lower-limb amputation and long-term prosthesis use. J Rehabil Res Dev 2008;45:15–29.
- [7] Sinha R, Van den HeuvelW, Arokiasamy P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees. Prosthet Orthot Int 2011;35:90–6.
- [8] Meulenbelt H, Geertzen J, Jonkman M, Dijkstra P. Skin problems of the stump in lower limb amputees: 1. A clinical study. Acta Derm Venereol 2011;91:173–7.
- [9] Malouin F, Richards CL. Mental practice for relearning locomotor skills. Phys Ther 2010;90:240–51. http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20090029.
- [10] Lafleur MF, Jackson PL, Malouin F, Richards CL, Evans AC, Doyon J. Motor learning produces parallel dynamic functional changes during the execution and imagination of sequential foot movements. Neuroimage 2002;16:142–57.
- [11] Schuster C, Hilfiker R, Amft O, Scheidhauer A, Andrews B, Butler J, et al. Best practice for motor imagery: a systematic literature review on motor imagery training elements in five different disciplines. BMC Med 2011;9:75. http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-9-75.
- [12] Guillot A, Moschberger K, Collet C. Coupling movement with imagery as a new perspective for motor imagery practice. Behav Brain Funct 2013;9:8.
- [13] Page SJ, Dunning K, Hermann V, Leonard A, Levine P. Longer versus shorter mental practice sessions for affected upper extremity movement after stroke: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2011;25:627–37. http://dx.doi.org/10.1177/0269215510395793.
- [14] Verma R, Arya KN, Garg RK, Singh T. Task-oriented circuit class training program with motor imagery for gait rehabilitation in poststroke patients: a randomized controlled trial. Top Stroke Rehabil 2011;18(Suppl. 1):620–32. http://dx.doi.org/10.1310/tsr18s01-620.
- [15] Dunsky A, Dickstein R, Marcovitz E, Levy S, Deutsch JE. Homebased motor imagery training for gait rehabilitation of people with chronic poststroke hemiparesis. Arch Phys Med Rehabil 2008;89:1580–8. http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2007.12.039.
- [16] Cho HY, Kim JS, Lee GC. Effects of motor imagery training on balance and gait abilities in post-stroke patients: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2013;27:675–80.
- [17] Lee G, Song C, Lee Y, Cho H, Lee S. Effects of motor imagery training on gait ability of patients with chronic stroke. J Phys Ther Sci 2011;23:197–200.

- [18] HwangS, JeonHS, YiCH, KwonOY, ChoSH, YouSH. Locomotor imagery training improves gait performance in people with chronic hemiparetic stroke: a controlled clinical trial. Clin Rehabil 2010;24:514–22. http://dx.doi.org/10.1177/0269215509360640.
- [19] Malouin F, Richards CL, Doyon J, Desrosiers J, Belleville S.Training mobility tasks after stroke with combined mental and physical practice: a feasibility study. Neurorehabil Neural Repair 2004;18:66–75.
- [20] Malouin F, Richards CL, Durand A, Doyon J. Added value of mental practice combined with a small amount of physical practice on the relearning of rising and sitting post-stroke: a pilot study. J Neurol Phys Ther 2009;33:195–202.
- [21] Tamir R, Dickstein R, Huberman M. Integration of motor imagery and physical practice in group treatment applied to subjects with Parkinson's disease. Neurorehabil Neural Repair 2007;21:68–75.
- [22] El-Wishy AA, Fayez ES. Effect of locomotor imagery training added to physical therapy program on gait performance in Parkinson patients: a randomized controlled study. Egyptian J Neurol Psychiatry Neurosurg 2013;50:31–7.
- [23] Moseley GL. Graded motor imagery for pathologic pain: a randomized controlled trial. Neurology 2006;67:2129–34.
- [24] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-Mental State » A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res 1975;12:189–98.
- [25] Antony JC, LeResche L, Niaz U, von Korff MR, Folstein MF. Limits of the 'Mini-Mental State' as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. Psychol Med 1982;12:397–408.
- [26] Sansam K, Neumann V, O'Connor R, Bhakta B. Predicting walking ability following lower limb amputation: a systematic review of the literature. J Rehab Med 2009;41:593–603. http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0393.
- [27] McCully K, Leiper C, Sanders T, Griffin E. The effects of peripheral vascular disease on gait. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999;54:B291–4.
- [28] Lyu Y, Guo X, Bekrater-Bodmann R, Flor H, Tong S. Phantom limb perception interferes with motor imagery after unilateral upper-limb amputation. Sci Rep 2016;6:21100. http://dx.doi.org/ 10.1038/srep21100.
- [29] Moon Y, Sung J, An R, Hernandez ME, Sosnoff JJ. Gait variability in people with neurological disorders: a systematic review and meta-analysis. Hum Mov Sci 2016;47:197–208. http://dx.doi.org/10.1016/j. humov.2016.03.010.
- [30] Angunsri N, Ishikawa K, Yin M, Omi E, Shibata Y, Saito T, et al. Gait instability caused by vestibular disorders analysis by tactile sensor. Auris Nasus Larynx 2011;38:462–8.
- [31] George F, Smith S, Greenstein D. Gait and balance in treatmentnaive active alcoholics with and without a lifetime drug codependence. Alcohol Clin Exp Res 2012;36:1550–62.
- [32] Gregg M, Hall C, Butler A. The MIQ-RS: a suitable option for examining movement imagery ability. Evid Based Complement Alternat Med 2010;7:249–57. http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nem170.

- [33] Frimenko R, Goodyear C, Bruening D. Interactions of sex and aging on spatiotemporal metrics in non-pathological gait: a descriptive meta-analysis. Physiother 2015;101:266–72.
- [34] Loison B, Moussaddaq AS, Cormier J, Richard I, Ferrapie AL, Ramond A, et al. Translation and validation of the French Movement Imagery Questionnaire–Revised Second version (MIQ-RS). Ann Phys Rehabil Med 2013;56:157–73.
- [35] Kim JS, Oh DW, Kim SY, Choi JD. Visual and kinesthetic locomotor imagery training integrated with auditory step rhythm for walking performance of patients with chronic stroke. Clin Rehabil 2011;25:134–45.
- [36] Guillot A, Hoyek N, Louis M, Collet C. Understanding the timing of motor imagery: recent findings and future directions. Int Rev Sport Exer Psychol 2012;5:3–22.
- [37] Windolf M, Götzen N, Morlock M. Systematic accuracy and precision analysis of video motion capturing systems-exemplified on the Vicon-460 system. J Biomech 2008;41:2776–80.
- [38] Tsushima H, Morris ME, McGinley J. Test-retest reliability and intertester reliability of kinematic data from a three-dimensional gait analysis system. J Japanese Phys Ther Assoc 2003;6:9–17.
- [39] Robinson RO, Herzog W, Nigg BM. Use of force platform variables to quantify the effects of chiropractic manipulation on gait symmetry. J Manipulative Physiol Ther 1987;10:172–6.
- [40] Mattes SJ, Martin PG, Royer TD. Walking symmetry and energy cost in persons with unilateral transtibial amputations: matching prosthetic and intact limb inertial properties. Arch Phys Med Rehabil 2000;81:561–8.
- [41] Kumar SN, Omar B, Joseph LH, Htwe O, Jagannathan K, Hamdan NM, et al. Evaluation of limb load asymmetry using two new mathematical models. Glob J Health Sci 2015;7:1–7. http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p1.
- [42] Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Phys Ther 2000;80:896–903.
- [43] Schoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, de Vries J, Goeken LNH, Eisma WH. The timed «up and go" test: reliability and validity in persons with unilateral lower limb amputation. Arch Phys Med Rehab 1999;80:825–8.
- [44] Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (rev. ed.). New York: Academic Press; 1977.
- [45] Malouin F, Jackson PL, Richards CL. Towards the integration of mental practice in rehabilitation programs. A critical review. Front Hum Neurosci 2013;7:576.
- [46] Van der Linde H, Hofstad CJ, Geurts AC, Postema K, Geertzen JH, van Limbeek J. A systematic literature review of the effect of different prosthetic components on human functioning with a lower-limb prosthesis. J Rehabil Res Dev 2004;41:555–70.
- [47] Schott N. Age-related differences in motor imagery: working memory as a mediator. Exp Aging Res 2012;38:559–83. http://dx.doi.org/10.1080/0361073X.2012.726045.



Franco&Fils Constructeurs & Concepteurs





Email: info@francofils.com

Site Internet: WWW.FRANCOFILS.COM

La douleur en cancérologie

La prise en charge de la douleur, dont le renforcement constitue un objectif commun du Plan cancer (action 19.1) et du Plan national de lutte contre la douleur, représente un aspect primordial de la qualité de vie des patients atteints de cancer. Elle est souvent considérée à tort comme une fatalité alors que de nombreux moyens de la soulager existent. Le terme « douleur » recouvre en réalité des situations très différentes qu'il faut bien comprendre (« ce que l'on sait ») pour appréhender toutes les approches possibles (« ce que l'on fait »).



Une prise en charge est possible si elle est souhaitée ou nécessaire.

1. Ce que l'on sait

1.1 La définition de la douleur prend en compte les composantes organiques et psychologiques

Fondamentalement, la perception d'une douleur est habituellement liée à la prise de conscience d'une agression, externe ou interne, menaçant l'intégrité de l'organisme.

Toutefois, la réduire à un simple signal d'alarme, à un système de protection de l'organisme, ne rend pas compte de toutes les dimensions de la douleur. Avec ce concept, il est en effet impossible d'expliquer les douleurs chroniques qui persistent après la guérison de la lésion initiale. Dès la fin des années 1960, les recherches dans le domaine de la neurobiologie et des sciences humaines ont bouleversé nos connaissances et permis d'élaborer de nouveaux modèles de compréhension.

Depuis 1976, l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage ».

Cette définition a l'avantage de supprimer la dichotomie entre l'organique et le psychologique et invite à la prendre en compte dans toute sa complexité :

- la composante sensorielle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le codage du type, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages douloureux;
- la composante émotionnelle ou affective correspond au côté désagréable, agressif, pénible, difficilement supportable de la douleur.

1.2 Différents mécanismes et étiologies (causes) sont impliqués dans les douleurs observées en cancérologie

Certains mécanismes sont dits générateurs de douleur. Ils sont le point de départ des messages neurologiques qui vont aboutir à l'élaboration et à la perception de la douleur au niveau cérébral. En cancérologie, la mise en jeu de la nociception et/ ou de mécanismes neuropathiques expliquent la majorité des douleurs.

- Les douleurs nociceptives résultent de l'activation du système de la nociception par une lésion interne ou externe de l'organisme. En oncologie, ceci explique plus de 70% des syndromes douloureux. La lésion peut être causée par le cancer comme par les traitements du cancer (mucite liée à la radiothérapie par exemple). Quand la cause disparaît (traumatisme, inflammation...) ou est traitée, les douleurs nociceptives évoluent vers la guérison. Tant que la cause persiste (comme la présence d'une masse tumorale par exemple), il est habituel que la douleur persiste. Ce type de douleur répond bien aux médicaments antalgiques dont les plus puissants sont les morphiniques forts.
- Les douleurs neuropathiques sont la conséquence d'une lésion du système nerveux : compression d'un nerf par la tumeur, toxicité neurologique d'une chimiothérapie, séquelle d'une chirurgie par exemple. Elles sont déroutantes pour les personnes malades et pour les médecins. Elles sont ressenties de manières inhabituelles (brûlure, fourmillement, décharges électriques...), ce qui rend parfois leur vécu inquiétant. Quand la cause de la souffrance neurologique disparaît, la douleur peut persister de manière transitoire ou chronique (séquelle douloureuse). Leur diagnostic est parfois difficile, car ces douleurs peuvent survenir avec un décalage dans le temps (jour, semaines, mois), après la lésion nerveuse. En oncologie, les douleurs neuropathiques sont retrouvées, seules ou en association avec une douleur nociceptive, dans environ 30 % des cas. Ces douleurs sont mal soulagées par les antalgiques habituels et nécessitent des traitements particuliers : certains antidépresseurs et certains antiépileptiques sont les médicaments de référence.

L'analyse des étiologies montre que si le cancer est fréquemment impliqué, il n'est pas la seule cause possible de douleur. Les traitements du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie) peuvent être à l'origine de douleurs aiguës (quelques jours à quelques semaines) ou chroniques (à partir de 3 mois).

1.3 L'intensité et le retentissement de la douleur sont des éléments importants à analyser qui ne préjugent pas de la gravité de la cause

Quels que soient le mécanisme ou la cause, il n'existe pas de règle permettant de préjuger de l'intensité ou du retentissement de la douleur sur l'individu. Une douleur peut être chronique, avoir très peu de retentissement et ne pas nécessiter de traitement antalgique.

L'intensité de la douleur n'est pas liée à la taille ou à la « gravité » du cancer :

- l'endroit où se situe la tumeur (près d'une zone « riche en nerfs ») est parfois plus important que la taille;
- les douleurs liées aux traitements sont parfois plus intenses que la douleur liée au cancer ;
- de nombreux facteurs, y compris psychologiques et sociaux, interviennent dans le vécu et donc dans la perception d'une douleur.

L'analyse de l'intensité, du retentissement de la douleur sur le sommeil, le moral, les activités du quotidien, permettent au médecin d'adapter la prise en charge la douleur et de fixer des objectifs pour juger le(s) traitement(s) mis en place.

En considérant, par ailleurs, que toutes les douleurs ne sont pas liées au cancer et qu'une douleur neuropathique peut persister après disparition de la lésion causale, il est aisé de comprendre que l'intensité de la douleur n'est pas un « marqueur » du cancer.

1.4 La douleur est fréquente en cancérologie, y compris lors de la phase de surveillance

Situation	Patients douloureux	Personnes parmi les patients douloureux avec une douleur d'intensité moyenne à forte
Tous cancers, en phase de traitement du cancer*	40-70 %	30 %
Cancer avancé*	60-70 %	45 %
À distance du traitement curatif (phase de surveillance)**	30-50 %	10-40 %

2. Ce qui se fait

2.1 Les stratégies de traitement des douleurs cancéreuses sont efficaces, mais les traitements doivent être adaptés et personnalisés en tenant compte des réticences et idées fausses

Le traitement de la douleur cancéreuse repose sur les traitements de la cause (ici le cancer) et sur l'utilisation de médicaments antalgiques qui sont une pierre angulaire du traitement.

L'usage des antalgiques est bien codifié depuis 1986 (recommandations de l'Organisation mondiale de la santé - OMS). Il a été prouvé qu'avec les moyens simples, décrits dans la stratégie OMS, applicables en théorie par tout médecin, il était possible de soulager efficacement 75 à 80 % des patients (Ventafrida 1987, Zech 1995). Quand cette stratégie simple est en échec ou insuffisante, un recours aux équipes et structures expertes dans l'évaluation et le traitement de la douleur est possible. D'un point de vue médical, un résultat satisfaisant correspond à la situation d'une personne dont la douleur habituelle est faible ou absente, ne perturbe pas le sommeil, et limite le moins possible les activités du quotidien.

+ Avec l'Institut National du Cancer

Tant que ce résultat n'est pas obtenu et tant que les effets indésirables n'altèrent pas le quotidien, le médecin proposera d'adapter le traitement. Le traitement est toujours « sur mesure », discuté conjointement avec la personne malade. Si un soulagement est fréquemment obtenu, il faut parfois attendre plusieurs jours et plusieurs adaptations pour arriver à ce résultat.

La gestion pratique des médicaments pour obtenir un soulagement repose sur :

- le recours aux morphiniques forts quand la douleur est intense ou mal soulagée par des traitements moins puissants;
- le recours aux traitements des douleurs neuropathiques quand cela est nécessaire;
- la prise en compte des phénomènes anxieux ou dépressifs associés ;
- la prévention et la correction des effets indésirables quand ils existent :
- une individualisation de la prise en charge par une évaluation régulière (idéalement toutes les 24-48 h) de l'efficacité et des effets indésirables, qui permet l'adaptation du traitement. En tenant compte du fait que différents médecins peuvent intervenir au cours de ce processus, ceci implique une bonne coordination des acteurs.

Il est intéressant de noter que certains échecs ou insuffisances de résultats peuvent être liés, en partie, à des réticences de la personne malade ou de son entourage (Tableau 2).

Il n'y a aucune honte ou anomalie à avoir une crainte vis-à-vis de certains médicaments, mais il est important d'en discuter.

2.2 Les douleurs séquellaires des traitements ne doivent pas être négligées : elles nécessitent parfois une prise en charge pluridisciplinaire

Tous les traitements du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie) peuvent être à l'origine de douleurs persistantes. Ces douleurs peuvent altérer la qualité de vie au quotidien et être un obstacle à la réinsertion.

Si ces douleurs sont facilement explicables, elles ne sont pas « normales » et il est souvent difficile de faire le pronostic de leur durée dans le temps, y compris à l'arrêt du traitement jugé responsable. Souvent, il existe une part neuropathique, séquellaire, dans le tableau douloureux. Ces douleurs qui sont fréquentes

(Tableau 1) ne s'expliquent pas par une faute (traitement qui aurait été mal réalisé) ou une complication.

Ces douleurs sont parfois négligées alors qu'elles peuvent être intenses et/ou durables et/ou retentissant fortement sur le quotidien. À titre d'exemple, une étude récente (Gartner 2009) réalisée au Danemark, a interrogé 2 à 3 ans après le traitement d'un cancer du sein, les femmes qui avaient été traitées pour un cancer du sein. Parmi les 3 754 patientes traitées dans la période choisie par les auteurs, 3 253 femmes ont répondu (recul de 26 mois en moyenne par rapport au traitement). Dans cette population, 201 présentaient des douleurs intenses (6 %), 595 des douleurs modérées (18 %) et 733 des douleurs légères (22 %) dans la région traitée (douleur séquellaire). Pour toutes ces femmes, seules 306 avaient consulté un médecin, dans les 3 mois précédant l'enquête, pour le motif de cette douleur.

DE LA DOULEUR CANCÉREUSE (LISTE NON EXH	AUSTIVE)	
Pensées et attitudes possibles	Conséquences possibles	
Douleur vécue comme une fatalité.	Ne pas alerter, attirer l'attention du médecin sur la douleur. Endurer la douleur.	
Certitude que la douleur cancéreuse ne peut pas être bien/efficacement soulagée.	 Faible exigence en termes de résultat : ne pas signales au médecin, aux soignants que l'on est mal soulagé. Arrêt prématuré des traitements sans leur donnes le temps d'agir. 	
ldée qu'il faut « économiser » les antalgiques pour qu'ils ne perdent pas leur effet avec le temps.	Prendre ponctuellement quand la douleur est intense les médicaments prescrits à horaire fixe : diminution de l'efficacité.	
Peur des morphiniques : devenir dépendant, devenir différent, « perdre la tête », morphine synonyme de gravité du cancer ou de fin de vie	 Crainte de prendre ces traitements. Discours minimisant la douleur, par peur que le médeci majore le dosage. 	
Peur d'utiliser les médicaments antiépileptiques et/ou antidépresseurs (utilisés dans les douleurs neuropathiques).	 Arrêt prématuré des traitements : sans leur donner le temps d'agir ; sans laisser le temps que certains effets indésirables disparaissent. 	

Une prise en charge est possible si elle est souhaitée ou nécessaire.

La première étape consiste en une évaluation, souvent réalisée par différents professionnels de santé. Avant de proposer une stratégie de traitement, il est important d'avoir :

- 1. identifié le mécanisme de la douleur ;
- 2. mesuré le retentissement de la douleur ;
- 3. exploré les possibles facteurs de modulation de la douleur existante, qu'ils soient d'ordre psychologique, familial ou social

Cette évaluation permet de comprendre toutes les dimensions de la douleur, de clarifier certains enjeux de réinsertion, de discuter une prise en charge globale et personnalisée, médicamenteuse et/ou non médicamenteuse, comme pour toute douleur chronique.

3. Les progrès encore nécessaires

Depuis le premier Plan de lutte contre la douleur (1998), de nombreux progrès ont été réalisés en France, mais tout n'est pas réglé.

- Pour la douleur cancéreuse, il persiste un écart entre les bons résultats attendus et la réalité. Les enquêtes disponibles pour la France (Larue 1995, Brasseur 2007) et des enquêtes récentes réalisées en Europe (Holtan 2007, Breivik 2009) montrent que 14 à 30 % des personnes présentant des douleurs quotidiennes modérées à intenses n'ont aucun traitement antalgique.
- Pour la douleur séquellaire, des progrès et travaux scientifiques restent nécessaires avant la mise en place de stratégies de prévention.

Ceci explique que le Plan cancer 2009-2013 intègre des mesures en termes d'organisation et de moyens, susceptibles d'améliorer la situation actuelle :

- Mieux accompagner la personne pendant et après les traitements du cancer ;
- Amélioration du parcours de soins pendant la phase de traitement du cancer et lors de la période de surveillance
- en corrigeant le manque de continuité des soins entre l'hôpital et le domicile,
- en permettant au médecin traitant d'être le référent médical au domicile (accès aux données médicales, travail coordonné des professionnels de santé, mise à disposition de référentiels de traitements...);
- Généraliser la mise en oeuvre des mesures qualité lancées par le Plan cancer précédent : renforcer les soins de supports en intégrant mieux la lutte contre la douleur (favoriser identification des besoins de prise en charge et l'accès aux équipes spécialisées).

Téléchargez le guide de référence Douleur et cancer http://www.e-cancer.fr/pendant-les-traitements/la-douleur

Coordination de la fiche repère « La douleur en cancérologie » de l'INCa : direction soins et vie des malades, département parcours de soins et vie des malades.

Rédacteur : Docteur Thierry Delorme. Groupe de travail : Docteurs Claire Delorme, Jean-Luc Labourey, Agnès Langlade, Jean-Claude Lucien, Malou Navez, Ludmilla Ribière.



L'usage des antalgiques est bien codifié depuis 1986 (recommandations de l'Organisation mondiale de la santé - OMS).

Références bibliographiques

- Brasseur L. et al.: EFIC 2007 poster. « Pain prevalence and intensity between cancer patients: a 12 years interval survey in France».
- Breivik H. et al.: Cancer related pain: a pan European survey of prevalence, treatment and patient. Ann Oncol. 2009;20:1420-33.
- Delorme T. et al.: Recommandations pour la pratique clinique: Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour). Rapport abrégé. Bull Cancer 2004; 91(5):419-30. FNCLCC septembre 2003 (www.sorcancer.fr rubrique spécialiste/soins support/douleur).
- Gartner R et al.: Prevalence of and factor associated with persistent pain following breast cancer surgery. JAMA 2009; 302:1985-19920.
- Holtan et al.: Prevalence of pain in hospitalises cancer patients in Norway: A national survey. Palliative Medecine 2007;21: 7-13.
- Larue F et al.: Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ 1995; 310(6986):1034-7.
- Van den Beuken-van Everdingen MHJ et al.(A): Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Annals of Oncology 2007;18: 1437–1449.
- Van den Beuken-van Everdingen MHJ (B), High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. Pain 2007; 132: 312 320.
- Ventafrida V. et al.: A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer 1987;59: 850-856.
- Zech DF et al.: Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10 years prospective study. Pain 1995;63: 65-76.

Les programmes « bien-être » sur le lieu de travail n'apporteraient aucun bienfait la première année



FMT Mag grand frère de Vive la Forme trouve dans cet article de Jean-Pierre ZANA l'occasion de faire un lien entre des pratiques complémentaires qui ont trop tendances à s'ignorer. C'est une porte que l'auteur entrouvre.

Ne faudrait-il pas y mettre le pied pour éviter qu'elle se referme...

Une étude Américaine révèle que les programmes de bien-être sur le lieu de travail n'apportent quasiment aucun bienfait dans la 1ère année. La santé au travail, la qualité de vie au travail sont deux piliers forts dans la gestion des ressources humaines dans les entreprises aujourd'hui. Le management des collaborateurs serait dans une phase de changement de paradigme. Il ne s'agit plus de mettre les équipes au travail, de diriger le travail ou d'organiser le travail... Mais de s'assurer que "mes collaborateurs" se sentent bien, aillent bien, prennent soin d'eux... Quelle belle opportunité pour les thérapeutes du mouvement...les Kinés, les psychomot, mais il y a aussi les animateurs d'activité physique, les coaches de tout poil et les nombreux gourous en tout genre... qui se sont lancés sur ce marché oserais-je dire à corps perdu...

Les thérapeutes bien formés savent depuis longtemps que retrouvez le mieux-être est un long chemin de travail physique bien dosé, bien encadré, associé à une vie équilibrée, une alimentation bien calibrée, et une vie de relation riche et sereine... Un vrai parcours du combattant n'est-ce pas ? Ce sont des questions que l'on me pose quasi tous les jours dans les interventions en entreprise et je reste toujours très réservé dans mes réponses. M'appuyant sur de rares études, j'arrive à "convaincre" parfois qu'il vaut mieux laisser les salariés s'organiser entre eux, créer des petits groupes d'activité par affinité ou de solliciter le comité d'entreprise pour qu'il subventionne de l'activité physique auprès de professionnels reconnus...

Des avantages quasi nuls

Aux États-Unis le phénomène a pris une autre ampleur qui n'apparaît pas encore me semble-t-il dans notre hexagone... Imaginez si votre employeur vous récompense financièrement, si vous vous inscrivez pour suivre un dépistage d'éventuels problèmes de santé, si vous comptez vos pas et en rendez compte, ou si vous cessez de fumer, vous êtes loin d'être le seul à vous inscrire : les programmes de bien-être au travail

sont une entreprise énorme qui englobe plus de 50 millions de travailleurs américains et près de 8 milliards dans l'industrie. Si les employeurs aident les travailleurs à être en meilleure santé, cela devrait signifier des coûts médicaux plus bas, moins d'arrêts maladie, une productivité plus élevée - une solution gagnantgagnant qui vaut un investissement, n'est-ce pas ? Peut-être pas si on prend le temps de lire une nouvelle étude qui montre des avantages pratiquement nuls d'un programme de mieux-être au travail dans sa première année : Pas de coûts de santé inférieure. Pas moins de jours d'arrêt maladie. Pas de nouvelles vocations pour la gym. Pas d'augmentation de la productivité. L'étude bienêtre au travail de l'Illinois a visé à déterminer principalement l'impact du programme sur les résultats de santé et d'emploi, a déclaré le co-auteur David Molitor de l'Université de l'Illinois à Urbana-Champaign. «Et à travers 39 résultats différents qui ont été examinés, nous avons trouvé des "zéros" - et des zéros assez précis - sur presque tous les résultats», y compris les dépenses de santé, au regard des résultats à un an.

Il convient de noter deux exceptions. Des travailleurs qui ont rejoint le programme de mieux-être devenaient plus susceptibles de solliciter des visites pour des problèmes de santé, en indiquant qu'ils pensaient que leur employeur accordait une grande priorité à la santé des employés. L'étude peut nous interroger. En effet, comment les employeurs se sont-ils tant enthousiasmés pour des programmes dont les résultats - au moins à court terme - sont-si décevants? La réponse courte est cette maxime ancestrale de la recherche statistique : les méthodes sont importantes. Dans de nombreuses études antérieures, qui ont montré des avantages impressionnants des programmes de mieux-être, les méthodologies étaient "observationnelles". Il s'agissait simplement de mesurer les différences entre les employés qui se sont inscrits à un programme de mieux-être et ceux qui ne l'ont pas fait.





Prévention à long terme

C'est un problème d'auto-sélection. Les travailleurs qui s'inscrivent à des programmes de mieux-être sont susceptibles d'être ceux qui mènent déjà une vie plus saine, et sont heureux de gagner des récompenses financières pour les choses qu'ils font de toute façon. Pour lutter contre ce parti pris, Molitor et ses collègues ont utilisé ce qui est considéré comme la référence des études de recherche : un essai contrôlé randomisé. Près de 5.000 employés de l'Université de l'Illinois ont été assignés au hasard au programme de mieux-être ou à un groupe de contrôle n'ayant pas accès au programme. Considérez deux employés, Pamela et Kate. Kate aime déjà aller à la gym, fait des examens réguliers et surveille son régime. Pamela est une fumeuse, elle exerce une activité supplémentaire qui la prive de sommeil et elle est en surpoids de 15 kg. Entrez dans le programme de bien-être. À votre avis, quelle employée est le plus susceptible de participer ? Kate n'est-ce pas ?

Le co-auteur de l'étude Damon Jones de l'Université de Chicago explique :

Avec une étude d'observation, à la fin de l'année, nous comparons les participants (principalement les Kate's) aux non-participants (principalement les Pamela's). Si nous trouvons une différence sur leur état de santé et les dépenses, cela pourrait être parce que Kate était en meilleure santé pour commencer.

Avec un essai contrôlé randomisé, nous évitons cette inquiétude. Nous prenons la moitié des Kate's et la moitié des Pamela's et nous les mettons dans un groupe de contrôle. Ensuite, nous prenons les autres moitiés et les mettons dans le groupe de traitement, qui peut accéder au programme de bien-être. Nous savons que les deux groupes sont maintenant à peu près similaires pour commencer. Ainsi, à la fin de l'année, les différences sont dues au programme de mieux-être et non aux différences préexistantes. L'étude de l'Illinois, qui vient de sortir du Bureau National de la Recherche Economique et qui est financée par des subventions de recherche fédérales, à but non lucratif, risque d'être impopulaire parmi les défenseurs du bien-être en milieu de travail qui soulignent les avantages des programmes. Anticipant le refoulement potentiel, les chercheurs ont fait de leur mieux pour s'assurer que le programme de bien-être universitaire qu'ils suivaient était au sommet de la hiérarchie, a déclaré le co-auteur Julian Reif de l'Université de l'Illinois. Il comprenait un dépistage de santé sur le campus, des évaluations en ligne, une vaste gamme d'activités de bien-être et des récompenses financières pour la réalisation des étapes du programme : « Nous ne pensons pas que vous pouvez le critiquer en disant » Eh bien, ce n'est pas un programme de bien-

être très fort ! « Nous nous sommes appuyés sur les lignes directrices de l'industrie et avons conçu notre programme de mieux-être en milieu de travail pour qu'il soit aussi efficace que possible. » Les auteurs de l'étude reconnaissent que cela peut prendre plus de temps pour qu'un programme de mieux-être montre des résultats, et prévoient de continuer leur étude pendant quatre autres années : « Nous n'avons pas de position particulière sur la question de savoir si ces programmes fonctionnent ou non », a déclaré Molitor. « Nous sommes également ouverts à la possibilité d'effets à long terme quand ils ne le sont pas à court terme. » L'équipe a mesuré, mais n'a pas encore analysé, les résultats "biométriques", tels que les changements dans la pression artérielle ou le cholestérol. C'est leur prochaine tâche, disent-ils. Pour l'instant, explique Molitor, l'étude suggère que les lieux de travail qui adoptent des programmes de bien-être ne devraient pas s'attendre à des résultats immédiats. Une autre constatation : Offrir une récompense de 100 \$ pour participer semble être presque aussi bon qu'une récompense de 200 \$, en termes de participation stimulante, de sorte que le niveau d'incitation financière peut suffire. Et une préoccupation soulevée par l'étude : « Les fumeurs étaient parmi les employés les moins susceptibles de participer au programme de mieuxêtre » a déclaré Molitor. « Comment influencer leur comportement s'ils ne se présentent pas et ne participent pas ? Donc, ces programmes de bien-être à grande échelle peuvent ne pas être efficaces pour cibler certains groupes d'employés qui en ont le plus besoin. » En fin de compte, les chercheurs espèrent que leur étude mettra en évidence les pièges des études types sur les programmes de mieux-être au travail. « S'ils avaient fait une étude d'observation typique avec leur grand ensemble de données - même en essayant de compenser les effets de l'auto-sélection - ils auraient pu penser que le programme de bien-être a affecté la santé » a dit Molitor. « Notre principal espoir est que cette étude fournisse des preuves crédibles sur les impacts de ces programmes dans un espace où des preuves crédibles font défaut quant à la taille d'un problème de bien-être au travail. »

Les thérapeutes du mouvement devraient s'enrichir d'études comme celle-ci et d'autres qu'ils pourraient mettre en place pour justifier la longueur de certains traitements, l'importance de l'éducation thérapeutique qui ne peut aller aussi vite que l'intelligence artificielle même si cette dernière peut être utile à des programmes novateurs. Voilà une source de réflexion dans les nouveaux enseignements universitaires. A l'heure où se préparent les étudiant de la première promotion "Physiotherapist New Age" à réaliser leur mémoire. Il est temps d'ouvrir nos études et nos recherches non plus seulement vers la thérapie mais plutôt vers la prévention.

+ Avec Newpharma

56% des Français estiment que leur état de santé n'est pas bon!

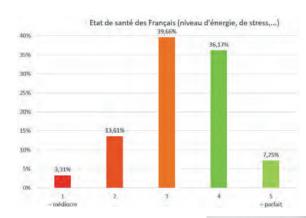
Quel est l'état de santé des Français ? Après les bonnes résolutions 2018, la santé, indispensable pour leur bonheur, reste le vœu le plus cher pour la quasi-totalité des Français bien avant l'amour et l'argent...

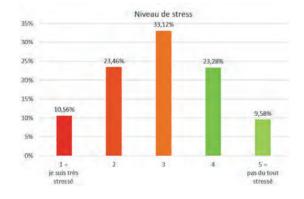
Mais malgré toutes les solutions qu'ils essaient de mettre en place, les Français ne se portent pas bien. Leur niveau de santé n'est pas bon! Alors comment perçoivent-ils leur état de santé?

Une autoévaluation qui porte sur les thématiques suivantes : stress, fatigue, consommation d'alcool et de tabac, surpoids et condition physique.



Newpharma a réalisé une étude auprès de 1.197 personnes en respectant la méthode des quotas. Il en ressort que 56,58% des sondés estiment que leur niveau de santé n'est pas bon. Ils sont à peine 7,25% à considérer leur niveau de santé comme bon.





67% DES FRANÇAIS VICTIMES DU STRESS

A la question « Les Français sont-ils stressés ? », plus de 2 Français sur 3 (67,14%) estiment l'être et plus d'1 sur 10 (10,56%) se considèrent très stressés ! Néanmoins près d'1 sur 10 (9,58%) des sondés indiquent quant à eux ne se sentir « jamais » stressés. Un constat qui corrobore les résultats de l'étude de Newpharma sur les médicaments les plus recherchés dans l'Hexagone en 2017. Les anxiolytiques, utilisés pour lutter contre le stress et l'anxiété, représentent une large part des recherches internet des Français (57% des recherches associées aux psychotropes).



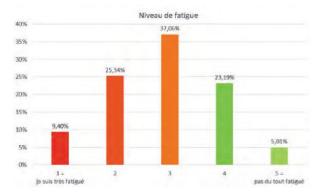
Parmi les personnes interrogées, le top 5 des solutions mises en place pour améliorer le niveau de stress est : le sport tel que la marche, le vélo,... (49,24%) et 46,46% essaient de positiver. Arrive en troisième position le désir de prendre du temps pour eux (42,61%). 36,79% souhaitent s'évader en écoutant de la musique, en chantant ou bien en lisant et 26,50% préfèrent également boire des tisanes ou des thés relaxants! Cependant, une personne stressée aura tendance à écouter plus de musique et consommer plus de tisanes qu'une personne qui ne l'est pas!



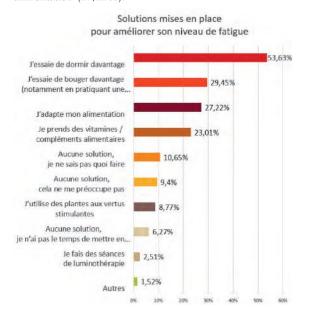
LA FATIGUE, UN FLÉAU POUR 71% DES FRANÇAIS

« Les Français estiment-ils être fatigués ? »

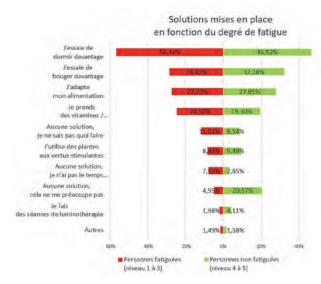
Plus de 7 Français sur 10 (71,8%) considèrent être globalement fatigués. En effet, 9,40% se considèrent très fatigués et seulement, 5,01% des sondés ne se sentent « jamais » fatigués.



Pour l'ensemble des répondants, le top 5 des solutions pour combler ce manque de sommeil est en premier lieu, le fait d'essayer de dormir davantage (53,63%), en second lieu, l'envie d'essayer de bouger davantage (29,45%) et en troisième lieu, adapter son alimentation (27,22%).



Pour les deux dernières positions du top 5, le classement varie en fonction du degré de fatigue. Au sein des personnes qui se considèrent comme fatiguées, 24,50% prennent des vitamines et 11,51% ne savent pas quoi faire pour y remédier. Quant aux sondés qui n'ont pas cette carences de sommeil, 20,57% ne se préoccupent pas de cela et enfin, 19,30% prennent des vitamines et compléments alimentaires.



59% DES FRANÇAIS N'ONT PAS UNE BONNE CONDITION PHYSIQUE

« Comment les Français évaluent-ils leur condition physique ? »

Plus de la majorité des répondants (59,26%) estiment ne pas avoir une bonne condition physique dont 4,12% qui indiquent avoir une condition physique « médiocre ». En revanche 7,88% des sondés estiment qu'elle est parfaite.

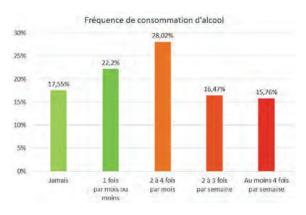
« Quelles solutions les Français mettent-ils en place pour améliorer leur condition physique ?»

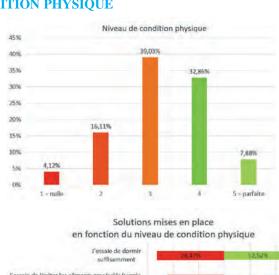
Une fois de plus l'ordre de préférence des solutions diverge en fonction de la bonne ou mauvaise condition physique des gens. Chez les personnes qui ont une bonne condition physique, 60,83% pratiquent une activité régulière, en seconde position, 52,52% essaient de dormir davantage, en troisième position, 44,42% limitent les aliments gras, salés et sucrés et consomment des fruits et légumes, 27,57% évitent la consommation excessive d'alcool et 22,54% évitent le tabagisme. Chez les personnes qui ont une mauvaise condition physique, 28,47% choisissent avant tout de dormir davantage, 27,23% limite les aliments gras, sucrés et salés. Arrive seulement en troisième position la pratique d'une activité physique régulière, 11,51% évitent la consommation excessive d'alcool et enfin 8,42% évitent de fumer!

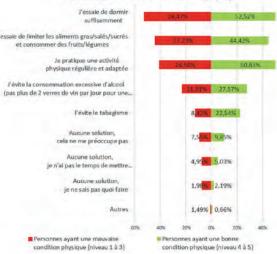
LE FRANÇAIS, UN BUVEUR RAISONNABLE

« Quelle est la consommation d'alcool des Français ? »

Plus de 4 Français sur 5 (82,45%) prennent de l'alcool dont 32,23% au moins 1 fois par semaine. Les Français boivent raisonnablement de l'alcool car plus de 2 sur 3 (69,71%) parmi ces buveurs d'alcool ne prennent qu'un ou deux verres seulement quand ils en consomment. Ils ne sont que 15,76% à boire au moins 4 verres par semaine.







+ Avec Newpharma



« Quelles solutions prennent-ils pour réduire leur consommation? »

Près de la moitié des personnes concernées (46,49%) se dise « ne pas être préoccupée par cette question »! 28,65% disent qu'ils définissent une limite de consommation et qu'ils s'arrêtent lorsqu'elle est atteinte. 17,30% modifient leur mode de vie en changeant de lieux de sorties et d'activités et pratiquant davantage de sports.

Si on ne tient compte que des personnes disant consommer de l'alcool au moins 4 fois par semaine, plus de la moitié d'entre eux (55,93%) consomment 1 à 2 verres quand ils boivent mais 45,83% des gens ne se disent pas préoccupées de réduire leur consommation pour avoir un meilleur niveau de santé.

LE FRANÇAIS PREND SOIN DE SA SANTÉ

« Combien de Français fument et à quelle quantité ?

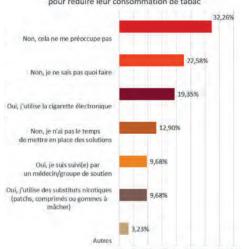
Le Français prend soin de sa santé : 2 Français sur 3 (66,88%) des interrogés ne fument pas. Concernant les fumeurs, plus de 8 sur 10 fument un paquet maximum et ils sont près de 3% à consommer plus d'un paquet par jour, considéré comme « gros fumeur ».

« Les fumeurs arrivent-ils à réduire leur consommation ? »

Parmi l'ensemble des fumeurs, 42,61% ne se préoccupent pas de cette question, plus d'1 sur 10 utilise la cigarette électronique mais malheureusement 8,42% des sondés ne savent pas quoi faire.

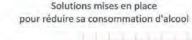
Concernant le top 5 des solutions choisies par la catégorie des « gros fumeurs »: le premier choix pour près d'1 fumeur sur 3 (32,26%) est de ne pas se préoccuper de la diminution de sa consommation. Plus d'1 fumeur sur 5 (22,58%) ne savent pas quoi faire. C'est quasiment autant que ceux qui choisissent la cigarette électronique (19,35%). La quatrième solution reprend les personnes qui disent ne pas avoir le temps de mettre en

Solutions mises en place par les "gros fumeurs" pour réduire leur consommation de tabac Non, cela ne me préoccupe pas Non, je ne sais pas quoi faire Oui, j'utilise la cigarette électronique Non, je n'ai pas le temps de mettre en place des solutio Oui, je suis suivi(e) par un médecin/groupe de soutien Oui, i'utilise des substituts nicotique (patchs, comprimés ou gome mâcher)

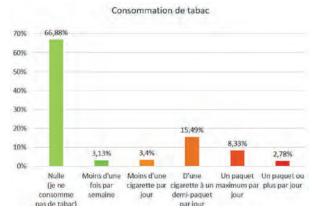


place une solution (12,90%) et en cinquième position, ceux qui disent être suivis par un médecin ou par un groupe de soutien (9,68%).

Nombre de verres consommés 80% 69.71% 40% 30% 21.93% 20% 0,54% 1 00 2 3 ou 4 5 00 6 10 ou plus







Solutions mises en place

pour essayer d'améliorer son alime

66% DES FRANÇAIS ESTIMENT ÊTRE EN SURPOIDS

Par surpoids, on entend une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

« Combien de Français s'estiment en surpoids ? »

Près d'1 Français sur 3 (33,21%) ne se considère pas être en surpoids. Donc plus de 2 Français sur 3 (66,79%) estiment avoir un problème de poids.

« Comment améliorent-ils leur alimentation ? »

48,52% des Français consomment davantage de fruits et légumes. 48,43% font plus attention aux aliments qu'ils consomment (y compris à leur composition 25,60% essaient d'éviter de manger trop souvent à l'extérieur en préparant le plus souvent possible leur repas. Cependant, 18,26% des Français ne sont pas préoccupés par cette question et 6,09% ne savent pas quoi faire.



Conclusion

«Les résultats de cette étude démontrent clairement que le Français souffre d'un mal-être généralisé. Stress, fatigue, mauvaise condition physique,... ne sont que le reflet d'une société qui en demande toujours plus. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la consommation d'alcool est raisonnable voir faible.» constate Jérôme Gobbesso, fondateur et CEO de Newpharma. «Ce n'est cependant pas une fatalité.

Des solutions existent. Nous espérons que ces chiffres permettront une prise de conscience et que les Français prendront soin de leur santé.»

Sauter sur l'occasion de bouger

bellicon® est un accessoire au concept très simple (un mini trampoline) qui permet de travailler de façon ludique. C'est également un outil déjà utilisé par les professionnels de santé (kinésithérapeutes, ostéopathes, médecins du sport, naturopathes, hygiénistes de santé...) qui s'en servent en cabinet pour des séances de rééducation ou en entretien. Ils s'en servent notamment pour la remise en mouvement chez les seniors : permettant des exercices tout en douceur, le mini trampoline est parfaitement adapté aux personnes du 3° âge dont la souplesse et l'équilibre sont diminués. Il est utilisé pour la perte de poids, par combustion des graisses stockées; la souplesse et mobilité au niveau articulaire, et ce, sans solliciter de façon négative les articulations. Pour la tonification générale, musculation en douceur : l'ensemble des groupes musculaires sont stimulés et sollicités. Le drainage lymphatique : l'action de pompage des muscles est stimulée, accélérant l'écoulement lymphatique. Le renforcement du système immunitaire : toutes les cellules de l'organisme sont stimulées. L'équilibre, amélioration de la posture : les exercices obligent à travailler en profondeur l'équilibre et à se tenir autrement. Et même les problèmes digestifs, paresse intestinale : tout le système gastro-intestinal est stimulé, corrigeant ainsi les troubles de la digestion et du transit. Ou encore la régulation de la tension artérielle : grâce à la contraction de tous les muscles, dont le coeur.

www.bellicon.com/fr

AxoneExpo



Intiative à saluer que cette 3º édition d'Axonexpo. Le salon de la kinésithérapie des Hauts-de-France, qui se tenait les 23 et 24 mars 2018 au Davo Pévèle Aréna à Orchies (59) est né de l'ambition de l'équipe d'Axone, spécialiste en matériel de rééducation, de combler l'absence d'un salon de la kinésithérapie dans les hauts de France. Ce salon organisé en partenariat avec Rééduca Paris était l'occasion de présenter des matériels dans les secteurs : Tecarthérapie - Thérapie Laser - Travail isoinertiel - Travail en suspension Neurac - Physiothérapie - Cryothérapie corps entier - Cryolipolyse - Cardiotraining - Tables de rééducation - Renforcement musculaire - Renforcement dynamique...

Le Physiomuséum future vitrine pour la profession.

Le prochain musée de la kinésithérapie (Toulouse) en s'adressant au grand public fait le choix de montrer tous les atouts de notre profession. Depuis quelques décennies elle a évolué et étend son champ d'action. En plus de ses thèmes originels que sont les massages et la rééducation du mouvement chez les adultes et les enfants, des domaines aussi variés que l'urogynécologie, la rééducation respiratoire, l'ostéopathie, l'ergonomie dans les entreprises, l'accompagnement des sportifs, la rééducation temporo-mandibulaire, le traitement des cicatrices, etc., sont venus s'ajouter au champ thérapeutique du kinésithérapeute physiothérapeute. C'est pourquoi cette vitrine sera hyper connectée et permettra un dialogue permanent avec des professionnels spécialisés. Ainsi en est-il des forums organisés au travers du site www.museekine.fr qui sera rénové et permettra au grand public de faire part de ses interrogations en ce qui concerne les premiers thèmes choisis que sont : l'ostéopathie, la prévention en kinésithérapie (comment le kinésithérapeute peut vous aider à prévenir des incapacités), le handicap mental et physique, l'utilité des objets connectés. Des équipes de confrères spécialisés dans chaque domaine répondront dans les 48 h à leurs interrogations. Des rencontres organisées dans la salle de conférence du Physiomuséum permettront ces échanges fructueux. Des jeux primés avec QCM destinés au grand public animeront le musée et le site internet. Une coopération avec le Quai des Savoirs à Toulouse permettra une approche vulgarisée et compréhensible des thèmes traités par les kinésithérapeutes.

Vous pouvez participer à la renommée de votre profession en envoyant votre cotisation 2018 de 35 €à AMK - 38 chemin des vieilles écoles 31200 Toulouse.

www.quaides a voirs. fr.

Travailler le plancher pelvien



Pelvicenter appartient à ces innovations qui accompagnent le travail du praticien. Il s'agit d'un appareil médical (certifié DM), qui produit des impulsions magnétiques et qui déclenche des contractions musculaires régulières des muscles du plancher pelvien et des zones musculaires périphériques. Ses applications vont de l'incontinence aux soulagements des douleurs de dos en passant par la prévention des troubles neurologiques ou (avant et après) une cure de prolapsus génito-urinaire.

www.pelvi-up.fr

+ Par Jean-Marc OVIEVE

C.M.K. Le collège de la masso-kinésithérapie, interlocuteur scientifique de la profession



Le CMK s'est doté d'un nouveau bureau Retour sur son rôle et ses missions avec le mot du nouveau président, Sébastien Guérard.

Créé par et pour la profession en novembre 2012, il réunit en son sein toutes les composantes de la profession, politiques et scientifiques : Ordre, syndicats, sociétés savantes (FIG. 1)

Le collège est l'interlocuteur scientifique unique de la profession;

Les missions du CMK

- Analyser et améliorer les pratiques en masso-kinésithérapie pour développer la qualité, la sécurité des soins et la prévention.
- Elaborer des guides de bonnes pratiques et des recommandations destinées à la profession, et en favoriser la diffusion.
- Etre l'interlocuteur scientifique vis-à-vis des autorités publiques en matière de santé publique.
- Apporter sa caution scientifique à des actions, travaux et publications Collaborer avec les autres collèges de professions de santé.

Composante politique

FFMKR

UNSMKL

Composante scientifique

AFMCK

AFREK

AKTL

ARREP

CNKS

CNKP GKTS

IKARE

OMT-FR

SFKV

SFP SFRE

SFRM GEMMSOR

SIREPP

SIRV

SKR

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

FIG 1: Les structures qui participent au CMK

Le MOT du nouveau Président du collège : Sébastien GUERARD :

« Donner au Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK) toute sa dimension dans le paysage de la Santé... »

Le CMK est une structure encore jeune et assez mal identifiée par les professionnels de terrain. Créé en 2012, il regroupe la grande majorité des sociétés savantes de la profession, les organisations syndicales représentatives et un représentant de l'Ordre. Président depuis le mois de janvier, je souhaite clairement accélérer la cadence des travaux menés par le CMK et accroître sa visibilité dans le cadre strict de ses missions, qui consistent à contribuer à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques, développer la qualité et la sécurité des soins, apporter sa caution scientifique à des actions, travaux ou publications.

Le CMK a déjà apporté sa contribution aux recommandations de bonnes pratiques en rééducation vestibulaire et sur la prise en charge des patients BPCO,permettant notamment la création d'un nouvel acte à la NGAPsuite aux revendications des organisations syndicales représentatives.

Plusieurs chantiers sont en cours ou ont vu le jour ces dernières semaines auprès du Ministère de la Santé (participation à l'élaboration des textes relatifs aux Conseils Nationaux Professionnels), de la CNAMTS (travaux sur la refonte de la nomenclature générale des actes professionnels), de la HAS (travaux sur la qualité et la pertinence des soins), de l'ANDPC (travaux sur les parcours de DPC) et enfin auprès des autres Collèges de professions de Santé (Travaux relatifs à la RAAC et la lombalgie).

Enfin, nous installerons le Comité d'organisation du 2nd Colloque du CMK avant le début de l'été. Ce Colloque prévu pour juin 2019 aura pour thème les « Drapeaux rouges » avec pour fil conducteur, la compétence du kinésithérapeute à détecter les situations à risque et contre-indications au recours à la kinésithérapie.

Etre le « bras scientifique armé » des organisations professionnelles... Faire en sorte que les syndicats puissent s'appuyer sur les travaux et contributions du CMK pour faire-valoir les compétences MK et ainsi faire avancer la profession et son niveau de reconnaissance.

Voilà les enjeux et objectifs de mon mandat!

Sébastien GUERARD

Président

Nos formations pour augmenter vos compétences et améliorer vos pratiques



D.U. ERGONOMIE*

KINÉ SPORT

THÉRAPIE MANUELLE • EVIDENCE BASED PRACTICE:

Enseignement basé sur les preuves scientiques

- ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
- SUPPORTS ÉCRIT, VIDÉO, ATLAS DES TECHNIQUES
- 6 BINÔMES PAR FORMATEUR
- E-LEARNING POUR OPTIMISER VOS CONNAISSANCES À VOTRE RYTHME
- VALIDATION UNIVERSITAIRE*



Découvrez tous nos thèmes itmp.fr

L'expertise scientifique du CMK

Depuis sa création, le CMK a été sollicité sur environ 75 dossiers, soit pour participer directement à des groupes de travail, soit pour proposer des experts. Pour exemple :

- Groupe de travail ATIH sur le codage des actes
- Groupe de travail à la CNAMTS sur la rééducation vestibulaire
- Groupe de travail à la CNAMTS sur la réhabilitation respiratoire
- Groupe de travail HAS sur un guide de bonne pratique accueil des personnes en situation de handicap
- Groupe de travail au CNO sur la pratique du DRY NEEDLING
- Groupe de travail à la CNAMTS sur L'amélioration du parcours de soin du patient lombalgique

Par ailleurs, il a été attribué au CMK les missions des conseils nationaux professionnels (rassemblement des composantes d'une même spécialité ou profession) dans le cadre du DPC. Le CMK participe donc à de nombreuses réunions à L'ANDPC notamment sur : Les orientations prioritaires de développement professionnel continu. Le parcours pluriannuel de développement professionnel continu et le document de traçabilité des professionnel .

De même, la **HAS** sollicite régulièrement le **CMK** et ses experts pour des groupes de travail sur la qualité et la pertinence des soins.



Le bureau du collège

De gauche à droite : Eric PASTOR, Sébastien GUERARD (Président), Jean Michel DALLA-TORE, Pierre Henri GANCHOU, Jean Marc OVIEVE, Nicolas PINSAULT



Devenez thérapeute de **K-Taping**[®]!

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



Académie de K·Taping®

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

+ Par Preston Lee Ravail et Pascal Turbil



LE TRAITEMENT, C'EST LE MOUVEMENT

Pourquoi faut-il bouger ? Pour être bien, pour être heureux, pour retrouver les sensations et les plaisirs du corps, pour lutter contre les effets néfastes de la sédentarité, pour diminuer les risques de contracter une maladie, pour en réduire les effets si elle est installée, pour retrouver

une meilleure qualité de vie, pour guérir... Les raisons sont innombrables. L'activité physique constitue un des éléments fondateurs de l'hygiène et de la qualité de vie. Certains la qualifient de premier médicament du monde, mais alors qu'un médicament est destiné à soigner une maladie, l'activité physique participe à la prévention. De même que nous nous devons aujourd'hui de réfléchir aux moyens de préserver notre planète pour permettre à nos enfants d'y vivre sains et heureux, nous nous devons de repenser notre mode de vie et d'envisager les conséquences qu'il a sur nous, sur les autres et sur l'environnement. Encourager et aider chacun d'entre nous à passer, d'une manière significative et durable, de l'état de sédentarité à un mode de vie actif. Un livre d'accès facile qui aborde les APS de manière concrète. On y trouve des recommandations de bonnes pratiques basées sur la connaissance des différentes activités sportives fédérales ou libres.

Bouger pour guérir- Bouger pour prévenir, par Laurence Bensimon- Clémente, avec le Dr Gilbert Pèrés, médecin et maître de conférences et Benjamin Massot, journaliste sportif. Éditions Marabout, 27,60€.



L'ART DE PRESCRIRE

Ce livre qui me semble indispensable en est à sa deuxième édition. C'est la version française d'un livre qui fait référence dans le cadre de la prévention santé et qui est souvent cité comme référence par les organismes internationaux : « Guidelines for Exercise Testing and Prescription », livre écrit par l'American College of Sports Medecine (ACSM). Cette nouvelle édition, entièrement revue et rédigée par des spécialistes de la discipline, apporte toutes les connaissances et

conseils nécessaires pour la prescription au quotidien des activités physiques par les médecins et par les autres professionnels de santé. Très pratique, l'ouvrage s'articule autour de trois grandes parties qui abordent successivement : le développement et la mise en place des activités physiques pour la santé ; les prescriptions indiquées selon la pathologie de la personne (cancer, maladie neurologique, cardiovasculaire, asthme, etc.); les particularités à prendre en compte en cas de grossesse et les spécificités liées à l'âge. En annexe, le lecteur trouvera des outils d'accompagnement, des questionnaires de quantification de l'activité physique, de santé, de risque cardiovasculaire, etc. Fidèle à la loi de santé adoptée fin 2015 et aux prescriptions de l'HAS concernant les thérapeutiques non médicamenteuses, cet ouvrage s'adresse aux médecins du sport, aux médecins de médecine physique et de réadaptation, aux médecins généralistes, aux étudiants des UFR STAPS, aux kinésithérapeutes et aux éducateurs sportifs.

Prescription des activités physiques en prévention et en thérapeutique, par Frédéric Depiesse et Olivier Coste, médecins du sport. Éditions, Elsevier Masson, 37 €.



LA PREUVE PAR LE TEST

Cette 3º édition de l'ouvrage Examen clinique de l'appareil locomoteur est une source d'information clinique indispensable pour chacun des tests d'examen clinique. Cet ouvrage permet à l'utilisateur d'évaluer rapidement la fiabilité et l'utilité diagnostiques des tests d'examen clinique dans le champ

musculo-squelettique. Ce qui autorise le clinicien à incorporer facilement les niveaux de preuve à ses décisions thérapeutiques. Au sommaire de cette nouvelle édition : 84 nouvelles études 34 nouvelles photos et 25 nouvelles vidéos. La présentation des 11 questions QAREL (Évaluation de la qualité de la fiabilité des études Quality Appraisal of Diagnostic Reability) ; une somme d'informations pratiques facilement accessibles structurées en un plan clair et simple d'utilisation conduit le lecteur de l'anatomie à l'examen clinique associé à une étude critique de toutes les publications disponibles sur les tests présentés ; une présentation en tableaux fournit un accès rapide à la fiabilité et à l'utilité diagnostique des tests à la qualité des études à l'anatomie et à la biomécanique et donne des résumés de recommandations pour appliquer ses niveaux de preuve en pratique clinique ; des échelles de qualité pour 269 études au moyen des 11 questions de la liste QAREL; les niveaux de preuve aident le lecteur à se concentrer sur l'efficacité des tests cliniques disponibles.

Examen clinique de l'appareil locomoteur (tests, évaluations et niveaux de preuve), par Joshua Cleland, Michel Pilu, Shane Koppenhaver et Jonathan Su. Editions Elsevier Masson. 59,90 €.



PRÉVENIR ET GUÉRIR LA FATIGUE CHEZ LES SENIORS

Nous sommes tous familiers de la sensation de fatigue et force est de constater qu'elle n'est pas l'apanage des seniors. Mais, naturellement, l'avancée en âge donne à ce phénomène des formes et un retentissement qui lui sont spécifiques. L'objectif de cet ouvrage est double : d'une part, il permet de maîtriser au quotidien

une fatigue physiologique « normale » rapportée à l'âge, celle qui suit l'effort ; d'autre part, il enseigne comment prévenir l'apparition d'une fatigue psychologique plus sévère qualifiée d'asthénie morale, celle qui précède l'effort. Pour ce faire, il convient avant toute chose d'appréhender les différents types de fatigue et leurs mécanismes de base. Puis il s'agira de développer les aspects propres aux fatigues des seniors (des terrains qui les favorisent à leurs conséquences sur la vie quotidienne). Grâce à plusieurs questionnaires, il sera aisé de déterminer de quel type fatigue on souffre. Vient ensuite le temps de la prise en charge que l'auteur traite sous l'angle privilégié des médecines naturelles (phytothérapie, homéopathie, techniques énergétiques...). Tant il est vrai que la meilleure façon de vaincre la fatigue est d'éviter sa survenue, ce livre pratique donne les moyens d'une prévention volontariste. Les bonnes habitudes pour une meilleure hygiène de vie sont faciles à prendre, qu'elles visent le corps ou le mental. Et pour allier l'utile au plaisir de la table, des recettes sélectionnées pour leurs vertus stimulantes clôturent l'ouvrage.

> La fatigue des seniors – Comment s'en libérer et y échapper, par le Dr Jean-Loup Dervaux. Éditions Dangles, 20 €.



Accélérez le rétablissement de vos patients!

✓ Antalgique

✓ Anti-oedème

✓ Anti-inflammatoire

☑ Cicatrisation profonde et superficielle

- Traumatismes du sport
- Douleurs aigües et chroniques
- Tendinopathies
- Bursites
- Capsulites
- Epine calcanéenne
- Périostite tibiale
- Inflammations
- Lésions ligamentaires
- Lésions musculaires
- Douleurs articulaires
- Fractures de fatigue
- Canal carpien
- Canal lombaire
- Cervicalgie
- 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 ou contactez votre distributeur habituel





APONÉVROSITE — PLANTAIRE



