

fmt
mag.com

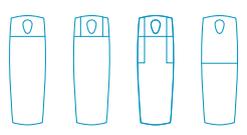
Magazine trimestriel gratuit d'information
Diffusé à 25 000 exemplaires depuis 1979
36 558 exemplaires en diffusion numérique

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

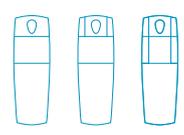
gymna.PRO
Your table. Your choice

10 configurations possibles et encore plus d'options
pour créer la **gymna.PRO** qui correspond à vos besoins.

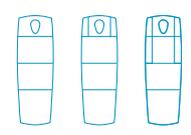
D segment - 2 sections



T segment - 3 sections



Q segment - 4 sections



*Vous méritez le meilleur,
choisissez gymna.PRO
à partir de **2.199€ TTC***



(publicité)

gymna.fr

gymna[®]



www.ecopostural.fr

conception et fabrication depuis 1996



Vivement le monde... d'avant

Souvenez-vous, c'était l'an dernier presque jour pour jour. Le monde découvrait la pandémie, puis le confinement. Ses assouplissements (couvre-feu), puis les retours à des méthodes plus radicales... Une année, presque une éternité. Une année de lutte syndicale, de bataille individuelle. Une année d'adaptation de tout un secteur, qui retrouve peu à peu ses prérogatives, ses patients sinon ses habitudes, Une année faite de rumeurs, d'ordres et de contre-ordres au milieu desquels, le conseil essaie de mettre de l'ordre, contraint de contrer les fake-news comme celle qui disait qu'en raison du couvre-feu à 18h, il était impossible d'aller consulter après cet horaire. Il a fallu que les ordres des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des médecins, des pédicures-podologues, des pharmaciens et des sages-femmes rappellent que les rendez-vous avec des professionnels de santé continuent d'être assurés après 18h. Ça fait désordre... Et ce n'est visiblement pas près de s'arranger si l'on tient compte des variants de tous poils qui se développent à travers le monde. Le monde de la kinésithérapie, comme le monde entier demeure suspendu aux annonces du gouvernement, alors que l'arrivée des vaccins devait tout régler... Là encore, il y a eu des pas en avant, des pas en arrière et des pas de côté, pour très peu de visibilité. Particulièrement optimiste, par nécessité, plus que par nature, nous attendions, voire missions, sur le monde d'après. Sur l'opportunité d'évoluer dans la contrainte. Certains demeurent sur cette ligne (heureusement), quand d'autres, de plus en plus nombreux, en sont simplement à réclamer un retour au monde d'avant...

L'avenir c'est deux mains !

Pascal Turbil

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

Directeur de la Publication
Michel FILZI

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

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

Publicité
Pierre BONNEFOI
pierre.bonnefoi@reedexpo.fr
01 47 56 67 06

Maquette
Marie Poulizac pour So Com

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



Prix : 2,29 euros ISSN 1778-915X

Les informations personnelles recueillies sur ce formulaire sont recueillies sur la base de l'intérêt légitime et sont enregistrées, dans un fichier informatisé, par Reed Expositions France (52 Quai de Dion Bouton, 92800 Puteaux). Elles sont nécessaires à l'envoi de la newsletter du salon et seront traitées conformément à la Politique de Confidentialité de Reed Expositions France.

Les données à caractère personnel à fournir de manière obligatoire sont indiquées comme telle sur le formulaire. Sans ces données, notre société ne sera pas en mesure de satisfaire votre demande.

Ces informations personnelles sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour vous fournir le Service commandé et répondre à vos demandes.

Conformément au Règlement Européen pour la protection des données personnelles (UE) 2016/679 – RGPD et autre loi de protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, d'effacement et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en cliquant sur le lien <https://app.onetrust.com/app/#/webform/0c3a1ef7-191f-4781-af27-a22efb1eb768>

Comptez sur nous pour

un réseau de revendeurs professionnels, à l'écoute et compétent pour vous guider vers ce qui vous correspond le mieux,

des produits au meilleur rapport qualité/prix,

un service après-vente réactif et disponible.



Contactez votre revendeur de confiance

info@ferrox.it • +39 (0)4 38 77 70 99

www.ferrox.it



ACTUALITÉS

Événements digitaux 08
Les séries Digitales Sportives by Reeduca

Kinés du Monde 18
Projet Thaïlande MTC

Nutrition 20
Les informations de l'alimentation et de la nutrition

La saga de kinés 48
Raymond Sohier, un puits de science au service de la thérapie manuelle.

Musée 49
Physiomuséum, la mémoire de demain

Livres 50
L'île lettrée

EXPERTISE

Chronique 06
Le point de vue éclairé de Jean-Pierre Zana

Formation 16
100 Exercices pour vos patients

Technologie 22
La TECAR thérapie à l'heure de la pratique factuelle

Savoirs 41
Les interventions précoces de développement chez les nouveau-nés prématurés : une prise en compte perfectible

ÉTUDES

Etude 12
Les soins de suite et de réadaptation

Thermalisme 14
Une étude sur le stress et la Covid

Professions libérales 28
Détail de la 9^e édition de l'Observatoire CMV Médiforce

TECHNIQUES & MATÉRIELS

Gestion 10
Une solution 100% digitale pour les cabinets de kinésithérapeutes

Témoignage 40
Kysio Nouvelle Génération (Allcare)

p.08



RÉÉDUCA

Réeduca au cœur du sport (et inversement). Dans la foulée des « Live By Réeduca » et dans l'esprit d'1 Jour | 1 Sport | 1 Kiné, l'équipe Réeduca, les MK du sport et les fédérations sportives s'associent pour présenter une série de vidéos thématiques d'une demi-heure.

<<<

p.16

FORMATION

ITMP et Major Mouvement s'associent pour apporter et développer l'ensemble des connaissances et compétences pour une rééducation active des patients. Notamment via l'intitulé (qui est également devenu un livre) : 100 exercices pour vos patients. >>>



p.22

TECHNOLOGIE

La Société SWIMS, revient sur La TECAR thérapie à l'heure de la pratique factuelle, avec la présentation des démarches scientifiques et des protocoles qui démontrent les effets physiologiques d'une technologie qui, combinée à l'expertise manuelle de chaque praticien, offre de nombreuses possibilités de traitement scientifiquement établies. <<<



p.28

ÉTUDE

CMV Médiforce présente la 9^e édition de sa traditionnelle étude sur les professions libérales. Il en ressort que les kinésithérapeutes continuent d'évoluer dans un climat globalement positif, leur satisfaction globale et leur opinion actuelle et future sur leur profession étant stables... >>>



Abonnement

fmt
mag.com

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

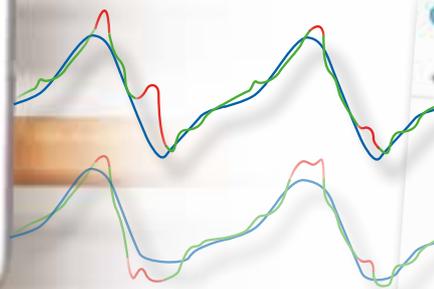
Indiquer vos coordonnées complètes : Nom, Prénom, société, adresse postale et e-mail si vous souhaitez également recevoir les e-letters.

KYSIO®

VOTRE ESPALIER DEVIENT VOTRE ASSISTANT

Optimisez votre temps

Zone de travail en autonomie contrôlée.
Programmez vos séances
facilement et rapidement.



en savoir plus



Valorisez vos actes

Bilan ostéo-musculaire dynamique
aide au BDK
Reprogrammation neuro-motrice
travail en double tâche



C'est mon avis !



Par Jean-Pierre ZANA, cadre de santé kinésithérapeute

Soutenons nos étudiants ! Réveillons les praticiens...

La pandémie nous a repliés sur nous-mêmes, chacun essaye de maintenir un minimum de vie sociale et de poursuivre son travail, mais qu'en est-il des étudiants dont on entend chaque jour qu'ils s'effondrent. JPierre Zana toujours sensible à la transmission de ses savoirs et dont une de ses passions est le partage des connaissances nous apporte ici un petit coup de gueule qui mériterait d'être entendu pour secouer notre profession.

Je devrai commencer par vous souhaiter une "Bonanée" que j'ai du mal à écrire autrement. La pandémie nous a tous perturbés au point de ne pas trop savoir quelle route suivre pour continuer à avancer dans notre vie professionnelle et personnelle. Mes réflexions, mes doutes mes questionnements m'ont conduit à beaucoup m'investir dans le "travail d'après" (voir sur le site de l'ITMD et Rééduca les premières restitutions sur les mutations du travail et les conséquences sur la santé) qui annonce des transformations non négligeables, mais aussi des opportunités d'améliorer nos conditions de travail.

Toujours enseignant en IFMK, je reste extrêmement surpris du peu de communications en 2020 sur la vie estudiantine. Après une année 2020 fort difficile pour nos jeunes en formation, l'année 2021 s'annonce encore bien grise...

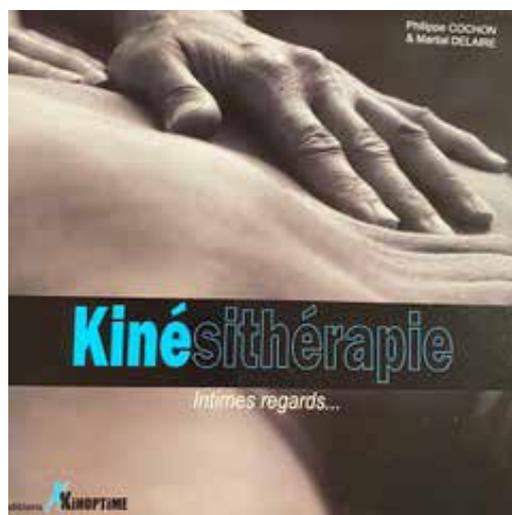
Certes le confinement a obligé les universités, les instituts de formation d'éloigner les étudiants de leurs lieux de formation, mais qu'est que les centres de formation ont-ils fait pour réclamer, maintenir, inventer des moyens qui permettent aux étudiants de poursuivre leurs apprentissages des pratiques professionnelles ?

Les visio-conférences sont devenues le pain quotidien des enseignants et des étudiants le plus souvent sans visibilité du fait des connexions pas toujours fiables... Les présentations défilent l'enseignant regarde bêtement son écran les étudiants en font autant ou pas. Le plus souvent les instituts, les étudiants enregistrent les cours, mais qui les regardent à nouveau quand ils durent 2 à 4 heures ?

La pratique se "théorise", les étudiants vont savoir raconter comment mobiliser un genou, masser une région cervicale, décrire un bilan musculaire... avec deux à trois doigts par main s'accrochant au clavier de leur ordinateur... Mais sur la peau d'un patient ?

Peut-on remplacer le toucher ? Cher à Boris Dolto et à beaucoup d'enseignants ?

Oui bien sûr, des enseignants se sont débrouillés pour montrer quelques techniques en profitant de leur adolescent ou de leur femme ou mari, mais que reste-t-il à l'étudiant lorsqu'il quitte la visio-conférence... Il est chez lui, le plus souvent isolé, avec des parents qui ne sont pas très bien et qui s'inquiètent de leurs enfants et de leur avenir (sans parler des coûts engagés...) ou avec des colocataires qui préfèrent socialiser leur environnement en jouant ensemble ou en préparant un apéro...





Bien entendu, des équipes pédagogiques se sont fortement mobilisées pour garder le contact avec leurs étudiants et essayer de maintenir des TD et TP en présentiel, mais entre les non-obligations de présence en cours et l'absence partielle de travaux pratiques et de travaux dirigés qui eux sont obligatoires ont-ils été profitables au développement des compétences des futurs professionnels ?

Lors du premier confinement, nous avons toutes et tous été déboussolés. Nous avons très peu entendu nos représentations institutionnelles. Le second confinement et les couvre-feux qui se succèdent semblent laisser sans voix les organisations des enseignements, les organisateurs de l'enseignement, les représentants syndicaux de la profession, le conseil national l'ordre, les représentants des URPS, des ARS, la direction générale de la santé, le ministère de la santé...

Cet organigramme pyramidal, raccourci, car ceux qui le connaissent bien savent qu'il est bien plus imposant. Cette organisation qui a multiplié les agences nationales, régionales, locales, les collèges professionnels, les commissions en tout genre, etc. fait qu'il est impossible pour chacune d'entre elles de suggérer, de solliciter ou de proposer des pistes d'accompagnement des enseignements. Quelle organisation de cette chaîne complexe d'intermédiaires s'autorise à solliciter les politiques pour que nos jeunes poursuivent la construction de leur savoir, de leur savoir-faire et de leur savoir-être indispensable à notre métier ?

Nos confrères ne sont pas loin d'être dans des conditions aussi difficiles certes l'activité dans les cabinets ont repris et en retrouvant certains patients ils retrouvent leur motivation, mais notre salon "Rééduca" n'a pas pu ouvrir en octobre supprimant un moment essentiel d'échanges entre les professionnels, mais aussi avec leurs fournisseurs... Des vidéos des visio-conférences sont disponibles avec le lien suivant (https://www.youtube.com/user/ReeducaPortail/videos?view=0&sort=dd&shelf_id=1) n'hésitez pas à vous y plonger elles sont toutes fort intéressantes et instructives.

Où en est notre profession, dont la prévention fait partie du décret de compétences, quand je n'arrête pas d'entendre dans la cadre de la qualité de vie au travail des ostéos envahir les entreprises en faisant de la kinésithérapie et aucun kiné... N'est-il pas temps de réveiller notre communication professionnelle nous qui sommes si appréciés de nos patients ? Ne serions-nous pas capables de leur apporter du mieux-être au travail ?

Pour conclure, j'ai souhaité partager des photos tirées d'un ouvrage de Philippe Cochon et Martial Delaire dont le titre est "Kinésithérapie : Intimes regards" (Ed. Kinoptime) que je vous recommande pour vos salles d'attente et pour féliciter nos étudiants du courage que nous soutenons pour la progression de notre métier.

Enfin, J'ai enseigné depuis de nombreuses années la relation thérapeutique en kinésithérapie sous le titre : Du geste à la parole : Pour une approche systémique des relations kinésithérapeutes-patients avec beaucoup de plaisir de transmettre, mais aussi d'avoir été enrichi par les questionnements des étudiants depuis la fin des années 80. Vous trouverez ces enseignements prochainement sur le LINKEDIN de "Psykinesis) que je vais continuer à développer.

Alors « A vos mains » reprenons-nous, déconfinons notre communication et comme l'a souvent dit un certain "Philippe G." l'avenir de la kinésithérapie c'est deux mains...





Les séries DIGITALES sportives

RÉÉDUCA, AU CŒUR DU SPORT (et inversement) !



Dans la foulée du « Live By Réduca », l'équipe Réduca, les sportifs et leurs kinésithérapeutes s'associent pour présenter une série sportive de **3 épisodes** sous forme de « **Trucs et Astuces** ».

Réduca propose ainsi à tous les professionnels de la rééducation et de la kinésithérapie une version digitale du très populaire rendez-vous **1 Jour | 1 Sport | 1 Kiné** sur Réduca en mettant à l'honneur **le golf, le football et le ski nautique**.



Au programme

Un épisode/sport par mois sur la chaîne Youtube de Réduca :
Avril / Mai / Juin

Retrouvez ensuite tous les épisodes en replay sur notre site internet, Facebook et Instagram.



Dans la pratique

Des vidéos de 30 minutes avec :



Présentation du sport



Traitements, technologies et prévention

Bonus

Posez toutes vos questions en live
via le chat sur Youtube



Et toujours avec le sourire, nous vous retrouvons sur Réduca du **30 septembre au 2 octobre 2021** à Paris Expo Porte de Versailles.

LA RÉÉDUCATION
en mouvement

Plus d'infos à venir sur salonreduca.com

Franco&Fils

CONCEPTION & FABRICATION D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



ZONE INDUSTRIELLE | RN7 | 58320 POUGUES-LES-EAUX
TÉL. : 03 86 68 83 22 | FAX : 03 86 68 55 95
E-MAIL : INFO@FRANCOFILS.COM | SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

Gestion

Une solution 100% web pour les cabinets des kinésithérapeutes



Solution 100% web conçue par et pour les kinés, Maiaia Gestion a vocation à faciliter leur vie : dossiers patients, comptabilité et facturation, la solution gère toutes les tâches administratives de leur cabinet grâce à un seul outil.

Maiaia gestion est une interface intuitive pour une nouvelle expérience utilisateur.

Nativement conçue pour faciliter le quotidien du cabinet, Maiaia Gestion a vocation à optimiser la vie du kinésithérapeute pour lui faire gagner du temps et fluidifier la relation patient à travers notamment :

- Une vue intuitive et synthétique du planning de sa journée et la liste de ses rendez-vous (pris directement en ligne par le patient ou non).
- L'accès direct depuis l'agenda Maiaia aux dossiers médicaux de ses patients.
- Une vue 360° du patient qui regroupe toutes les informations nécessaires (dossier administratif, dossier médical, traitements en cours, facturation, encaissements) pour un meilleur suivi.
- Un bilan généré en un clic, soit 30 minutes gagnées pour chaque bilan ;
- Une vue 360° de l'activité qui en facilite son pilotage.
- La synchronisation automatique des dossiers patients avec l'agenda, évitant toute double saisie.
- Un accès facilité depuis n'importe quel support (PC, téléphone, tablette).
- Un hébergement des données de santé

en France (HDS) pour une sécurité maximale.

« *Nous sommes très heureux de proposer Maiaia Gestion aux kinésithérapeutes en cette fin d'année, fruit d'une collaboration très rapprochée entre les kinés et notre équipes R&D. La même démarche de développement d'une solution d'assistance digitale au plus près des attentes des professionnels de santé est par ailleurs déjà engagée avec des médecins et autres professions médicales, pour créer un écosystème adapté à chaque spécialité* », précise Laurent Savelli, Directeur produit Maiaia Gestion chez Cegedim.

Les professionnels de santé doivent aujourd'hui relever d'importants défis de prise en charge des patients, dans un contexte démographique et géographique qui pose de vrais enjeux de santé publique : le vieillissement de la population, les patients complexes, le développement des maladies chroniques, ou ponctuellement les épisodes de crise sanitaire comme celle que nous traversons actuellement imposent des réponses adaptées permettant d'assurer l'accès et la continuité des soins pour tous. La Suite Maiaia est conçue pour accompagner les professionnels de santé dans cet environnement et la transformation de

leur organisation pluri-professionnelle : agenda et prise de rendez-vous en ligne, proposition d'accès à des soins non programmés, gestion de dossiers patients, proposition de téléconsultation en cas de problème de mobilité ou en période de confinement, partage de documents et adressage de patients facilité pour une meilleure coordination et un parcours de soins optimisé.

Un accès à la carte, sans engagement, offre toute la souplesse nécessaire à ces évolutions de la pratique et notamment le développement de l'activité pluri-professionnelle. « *A l'heure du regroupement pluri-professionnel sur les territoires, en maisons et centres de santé ou encore en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), la suite de solutions Maiaia a vocation à accompagner les professionnels de santé avec des outils de communication, de coordination et de gestion qui leur simplifient la vie et contribuent à une meilleure qualité de prise en charge des patients et à l'optimisation du parcours de soins coordonnés* », souligne Jean-Baptiste Gamblin, Vice-Président de Cegedim Healthcare Software.

Maiaia Gestion a d'ores et déjà reçu un accueil favorable de la part des kinés, avec plus de 4 000 inscrits au webinaire organisé pour annoncer son lancement.

Retrouvez la vidéo sur : <https://youtu.be/gdf6NQy3UQU>

DES FORMATIONS PENSÉES POUR **VOUS**

Pour augmenter **vos compétences**
et améliorer **vos pratiques**

- **EVIDENCE BASED PRACTICE:**
Enseignement basé sur les preuves
- **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***

D.U. ERGONOMIE*

pour devenir consultant-expert en
ergonomie et diversifier sa pratique

THÉRAPIE MANUELLE

du diagnostic précis à l'articulation
des techniques efficaces pour un
traitement en sécurité

À LA CARTE

des formations courtes pour
optimiser vos compétences
(Fascia, Crochetage, Rachis,
Neurodynamique...)

KINÉ SPORT

pour soigner au cabinet et être
un spécialiste des terrains



Leader de la formation
en France et DOMTOM

Découvrez tous nos thèmes
de formations et nos dates

itmp.fr

L'observatoire du secteur des soins de suite et de réadaptation



Nouvelle tarification, réforme des autorisations, nouvelle appellation, développement des prises en charge hors hospitalisation...

Quels impacts et quelles perspectives pour les établissements SSR ?

Les Échos Études ont publié en mars dernier un observatoire du secteur des soins de suite et de réadaptation. Cette étude mesure les impacts de la Loi Santé du 24 Juillet 2019 et de la LFSS pour 2020 sur le secteur. De plus, elle comporte une analyse de la réforme tarifaire du SSR, des business model ainsi que des performances économiques et financières du secteur à travers l'étude détaillée des comptes de 108 cliniques SSR.

La Loi Santé de 2019 : une réforme d'ampleur qui concerne la structuration de l'offre de soins et l'allocation des financements

Refonte des autorisations et nouvelle dénomination, développement des hôpitaux de proximité, décloisonnement ville-hôpital, réforme tarifaire... la loi Santé 2019 est porteuse d'enjeux importants pour les établissements de soins de suite et de réadaptation. La LFSS pour 2020 précise la réforme de la tarification du secteur des SSR et repousse sa pleine application à 2026. D'ici là, les autorisations et les normes auront été revues et les schémas régionaux de santé (SRS) adaptés en conséquence. Parallèlement, le paysage hospitalier évolue avec la structuration des GHT et la labellisation prévue de 600 hôpitaux de proximité qui seront autorisés, pour certains, à faire du SSR. La pression tarifaire semble se relâcher légèrement avec la fin de la baisse systématique des tarifs annoncée pour 2020, 2021 et 2022. La qualité est appelée à jouer un rôle toujours plus important dans le financement des établissements. Le développement du financement au forfait, ou à la séquence pour certaines pathologies, risque également d'impacter le secteur.

Les établissements privés poursuivent leur croissance

Outre les rares créations de nouveaux établissements, les grands opérateurs privés (Korian, Clinéa, Elsan, Ramsay Santé, LNA Santé) mènent une politique de rachats. Le SSR connaît ainsi un mouvement de concentration qui obéit à une double nécessité : économique mais aussi médicale, seule une taille supérieure à 100 lits permettant de mettre en place des équipes soignantes adaptées en nombre et en qualifications requises. Les groupes renforcent par ailleurs leur maillage régional afin de se rapprocher du court séjour, ou de leur réseau d'EHPAD pour les spécialistes de la dépendance, et ainsi réaliser des synergies entre les différents établissements. Ils cherchent par ailleurs à développer les prestations annexes, nécessaires à la viabilité économique des établissements.

Le nouveau visage du secteur SSR

La deuxième génération de SRS présentés par les ARS en 2018 indique une volonté forte d'augmenter le nombre d'implantations en SSR, en donnant une priorité quasi-exclusive à l'hospitalisation de jour. Ces SRS, tous récents, vont néanmoins être revus suite aux nouvelles autorisations. Les objectifs les plus fréquemment affichés sont de fluidifier le parcours de soins, développer les échanges en télémédecine avec les EHPAD, renforcer l'hospitalisation de jour et l'ambulatorio, favoriser l'activité hors les murs, ouvrir les plateaux techniques à la médecine de ville... Le secteur SSR est ainsi en passe de devenir le véritable pivot du décloisonnement ville-hôpital. La question de la participation du SSR au maintien de l'autonomie des personnes âgées, pour laquelle une loi est actuellement en préparation, est également posée.

Choisir Une Aga ?

La Solution c'est l'ANGAK !



L'Information constante juridique et Fiscale

Les formations gratuites d'initiation
à la Comptabilité

L'aide Comptable, Juridique,
et Fiscale

Des conseils pratiques pour
le logiciel de comptabilité

Cotisation minorée : **89 €**

la 1ère année de votre activité libérale

Cotisation pleine : **195 €**

Eligible au Micro BNC :

40 €

Renseignez-vous au : **05 61 99 52 10**
ou sur **www.angak.com**

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES SUJETTES AU STRESS PENDANT LE 2ND CONFINEMENT

résultats de l'enquête réalisée par

École Thermale
du Stress


DÉCEMBRE 2020
Clôture le 30/11/2020


Sondage envoyé par mail à 5 301 curistes de Saoujon sous forme de questionnaire (Google Form),
RETOURNÉ PAR 1 077 CURISTES, SOIT 20,3 %.

Les principaux symptômes dont souffrent les curistes interrogés

| | |
|--|---|
|  ÉTAT DÉPRESSIF 26% |  TROUBLES ANXIEUX 25% |
|  TROUBLES DU SOMMEIL 15% |  FATIGUE INTENSE 14% |

 **13 %** ont des **IDÉES SUICIDAIRES.**

 **26 %** déclarent **AVOIR AUGMENTÉ** leur traitement médicamenteux.

Répercussion future de la crise sur leur état de santé

| | | |
|--|---|---|
| 53 % craignent UNE ÉVOLUTION POST-COVID, DIFFICILE ET LONGUE. | 28 % pensent qu'il y aura PEU DE RÉPERCUSSION. | 19 % pensent que LEUR VIE NE SERA PLUS JAMAIS COMME AVANT. |
|--|---|---|

Profil

83 % femmes / **17 %** hommes

82 % ont entre 40-70 ans

- de 40 ans : 18%
- 40 à 60 ans : 40%
- 60 ans et + : 42%

76 % employé

42 % RETRAITÉ

37 % ACTIF

21 % SANS EMPLOI INVALIDE

11 % personnel soignant / 7 % cadre / 6 % fonctionnaire

Réalisation de la cure en 2020

36 % ont pu réaliser leur cure **dont** **80 %** ont vu leur **ÉTAT DE SANTÉ S'AMÉLIORER.**

64 % n'ont pu réaliser leur cure **dont** **73 %** déclarent que **L'ANNÉE A ÉTÉ PLUS DIFFICILE EN L'ABSENCE DE CURE.**

Souhait de réaliser une cure en 2021

OUI (88 %)

NON (12 %)



TROIS TECHNOLOGIES RÉVOLUTIONNAIRES

LASER À HAUTE INTENSITÉ & ROBOTIC SCANNING SYSTEM

Innovation thérapeutique avec un effet analgésique immédiat conjugué à un **effet biostimulant** jusqu'au tissu profond. Idéal pour les **pathologies aiguës et douloureuses**.



ONDES DE CHOC FOCALES

Nouvelle génération d'ondes de choc avec cette **stimulation mécanique focalisée**. Idéal pour les tendinopathies, calcifications et **douleurs chroniques**.



SUPER INDUCTIVE SYSTEM

Technologie unique et **mains-libres** qui permet de mettre fin aux douleurs, d'améliorer la mobilisation articulaire ainsi que **d'accélérer les processus de cicatrisation** grâce à ces champs électromagnétique haute puissance.



100 Exercices

pour vos patients, une formation indispensable !

Par Xavier Dufour



La communauté scientifique s'accorde à dire que l'activité physique est un enjeu de santé publique, que les meilleurs résultats à long terme sont obtenus par l'actif en rééducation. La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) a déployé une campagne grand public et professionnelle autour de la lombalgie ayant pour slogan « *Lombalgie ; le bon traitement c'est le mouvement* ».

La kinésithérapie et les kinésithérapeutes sont-ils prêts à relever ce défi ? En ont-ils les capacités et connaissances nécessaires pour répondre à cet enjeu ?

L'évolution en marche ...

L'arrivée des APA, des coaches, entraîneurs, prof de sport en tout genre inquiète les kinésithérapeutes. Ils craignent qu'une fois de plus leur activité soit mise en péril par d'autres professions moins réglementées. L'évolution du concept de la santé implique probablement que ces dernières aient un rôle à jouer auprès du grand public, pas la « réparation » de la santé mais dans la promotion de la santé par l'activité physique adaptée, par des programmes spécifiquement développés pour certains publics.

Ceci pose la question de la cohabitation de ces professions et de la kinésithérapie.

En Île-de-France, ce sont près de 2000 sportifs de haut niveau, dont 663 espoirs, qui pourraient potentiellement être accompagnés.

Pourquoi sommes-nous inquiets ?

Avons-nous toutes les compétences nécessaires ? A cette question, nous sommes tentés de répondre oui rapidement, puisque les kinésithérapeutes sont les « experts du mouvement ». Toutefois cette réponse rapide ne nous satisfait pas.

Notre expérience en formation initiale dans les IFMK comme en formation continue depuis près de 20 ans nous invite à fouiller un peu plus loin. Voici quelques questions que nous pouvons poser aux étudiants comme aux professionnels.

- Connaissez-vous deux protocoles de renforcement musculaire ?
- Quelles sont les similitudes et différences entre le TSI (travail statique intermittent de Troisier) et le protocole de Delorme et Watkins ?
- Utilisez-vous les différentes filières énergétiques dans vos rééducations ?
- Au cours de l'année écoulée avez-vous réellement fait du renforcement en excentrique avec vos patients ?
- Connaissez-vous la mise en charge progressive ?
- Évaluez vous la stabilité lombaire AVANT de faire des exos de proprio ?

Arrêtons là cette liste de question qui pourrait être bien plus longue. Si vous avez répondu favorablement à toutes ces questions, c'est que vous avez assez de connaissances sur le sujet. Dans le cas contraire, vous êtes un kinésithérapeute normal mais pas totalement armé pour l'enjeu majeur de l'actif en rééducation. Posez ces mêmes questions aux professionnels issus des filières STAPS, la réponse sera probablement plus complète, plus scientifique, plus référencée que la nôtre.

ITMP et Major Mouvement au service de la kinésithérapie

Tout commence en novembre 2017, avec Grégoire Gibault, plus connu sous le nom de Major Mouvement. Fort de ce constat, il nous apparaît indispensable de communiquer par kiné, auprès des kinés et du grand public sur les thématiques de la mobilité, du renforcement musculaire et du reconditionnement physique. Il vous suffit de nous suivre sur les réseaux sociaux Youtube et Instagram pour retrouver nombre d'informations sur le sujet à volonté.





Nous avons décidé de créer une formation pour répondre à ces enjeux pour les kinésithérapeutes, de leur apporter les connaissances complémentaires, le savoir-faire mais aussi le savoir-être auprès des patients.

Développons nos compétences

L'objectif de la formation est de développer l'ensemble des connaissances et compétences pour une rééducation active de vos patients :

- Affiner ou redécouvrir les protocoles de renforcement et leurs indications.
- Revoir les bilans et envisager dès la première séance des exercices adaptés à la pathologie de mon patient
- Définir une programmation et des objectifs afin de construire un traitement à partir d'une progression dans les exercices.
- Développer des compétences avec ou sans matériel de musculation.
- Réaliser les exercices sur soi pour mieux ressentir les effets et ainsi apprendre à mieux guider les patients.

L'équipe coordonnée par le conseil pédagogique, est aujourd'hui constituée de quatre intervenants principaux apportant chacun des compétences particulières au projet pour garantir la meilleure formation possible. Évidemment, ils sont kinés, thérapeutes manuels et ont chacun des compétences spécifiques autour de la kiné du sport, de la thérapie manuelle, du crossfit et de la rééducation.

Grégoire Gibault (alias Major mouvement), Jean Charles Gervais, Hemrick Verwaerde et Vincent Ulvoas vous accueillent pour cette formation à Paris et Toulouse aux Antilles, mais aussi à Rennes et Nice.



Plus d'informations sur :
retrouvez-nous sur
le site itmp.fr.

Satisform®

Libère les amplitudes articulaires et renforce le tonus musculaire

Générateur de mouvements



Dos pathologiques

- Lombalgie dégénérative
- Canal lombaire étroit
- Scoliose idiopathique



Troubles de la marche

- Gonarthrose / Coxarthrose
- Syndrome parkinsonien
- Syndrome de glissement



www.satisform.com

Kinés du Monde

Projet Thaïlande MTC

Claire Lise MEYER et Caroline BALMONET

A Mae Sot, à 4km de la frontière entre la Birmanie et la Thaïlande, se déroule l'une des crises humanitaire la plus durable au monde... Depuis plus de 30 ans, des minorités ethniques birmanes fuient le contexte de guerre civile de leur pays.

La Mae Tao Clinic (MTC) est une organisation communautaire thaïlandaise qui accueille des personnes réfugiées birmanes ou des frontaliers n'ayant pas accès aux services de santé de leur pays. La clinique assure une totale gratuité des soins et un accompagnement dans le respect des droits humains, quelle que soit l'origine ethnique ou religieuse. Chaque année, c'est plus de 100 000 soins qui sont donnés à la clinique, dans 8 départements de soins (adultes, enfants, dentaire, chirurgie, HIV...) et avec plus de 250 professionnels de la santé Birmans formés sur le terrain.



Le personnel Birman de la clinique a très difficilement accès à des formations officielles et diplômantes en Thaïlande, faute de statut légal dans le pays principalement, mais aussi à cause du coût trop élevé des formations. La barrière de la langue étant également un frein.

C'est dans ce cadre que la MTC a sollicité Kinés du Monde en 2016, pour les aider à renforcer leur offre de soins en rééducation, avec des actions de formation de leur personnel local.

Jusqu'à présent, seuls deux « Allied Health Assistants » (AHA) avaient été formés par une volontaire australienne aux soins de base en rééducation, soins de kinésithérapie principalement. Mais il est aujourd'hui plus que nécessaire de renforcer les compétences déjà acquises, d'apporter des ressources pour la prise en soin des cas complexes, et de compléter l'équipe en formant d'autres AHA.

En 2017, deux bénévoles pour KDM sont parties sur place afin de rencontrer les acteurs locaux, identifier les besoins et construire un plan d'action pour répondre au mieux à leur demande.

L'année 2021 marquera la quatrième année de construction du projet Thaïlande pour KDM. Mais 2021 pourrait aussi être l'année de sa mise en route sur le terrain. Entre la recherche de

fonds, laborieuse et longue pour un projet peu commun (financement de formations auprès d'une population réfugiée) et la crise sanitaire qui nous touche en ce moment, il n'a pas été simple de trouver les meilleures options pour mener à bien cette mission.



Aujourd'hui nous avons remanié l'organisation du projet initial pour essayer d'en réduire les coûts sans trop impacter sur la qualité et la durée de notre suivi.

Nous souhaitons toujours proposer un accompagnement de 2 ans à la clinique. Avec les contraintes sanitaires et internationales actuelles, le choix d'enchaîner des périodes de formations en visio-conférences, suivies d'actions plus courtes sur le terrain semble se dessiner.

Côté budget, KDM a débloqué des fonds propres et nous avons aussi reçu la confirmation d'une généreuse promesse de don.



Des associations étudiantes en kinésithérapie se sont aussi mobilisées en organisant des événements courant 2019 pour récolter des fonds, tout comme des

bénévoles actifs de KDM. Concrètement, sur un budget global d'environ 22000 euros, il nous manque encore un peu plus de 2 300 euros pour le finaliser. Nous sommes très proches du but, et espérons trouver rapidement le soutien encore nécessaire pour mener à bien ce projet.

Reste aussi à attendre que les conditions pratiques pour nos volontaires soient rendues sécuritaires et possibles pour se rendre sur le terrain. A l'heure actuelle, l'entrée des ressortissants étrangers sur le territoire thaïlandais reste impossible jusqu'à nouvel ordre.

En attendant, le Copil Thaïlande travaille sur l'organisation de ces formations, garde le lien avec la clinique, et pourra bientôt procéder, on l'espère, au recrutement de nos formateurs volontaires pour ce projet.

Claire Lise MEYER et Caroline BALMONET, pour le Copil Thaïlande Kinés du Monde

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

KINÉSITHÉRAPEUTES DU MONDE

Pôle de Solidarité Internationale, 5 rue Federico García Lorca, 38100 Grenoble - France - Tél : +33 (0)4 76 87 45 33

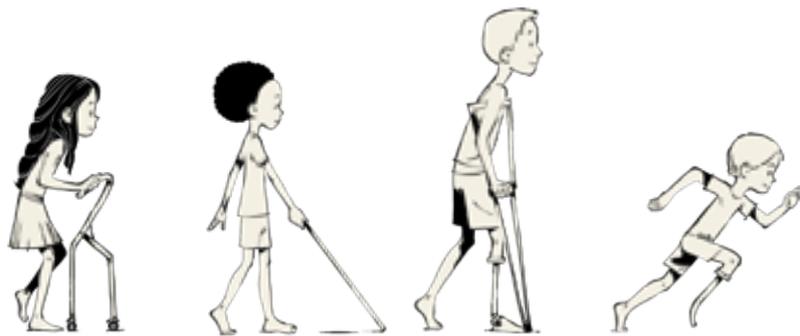
E-mail : direction@kines-du-monde.org - Facebook #jagispourKDM - www.kines-du-monde.org



les Rééducateurs en Mouvement



Association de rééducateurs
agissant auprès des plus vulnérables
afin de faciliter l'accès aux soins pour tous.



ACCÈS AUX SOINS DE RÉÉDUCATION POUR TOUS

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

et Moi ? REJOIGNEZ-NOUS.

Devenez volontaire en France, expatrié-volontaire à l'international ;
bénévole ponctuel ou régulier, c'est vous qui choisissez.
Mais faites un choix : **faisons équipe !**



Pôle de Solidarité Internationale - 5 rue Federico García Lorca - 38100 Grenoble | e-mail : contact@kines-du-monde.org

www.kines-du-monde.org

 Suivez-nous sur #jagispourKDM

Achetez solidaire sur [//boutique.kines-du-monde.org](http://boutique.kines-du-monde.org) 

Restauration scolaire, le menu végétarien hebdomadaire

La loi EGalim a introduit l'obligation de proposer un menu végétarien hebdomadaire dans l'ensemble de la restauration scolaire à partir du 1er novembre 2019, dans le cadre d'une expérimentation de 2 ans. Les travaux sont conduits au sein du Conseil national de la restauration collective (CNRC) installé par le ministre de l'Agriculture et de l'Alimentation en avril 2019. Le groupe de travail « nutrition » du CNRC a élaboré un guide sur la composition nutritionnelle de ce menu végétarien hebdomadaire.

Co-présidé par la Direction général de la santé (DGS) et par l'Association nationale des directeurs de la restauration (Agores), ce groupe de travail est composé de l'ensemble des acteurs impliqués sur ce sujet : administration, collectivités territoriales, professionnels de la restauration collective et de l'industrie agro-alimentaire, interprofessions agricoles, associations environnementales, parents d'élèves. Ce travail est le fruit d'une concertation de 8 mois avec l'ensemble des acteurs concernés basée sur l'expertise scientifique de l'Anses, du Haut Conseil de Santé Publique et de Santé Publique France. Il présente des recommandations en termes de composition du menu végétarien obligatoire, par groupe alimentaire et pour 20 repas successifs.



50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus

Afin de promouvoir les dernières recommandations nutritionnelles pour les adultes parues en 2019, cette brochure a pour objectif d'aider la population à améliorer son alimentation au quotidien par des conseils simples, des astuces ludiques et des recettes bon marché, dans une démarche de changement progressif.



Des aides pour les cantines

Développer une alimentation saine, durable et locale dans les cantines scolaires

Pour valoriser les produits frais et locaux, les cantines scolaires ont généralement besoin de s'équiper en matériel permettant de cuisiner des produits frais, de réduire le gaspillage ou de supprimer les contenants en plastique : espaces de stockage de fruits et légumes frais, légumeries pour transformer une grande quantité de légumes, équipements performants pour l'épluchage, composteurs, récipients en inox...



Or, l'investissement initial peut s'avérer important, en particulier pour les petites communes. En cohérence avec les propositions de la convention citoyenne pour le climat (CCC), l'Etat accordera un financement en faveur des cantines scolaires des écoles publiques primaires (y compris les maternelles) des petites collectivités qui souhaitent, en contrepartie, s'engager dans une transition durable et être en mesure de proposer plus de produits locaux, bio ou de qualité dans les repas qu'elles servent. Calculée en fonction d'un forfait par repas, cette aide permettra de financer au choix des collectivités concernées :

- l'achat d'équipement et de matériel nécessaires à la cuisine et la transformation de produits frais,
- des formations du personnel de cuisine,
- des investissements pour moderniser la cantine, notamment pour l'acquisition d'alternatives aux contenants plastiques.

Plus d'informations sur : agriculture.gouv.fr

Réduca

30 SEPT. - 2 OCT. 2021

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES - PAV. 4

LA RÉÉDUCATION
en
mouvement

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

Réponse à l'article

« La TECAR thérapie à l'heure de la pratique factuelle : une revue exploratoire »



En tant que fabricant d'équipements de TECAR THÉRAPIE et nommément cité dans l'article de M. VINCENT, nous, la Société SWIMS, souhaitons réagir à l'article paru dans le précédent FMT MAG en complétant ses propos, et apporter un complément d'informations à l'approche de M. VINCENT. Nous tenons tout d'abord à remercier l'auteur et FMT MAG d'avoir consacré un article complet à la technologie TECAR, qui nous semble proportionnel à l'intérêt croissant que celle-ci suscite à la fois en France et à l'échelle mondiale (plus de 5 000 thérapeutes utilisateurs au quotidien dans le monde). Nous sommes ainsi ravis d'avoir l'opportunité de partager les points de vue - en particulier les démarches scientifiques - que nous nous efforçons quotidiennement de poursuivre en vue d'étayer notre approche et proposer les protocoles les plus efficaces.

Nous nous tenons par ailleurs à la disposition de M. VINCENT et de tous les thérapeutes pour une démonstration complète de la technologie et des effets thérapeutiques qu'elle permet d'obtenir en combinaison avec l'expertise de chaque praticien.

A propos de la présentation de la technologie

Quelques précisions sont à apporter quant aux définitions de la TECAR thérapie et de son effet physiologique. La définition donnée, « un appareil de Tecar thérapie est un appareil d'électrothérapie utilisant des radiofréquences, c'est-à-dire des ondes électromagnétiques ayant des fréquences situées entre 3kHz et 300GHz » est erronée. La TECAR thérapie est définie comme un Transfert Électrique Capacitif et Résistif. Il s'agit donc d'un courant (et non d'une onde) sinusoïdal de haute fréquence qui transfère son énergie via deux électrodes connectées au patient (Tashiro et al., 2017) (1). De plus, la bande de fréquence de la TECAR thérapie est comprise entre 300 kHz et 1.2 MHz, et non les fréquences citées précédemment. Le transfert se traduit par une diathermie, c'est-à-dire un échauffement des tissus biologiques traversés par le courant (Cocchetta et al., 2019) (2). Il peut être localisé et superficiel grâce au mode capacitif, ou être profond et diffus à l'aide du mode résistif. Ces deux modes permettent ainsi de concentrer l'énergie sur le tissu désiré par le praticien.

Revenons à l'effet physiologique qui est décrit comme « une technologie qui agit par diathermie, c'est-à-dire un procédé thérapeutique faisant pénétrer dans l'organisme une chaleur d'origine électrique ». Ce n'est pas totalement exact car la

TECAR thérapie ne fait pas pénétrer de chaleur. Les effets physiologiques sont multiples. Au niveau cellulaire, la dépolarisation membranaire induite par ce courant entraîne une ouverture des canaux ioniques et donc une augmentation des échanges intra/extracellulaires (phénomène connu depuis le Dr D'Arsonval en 1890). Au niveau thermique, plus l'intensité du courant alternatif de haute fréquence augmente, plus la quantité d'ions mis en mouvement augmente. Par conséquent, les frictions entre ces ions génèrent une chaleur interne aux tissus contenus entre les deux électrodes. La diathermie est donc produite à l'intérieur même de l'organisme.

La technologie TECAR est également associée à une méthode de thérapie manuelle afin d'exécuter un traitement optimal. C'est donc l'association d'une technologie et d'une méthode de soins qui a créé la TECAR thérapie. L'alliance de la technologie TECAR et des expertises manuelles propres aux praticiens rendent la TECAR thérapie particulièrement efficace et complexe dans le traitement des patients.

Apport de données scientifiques supplémentaires

La recherche et l'analyse de la littérature dans la revue de M. VINCENT ont été effectuées sur plus de deux ans, pour un total de 21 études sélectionnées, ce qui est peu pour une revue à propos d'une technologie qui a déjà fait ses preuves.

Cette recherche réalisée par un seul examinateur, combinée à l'utilisation d'un unique mot-clé ainsi que des critères d'inclusion très restrictifs, a conduit l'auteur à passer au travers d'articles scientifiques qui auraient pu être pertinents dans l'analyse de la littérature.

Une revue de la littérature existe déjà sur la TECAR thérapie. Celle de Ribeiro et al. (3) sur les troubles musculosquelettiques, publiée en 2018, est particulièrement intéressante et reprend des études citées dans la précédente revue. Les affirmations suivantes de l'auteur : « aucune revue de littérature ne fut trouvée », « cette revue exploratoire sur la Tecar thérapie est la première à être publiée sur ce sujet », semble mal à propos. Malgré certaines limites méthodologiques, les auteurs concluent à une « efficacité de la TECAR thérapie dans les troubles musculosquelettiques » dans la rééducation. La revue de Ribeiro et al. démontre que la « TECAR thérapie peut être une bonne thérapie complémentaire dans un traitement de physiothérapie et que son incorporation dans un programme de rééducation conventionnel ou son utilisation isolée peut avoir des avantages à court et à long terme ». De plus, en conclusion de cette revue, l'utilisation de la TECAR thérapie dans les phases aiguës permet de démarrer un traitement le plus tôt possible et peut réduire considérablement les risques de complications liées à la motricité ou à l'immobilité.

| Articles | Indications | Interventions | Critères | Résultats | Commentaires |
|--|---|--|---|---|--|
| Kazalakova (2013) Essai contrôlé randomisé 40 patients | Evaluer l'effet de la TECAR thérapie sur des douleurs liées au « trigger points » et aux spasmes musculaires. | Traitement : TECAR thérapie (capacitif) à 500 kHz pendant 15 minutes (10 traitements quotidiens). Contrôle : Physiothérapie conventionnelle (électrothérapie, ultrasons, magnétothérapie, micro-ondes). 10 traitements quotidiens. | 1. Perception de la douleur (EVA). 2. Capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne (questionnaire). | 1. Diminution significative de la perception de la douleur dans les deux groupes (plus importante dans le groupe TECAR) ($p<0.004$). 2. Amélioration significative des capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne (plus importante dans le groupe TECAR) ($p<0.007$). | Limites : -Pas de comparaison inter-groupe. -Pas de suivi à long-terme. Validité : Score = 11 Données scientifiques validées. |
| Paolucci et al. (2019) Etude rétrospective 46 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie sur les douleurs chez des patients avec un conflit sous-acromial. | CARE : Application de la TECAR thérapie sur l'épaule pendant 20 minutes (9 sessions, 3 fois par semaine). SHAM : TECAR thérapie placebo. | 1. Douleur (EVA) 2. Fonctionnalité (échelle) | Diminution significative de la douleur et amélioration significative de la fonctionnalité pour le groupe CARE ($p<0.045$). Pas de différence observée pour le groupe placebo. Différence significative entre les deux groupes pour la fonctionnalité ($p<0.001$). | Validité : Score = 11 Données scientifiques validées. |
| Alguacil-Diego et al. (2018) Essai contrôlé randomisé pilote 24 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie chez des patients atteints de cervicalgie myofasciale chronique. | Radiofréquence : Application de la TECAR thérapie sur le muscle trapèze supérieur pendant 12 minutes (8 sessions, 4 semaines). Placebo : TECAR thérapie placebo. | 1. Douleur (EVA) 2. Amplitude des mouvements (Appareil CROM) et invalidité (questionnaire) | 1. Diminution significative de la douleur dans le groupe TECAR ($p<0.001$). Pas de différence dans le groupe placebo. Pas de différence significative entre les groupes. 2. Différence significative dans les deux groupes ($p=0.026$). | Limites : -Pas de suivi à long-terme. Validité : Score = 11 Données scientifiques validées. |
| Cocchetta et al. (2019) Essai contrôlé randomisé 53 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie chez des patients atteints d'ostéoarthrite au niveau du genou. | Etude: Application de la TECAR thérapie sur le quadriceps et la région péri-patellaire pendant 20 minutes (6 sessions). Contrôle : TECAR thérapie placebo. | 1. Douleur (index + EVA) 2. Force musculaire et fonctionnalité (échelle) | 1. Diminution significative dans le groupe TECAR ($p<0.0001$). 2. Amélioration significative dans le groupe TECAR. | Limites : -Pas de comparaison inter-groupe. Validité : Score = 10 Données scientifiques validées. |
| Kumaran et al. (2019) Essai contrôlé randomisé 45 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie chez des patients atteints d'ostéoarthrite au niveau du genou. | CRMRF : Application de la TECAR thérapie pendant 15 minutes (8 sessions). Placebo : TECAR thérapie placebo. Control : Soins standard (conseils personnalisés, exercices à domicile/en salle de sport). | 1. Douleur (index + EVA) 2. Fonctionnalité (test + amplitude) | 1. Différence significative entre les groupes après traitement et à un mois ($p<0.001$). 2. Différence significative entre les groupes après le traitement pour la fonctionnalité ($p=0.031$). | Validité : Score = 11 Données scientifiques validées. |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| Morelli et al. (2016) Essai contrôlé randomisé 20 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie dans la prise en charge des lombalgies. | TECAR : Application de la TECAR thérapie pendant 24 minutes (10 sessions). Contrôle : Traitement d'oxygène-ozone par infiltration lombaire paravertébrale. | 1. Fonctionnalité (questionnaire) 2. Morphologie (spinométrie) | Amélioration significative dans les deux groupes. Différence significative entre les groupes en faveur du traitement contrôle. | Validité : Score = 10 Données scientifiques validées. |
| Pavone et al. (2017) Essai contrôlé randomisé 96 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie dans la prise en charge des douleurs chez des patients atteints de la maladie de Peyronie. | TCARE : Application de la TECAR thérapie pendant 8 minutes (3 sessions). SHAM : TECAR thérapie placebo. | 1. Douleur (EVA) 2. Courbure du pénis (goniomètre) 3. Fonction érectile (questionnaire) | 1. Diminution significative de la douleur dans le groupe TECAR ($p < 0.01$). Pas de différence dans le groupe placebo. 2. Pas de différence. 3. Pas de différence. | Limites : -Pas de comparaison inter-groupe. Validité : Score = 10 Données scientifiques validées. |
| Bitto et al. (2019) Essai contrôlé randomisé 16 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie sur l'élongation du tendon d'Achilles chez des sujets sains. | CRet : Application de la TECAR thérapie pendant 15 minutes. CRet sham : TECAR thérapie placebo. | 1. Elongation du tendon 2. Circulation sanguine | 1. Pas de différence significative entre les groupes. 2. Différence significative entre les deux groupes (augmentation de la circulation dans le groupe CRet) ($p = 0.011$). | Limites : -Faible nombre de patients. -Pas de suivi à long-terme. Validité : Score = 11 Données scientifiques validées. |
| Yokota et al. (2018) Essai contrôlé randomisé 22 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie dans la flexibilité musculaire et l'alignement lombo-pelvien. | CRet : Application de la TECAR thérapie pendant 15 minutes. Contrôle : Repos pendant 15 minutes. | 1. Flexibilité musculaire (test) 2. Inclinaison pelvienne 3. Lordose lombaire 4. Température | Augmentation de la température dans le groupe TECAR ($p < 0.01$). | Limites : -Pas de suivi à long-terme. Validité : Score = Données scientifiques validées. |
| Tashiro et al. (2017) Essai contrôlé 13 patients | Evaluer les effets de la TECAR thérapie sur la circulation sanguine et l'oxygénation des tissus pour améliorer la fatigue musculaire et la cicatrisation tissulaire. | CRet : Application de la TECAR thérapie pendant 15 minutes. HP : Pack chaud. Sham : TECAR thérapie placebo. | 1. Saturation en hémoglobine 2. Température des tissus | 1. Amélioration significative dans le groupe TECAR. Différence significative entre les groupes ($p < 0.016$). 2. Augmentation de la température dans le groupe TECAR. Différence significative entre les groupes ($p < 0.016$). | Limites : -Faible nombre de patients. Validité : Score = 11 Données scientifiques validées. |

En 2013, Kazalakova (4) a publié une étude en évaluant l'action de la TECAR thérapie sur des douleurs liées aux « trigger points » et aux spasmes musculaires. Il s'agissait d'un essai contrôlé randomisé et les résultats étaient en faveur de l'utilisation de la TECAR thérapie comparativement à d'une thérapie conventionnelle.

La qualité des articles de la revue de M. VINCENT fut évaluée à l'aide de l'échelle PEDro, spécifique au domaine de la physiothérapie. Selon un article sur le site PEDro « Statistiques de PEDro » qui analyse le contenu PEDro en date du 13 janvier 2020, « La moyenne du score de PEDro est de 5,1. 38% des essais ont un niveau modéré ou élevé, avec un score $\geq 6/10$ à l'échelle PEDro ». L'échelle PEDro a ses limites. En physiothérapie, il est très

compliqué d'avoir des groupes placebo (contrôle) et des sujets/thérapeutes en aveugle, car l'intervention nécessite le plus souvent une action manuelle qui est visible par le patient. De plus, le score n'est pas forcément représentatif de la qualité de l'article ou de la validation de l'efficacité. Nous avons choisi d'utiliser l'échelle proposée par le MEDDEV 2.7/1 rev4, 2016, guide reconnu des organismes notifiés pour l'évaluation clinique des dispositifs médicaux, pour

apprécier la validité scientifique des articles. Cette échelle prend en compte l'évaluation de la pertinence de l'article – l'application du dispositif, les patients inclus et la collection des données (méthodologie de l'essai) – et l'évaluation de la contribution des données – le type d'essai, les critères de jugement, le suivi des patients et l'importance clinique/statistique. Un score entre 9 et 12 est suffisant pour une base de données de la littérature scientifique.

Dans cette présente revue, il nous a semblé judicieux de compléter le travail de recherche pour établir un véritable état de l'art, et nous souhaitons apporter des études supplémentaires sur la TECAR thérapie.

Le point négatif de cette étude est l'absence de comparaison inter-groupe, mais la diminution significative de la perception de la douleur dans le groupe TECAR n'est pas négligeable.

D'autres études montrent les effets de la TECAR thérapie dans la prise en charge des douleurs dans le cas d'un conflit sous-acromial (Paolucci et al., 2019) (5), des douleurs dans les cervicales (Alguacil-Diego et al., 2019) (6), des douleurs chez des patients atteints d'ostéoartrite au niveau du genou (Cocchetta et al., 2019) (2) ; Kumaran et al., 2019 (7), des douleurs dans des lombalgies chroniques (Morelli et al., 2016) (8), et des douleurs dans la maladie de Peyronie (Pavone et al., 2017) (9). Dans ces essais, nous remarquons une diminution significative de la douleur dans les groupes traités avec la TECAR thérapie. Certaines analyses ne prennent pas en compte les comparaisons inter-groupe, et d'autres ne permettent pas de mettre en évidence des différences statistiquement significatives entre les groupes. Cependant, les effets de la TECAR thérapie dans la prise en charge des douleurs sont bien présents.

Des études justifient l'effet de la TECAR thérapie dans la prise en charge des tendinopathies (Bito et al., 2019) (10), de la mobilité musculaire (Yokota et al., 2018) (11) et de la fatigue musculaire (Tashiro et al., 2017) (1). Dans ces essais, nous observons une amélioration de la circulation sanguine et de l'oxygénation des tissus, dans le processus de cicatrisation, et des effets physiologiques importants dans la prise en charge de pathologies musculaires et tendineuses.

Des études constamment publiées

Les études et revues publiées au cours de l'année 2020 ne pouvaient pas être prises en compte dans la revue précédente (hors période d'inclusion et d'analyse). Cependant, il nous semble important de les évoquer dans un but de compléter cette revue de la littérature. Une revue a été publiée sur la prise en charge des troubles musculosquelettiques (Beltrame et al., 2020) (12), tout comme un essai contrôlé randomisé sur la mobilité de la paroi thoracique (Bito et al., 2020) (13) et un essai contrôlé sur la prise en charge des lombalgies chroniques (Tashiro et al., 2020) (14). A titre informatif, d'autres études ont également été effectuées au niveau cellulaire et dans le domaine équin.

Conclusion

Dans un souci de transparence, il nous est apparu important de compléter cette revue de littérature par des études supplémentaires. Des données et des études existent sur la TECAR thérapie. Certaines doivent être prises avec du recul mais n'oublions pas que la plupart démontrent des résultats très satisfaisants pour la prise en charge de différentes pathologies avec la TECAR thérapie. Combinée à l'expertise manuelle de chaque praticien, cette technologie offre donc de nombreuses possibilités de traitement scientifiquement établies.

AUTEURS

B. WOLLENSACK

Responsable clinique et études scientifiques SWIMS GROUP

F. DELACOUR

Kinésithérapeute, responsable de l'Académie Winback.

RÉFÉRENCES

- (1) Tashiro Y, Hasegawa S, Yokota Y, Nishiguchi S, Fukutani N, Shirooka H, Tasaka S, Matsushita T, Matsubara K, Nakayama Y, Sonoda T, Tsuboyama T, Aoyama T. Effect of Capacitive and Resistive electric transfer on haemoglobin saturation and tissue temperature. *Int J Hyperthermia* 2017;33(6):696-702.
- (2) Cocchetta C, Sale P, Ferrara P, Specchia A, Maccauro G, Ferriero G, Ronconi G. Effects of capacitive and resistive electric transfer therapy in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Int J Rehabil Res* 2019;42(2):106-111.
- (3) Ribeiro S, Henriques B, Cardoso R. The effectiveness of Tecar therapy in musculoskeletal disorders. *Int J Public Health* 2018;3(5):77-83.
- (4) Kazalakova K. Efficacy evaluation of targeted radiofrequency therapy in trigger points and functional muscle spasms treatment. 2013.
- (5) Paolucci T, Pezzi L, Centra MA, Porreca A, Barbato C, Bellomo RG, Saggini R. Effects of capacitive and resistive electric transfer therapy in patients with painful shoulder impingement syndrome: a comparative study. *J Int Med Res* 2019;0(0):1-11.
- (6) Alguacil-Diego IM, Fernandez-Carnero J, Laguarda-Val S, Carno-de-la-Cuerda R, Calvo-Lobo C, Martinez-Piedrola R, Luna-Oliva LC, Molina-Rueda F. analgesic effects of capacitive-resistive monopolar radiofrequency in patients with myofascial chronic neck pain: a pilot randomized controlled trial. *Rev Assoc Med Bras* 2019;66(2):156-164.

(7) Kumaran B, Watson T. Treatment using 448kHz capacitive resistive monopolar radiofrequency improves pain and function in patients with osteoarthritis of the knee joint: a randomised controlled trial. *Physiotherapy* 2019;105(1):98-107.

(8) Morelli L, Bramani SC, Cantaluppi M, Pauletto M, Scuotto A. Comparison among different therapeutic techniques to treat low back pain: a monitored randomized study. *Ozone Therapy* 2016;1:5842.

(9) Pavone C, Romeo S, D'Amato F, Usala M, Mauro GL, Caruana G. Does Transfer Capacitive Resistive Energy Has a Therapeutic Effect on Peyronie's Disease? Randomized, Single-Blind, Sham-Controlled Study on 96 Patients: Fast Pain Relief. *Urol Int* 2017;99(1):77-83.

(10) Bito T, Tashiro Y, Suzuki Y, Kajiwara Y, Zeidan H, Kawagoe M, Sonoda T, Nakayama Y, Yokota Y, Shimoura K, Tatsumi M, Nakai K, Nishida Y, Yoshimi S, Tsuboyama T, Aoyama T. Acute effects of capacitive and resistive electric transfer (CRet) on the Achilles tendon. *Electromagn Bio Med* 2019;38(1):48:54.

(11) Yokota Y, Sonoda T, Tashiro Y, Suzuki Y, Kajiwara Y, Zeidan H, Nakayama Y, Kawagoe M, Shimoura K, Tatsumi M, Nakai K, Nishida Y, Bito T, Yoshimi S, Aoyama T. Effect of capacitive and resistive electric transfer on changes in muscle flexibility and lumbopelvic alignment after fatiguing exercise. *J Phys Ther Sci* 2018; 30(5):719-725.

(12) Beltrame R, Ronconi G, Ferrara PE, Salgovic L, Vercelli S, Solaro C, Ferriero G. Capacitive and resistive electric transfer therapy rehabilitation: a systematic review. *Int J Rehabil Res* 2020;43(4):291-298.

(13) Bito T, Suzuki Y, Kajiwara Y, Zeidan H, Harada K, Shimoura K, Tatsumi M, Nakai K, Nishida Y, Yoshimi S, Kawabe R, Yokota J, Yamashiro C, Tsuboyama T, Aoyama T. Effects of deep thermotherapy on chest wall mobility of healthy elderly women. *Electromagn Biol Med* 2020;39(2):123-128.

(14) Tashiro Y, Suzuki Y, Nakayama Y, Sonoda T, Yokota Y, Kawagoe M, Tsuboyama T, Aoyama T. The effect of Capacitive and Resistive electric transfer on non-specific chronic low back pain. *Electromagn Biol Med* 2020; 39(4):437-444.

STORZ MEDICAL

L'onde de choc focale

La Haute Technologie au service de vos Patients



■ Conditions financières exceptionnelles

Remise fabricant, financement décalé, taux réduit

■ Workshop proposé dans votre cabinet

Efficacité et gain de temps

Découvrez la fantastique nouveauté STORZ MEDICAL EMTT – Thérapie Extracorporelle de Transduction Magnétique Technique mains libres



Résultats fabuleux sur

- Arthroses du genoux
- Œdèmes osseux
- Maladies auto-immunes
- et bien d'autres à découvrir

Workshop proposé dans votre cabinet

9^e édition de l'Observatoire CMV Médiforce des professions libérales

Un moral stable pour les kinés

Par CMV Médiforce

Créé en 2011, le premier Observatoire dédié aux Professions Libérales de Santé en est aujourd'hui à sa 9^{ème} édition. Réalisée en partenariat avec IPSOS, cette enquête quantitative auprès de 495 Professionnels Libéraux de Santé, répartis en 7 professions : chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes- ostéopathes, médecins généralistes, pharmaciens, radiologues, et ophtalmologues, a été réalisée du 16 septembre au 19 octobre 2020.

2020 : une année d'opportunités malgré la crise sanitaire ?



2020, une année de crise sanitaire

Une **baisse de revenus** pour la grande majorité des Professionnels Libéraux de Santé (PLS).

Des **besoins importants** en trésorerie pour payer les charges sociales et pallier une période d'inactivité.

Un **moral en baisse** durant la période.

Un **manque de soutien** des institutions : État, établissements bancaires et compagnies d'assurance.

Une **fierté accrue** d'exercer en libéral.

Une vision malgré tout **positive de l'avenir** de leur profession, sauf pour les kiné-ostéopathes et les infirmiers. Des PLS qui, d'ailleurs, n'envisagent pas d'arrêter leur activité.

Autre opportunité, la hausse importante de la pratique de la **télé-médecine** (*télé-expertise, téléassistance, téléconsultation, télésurveillance*) qui pourrait s'ancre dans le futur, même depuis le domicile.

Cette technologie permettrait d'envisager un temps partiel au cabinet, une tendance qui se confirmerait dans le futur, de même que le regroupement dans un **même lieu d'exercice**.

2020, une année d'opportunités ?



Chiffres clés

61 % des PLS jugent que leur chiffre d'affaires sera durablement impacté par la crise.

87 % des PLS expriment des besoins de trésorerie, et 56 % les destinent à pallier une période d'inactivité.

Le statut libéral est particulièrement plébiscité cette année (de 82 % en 2019, il passe à 87 % en 2020).

Dans le même temps, la fierté d'exercer leur métier, via une contribution réelle à la société, reste pour eux très élevée (91 %).

58 % jugent que leur moral a chuté durant cette période.

65 % des PLS sont mécontents de la gestion de la crise par le gouvernement.

72 % des PLS ont apprécié le mouvement de soutien populaire.

63 % des PLS estiment que la crise de la Covid-19 a favorisé le recours à la télé-médecine.

La crise sanitaire

Cette neuvième édition de l'Observatoire CMV Médiforce des Professions Libérales de Santé s'est déroulée dans un **contexte inédit** de crise sanitaire Covid-19.

Une **crise qui a lourdement impacté les PLS** composant notre panel, tant d'un point de vue financier que moral, et ce quels que soient leur vécu et les conséquences de la situation sanitaire sur leur activité.



Focus – Crise Covid-19 : un impact évident sur les revenus des PLS ¹

Pour mémoire, les chirurgiens-dentistes, les ophtalmologues et les kinés-ostéopathes ont vu leur cabinet fermer lors du premier confinement.

Les chiffres de janvier à fin juillet 2020 de l'Assurance Maladie révèlent ainsi une baisse des honoraires remboursés de **19,6 %** pour les dentistes (*qui n'acceptaient que les urgences*) et de **23%** chez les masseurs kinésithérapeutes.

Les médecins généralistes et les radiologues, de leur côté, sont restés en activité, mais ont subi une baisse importante de fréquentation, que ce soit du fait d'un manque d'équipement de protection ou par crainte de contagion à la Covid-19 de la part de leurs patients.

Les médecins généralistes ont ainsi connu une baisse des honoraires remboursés de **8,9 %**, toujours selon ces mêmes chiffres.

Les infirmiers et les pharmaciens ont été, en revanche, très sollicités, subissant ainsi une moindre baisse d'activité, et même une légère hausse des honoraires remboursés : **+ 3,1 %** pour les infirmiers. Ceux-ci sont intervenus pour des traitements ou des soins en urgence ; les pharmaciens, quant à eux, ont répondu aux consultations informelles et aux demandes de masques et de gels hydroalcooliques, puis, depuis juillet aux requêtes de tests antigéniques.



Des impacts financiers immédiats

Les Professionnels Libéraux de Santé interrogés le disent clairement : la crise sanitaire a eu des répercussions immédiates sur leur situation financière.

61 % des PLS jugent que leur chiffre d'affaires sera durablement impacté par la crise.

Dans ce contexte, ils sont **87 % à exprimer des besoins de trésorerie**. 56 % des sondés les destinent à pallier une période d'inactivité. Sur ce point, les ophtalmologues, les infirmiers et les médecins généralistes sont les plus demandeurs de trésorerie. Notons que, parmi les PLS interrogés, les pharmaciens et les radiologues sont ceux qui ont le moins besoin d'utiliser cette trésorerie pour pallier un temps d'inactivité.

Les PLS sont par ailleurs plus que mitigés quant au soutien financier qui leur est apporté :

- Le soutien des banques via le PGE (*Prêt Garanti par l'État*) est jugé insatisfaisant à 67 %.
- Ils considèrent à 74 % qu'il n'y aura pas de moyens financiers supérieurs alloués à la santé suite à la crise.
- Les compagnies d'assurance sont celles qui sont jugées le plus durement, avec 18 % seulement des PLS qui estiment avoir été soutenues par elles.

La gestion de la crise par le gouvernement n'est pas davantage saluée : les PLS en sont mécontents à 65 %, un chiffre proche de la moyenne de l'ensemble de la population française, à 62 %.

¹ Source : Publication de l'Assurance Maladie à fin juillet 2020 / Baisses de remboursement des honoraires des professionnels de santé sur la période de janvier à juillet 2020 vs même période sur 2019

Des conditions de travail impactées par la crise Covid-19

Dans ce contexte, les médecins généralistes considèrent logiquement, cette année, **travailler davantage dans l'urgence et sacrifier la qualité de leur travail** (une variation de + 17 points d'avis favorable sur cet item, entre 2019 et 2020).

Malgré cela, ils sont pourtant significativement plus nombreux que la moyenne des PLS à estimer que leur métier est stimulant au quotidien (90 % versus 80 % total PLS).

Les infirmiers, qui ont vu leur charge de travail s'alourdir, ont le même sentiment d'une dégradation des conditions de leur pratique, avec une hausse significative du poids des contraintes administratives (+ 19 points entre 2019 et 2020 sur cet item) et du sentiment de travailler dans l'urgence (+ 19 points entre 2019 et 2020).



Les professionnels de santé et les nouvelles technologies

Télémédecine : de nouveaux usages émergent

Cette nouvelle édition de l'Observatoire le souligne : si la baisse de la fréquentation a logiquement réduit l'usage quotidien de la gestion du dossier médical partagé ou DMP (de 14 % en 2019 à 10 % en 2020) et la mise à disposition de résultats d'analyses via un serveur ou site internet (de 23 % en 2019 à 16 % en 2020), ces solutions, de même que l'usage d'outils connectés, restent **des solutions d'avenir**.

Par ailleurs, la crise sanitaire a favorisé un **recours plus fréquent à la télé-expertise** (de 62 % en 2019 à 65 % en 2020), **et à la téléconsultation**, qui passe d'un taux d'adoption prévue ou effective de 46 % en 2019 à 56 %

en 2020, soit une croissance significative. Cette hausse du recours à la téléconsultation est clairement un effet du confinement, puisque, pour les PLS interrogés, elle arrive en tête des technologies sur lesquelles la Covid-19 a eu un impact sur son utilisation (63 %).

Les médecins généralistes figurent d'ailleurs parmi les plus fervents pratiquants de la téléconsultation. Ainsi, ils progressent de façon significative aussi bien sur l'adoption que sur la pratique quotidienne (15 % en 2020 versus 4 % en 2019) ou ponctuelle (38 % en 2020 versus 8 % en 2019). Et ils sont 57 % à revendiquer vouloir poursuivre la pratique.

Focus sur la téléconsultation

Il y a encore quelques mois, la consultation médicale à distance ne séduisait pas franchement les Français. Mais avec la crise sanitaire et le confinement, le recours à cette pratique a explosé.

Plus de 527 000 consultations vidéos ont ainsi été facturées par l'Assurance Maladie lors de la deuxième semaine de confinement, contre moins de 10 000 au début du mois de mars. Mais c'est en avril que les chiffres sont les plus éloquentes : « les

téléconsultations ont franchi la barre du million par semaine », indiquait Olivier Véran dans sa déclaration du 7 mai dernier.

Notamment, dans sa dernière étude de septembre 2020, la plateforme Doctolib a enregistré 4,5 millions de consultations vidéo ces derniers six mois, contre 100 000 avant le confinement – soit, 45 fois plus.¹

¹ Source : Communiqué de presse Doctolib, septembre 2020.

Des métiers qui restent porteurs d'avenir

Certes aujourd'hui la situation est difficile, mais pour certains des PLS interrogés, **demain le métier restera porteur d'avenir**. Et ceci est d'autant plus vrai pour les médecins généralistes (68 % d'opinion favorable) et les chirurgiens-dentistes (54 % d'opinion favorable), qui connaissent une hausse significative de l'opinion quant au futur de leur profession.

Si les radiologues sont les plus optimistes pour l'avenir, avec une opinion en hausse constante depuis 2014, cet optimisme n'est hélas pas partagé par les infirmiers et

les kinés-ostéopathes, qui ont la moins bonne opinion de leur profession aujourd'hui (65 % d'opinion favorable pour les kinés-ostéopathes, 67 % pour les infirmiers), comme dans le futur (38 % d'opinion favorable chez les kinés-ostéopathes, 37 % chez les infirmiers).

Si l'on comprend bien que la pratique a été particulièrement pénible cette année pour ces professions, cette opinion dégradée de leur métier conforte un pessimisme sur leur vision de l'avenir, en hausse depuis 2015.



Des technologies qui pourraient à l'avenir constituer la nouvelle norme

La téléconsultation est vouée à s'ancre dans les usages :

- Parmi ceux (56 %) qui ont mis en place la téléconsultation, 57 % déclarent qu'ils vont continuer de le faire et 36 % qu'ils vont le faire plus souvent. 11 % seulement affirment de pas vouloir continuer.
- Parmi les PLS âgés de 20 à 34 ans, c'est même une pratique deux fois plus répandue dans l'organisation de leurs consultations (25 % versus 11 % moyenne PLS).

Le DMP (Dossier Médical Partagé), les objets connectés et la mise à disposition de données via un serveur seront pérennes :

- Au quotidien, les PLS disent cette année moins utiliser le DMP : son usage passe en effet de 14 % en 2019 à 10 % en 2020. Cela ne remet toutefois pas en cause son usage dans le futur, plébiscité par 86 % des PLS qui continueront à l'utiliser (parmi eux, 45 % de plus en plus et 41 % à la même fréquence).
- Si les objets connectés sont recommandés seulement aujourd'hui à 21 %, les PLS sont 85 % à estimer les recommander dans le futur.
- Et c'est la mise à disposition des données via un serveur ou un site internet qui va sans doute connaître l'accélération la plus importante dans la pratique pour 52 % des PLS interrogés.

71 % des PLS reconnaissent devoir développer leurs compétences en robotique et intelligence artificielle. Dans le même temps, les coûts d'équipements restent élevés pour 72 % d'entre eux.

Soulignons également, et c'est là un fait nouveau, que les PLS ont pris conscience cette année, que leurs patients se modernisaient. Ils ne sont ainsi plus que 50 % (versus 73 % en 2019, soit un chiffre en baisse significative) à penser que leurs patients ne sont pas en mesure d'utiliser ces technologies.

Notons toutefois que **des freins principaux demeurent**, perçus au même niveau de crainte (63 %) par les PLS : celle d'une déshumanisation de la relation patient, d'une vulnérabilité face aux cyberattaques, et d'un risque sur la confidentialité des données.



Focus sur les kinés-ostéos

Les kinésithérapeutes continuent d'évoluer dans un climat globalement positif, leur satisfaction globale et leur opinion actuelle et future sur leur profession étant stables. L'image qu'ils ont de leur métier est largement positive, ils sont encore davantage satisfaits de leur statut de libéral et les contraintes administratives et le travail dans l'urgence tendent à reculer. Utilisateurs encore occasionnels de nouvelles technologies, ils prévoient d'étendre leur usage dans le futur, notamment sur le dossier médical partagé (DMP), la télésurveillance et les outils et objets connectés.



RÉSULTATS CLÉS : Kinésithérapeutes / Ostéopathes



Un moral stable

86% des kinésithérapeutes sont satisfaits de leur métier. Si l'opinion actuelle et future à l'égard de leur métier est tendanciellement en baisse, elle reste supérieure à celle de 2014. La pression des contraintes administratives tend par ailleurs à baisser (59%), de même que le fait de devoir travailler dans l'urgence (27%).



Un usage des nouvelles technologies tourné avant tout vers l'accompagnement des patients

L'usage des nouvelles technologies est encore occasionnel parmi cette profession. La consultation en distanciel progresse très doucement.

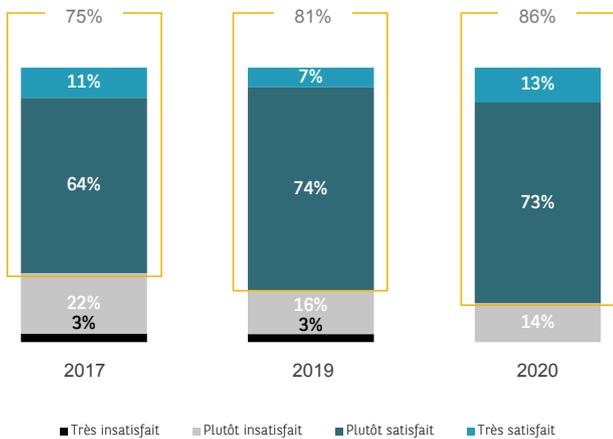


Les kinésithérapeutes sont ouverts aux changements s'ils permettent de mieux servir les patients

Très largement positifs à l'égard du Ségur, ils plébiscitent notamment la prise en charge intégrée (83%) et le développement d'une plateforme pour le service d'accès aux soins (66%).

La satisfaction globale des kinésithérapeutes concernant la pratique de leur métier reste stable : 86% s'estiment satisfaits. Les kinésithérapeutes ont une image positive de leur profession. De plus, le statut de libéral leur convient encore plus qu'avant et les contraintes administratives et le travail dans l'urgence tendent à régresser.

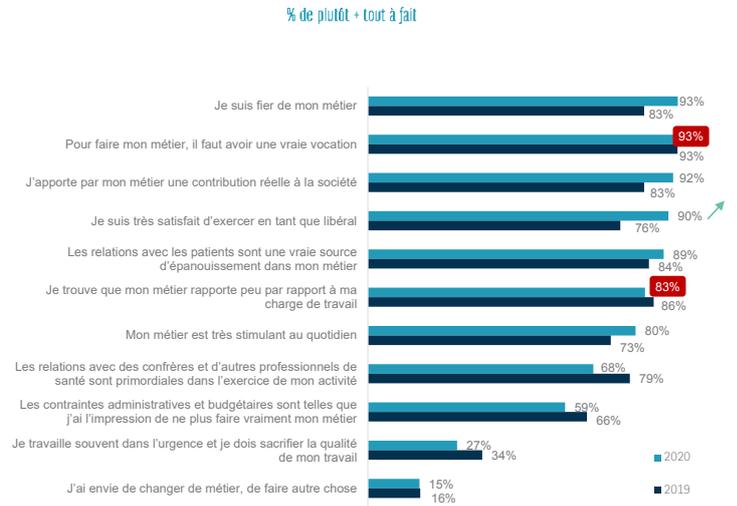
Opinion sur le travail actuel



A4 : Dans l'ensemble, en ce qui concerne votre travail actuel, vous estimez-vous ?

A5 : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les phrases suivantes représentant l'idée que vous pouvez vous faire de votre métier ? Base totale = 71

Perception détaillée sur leur profession



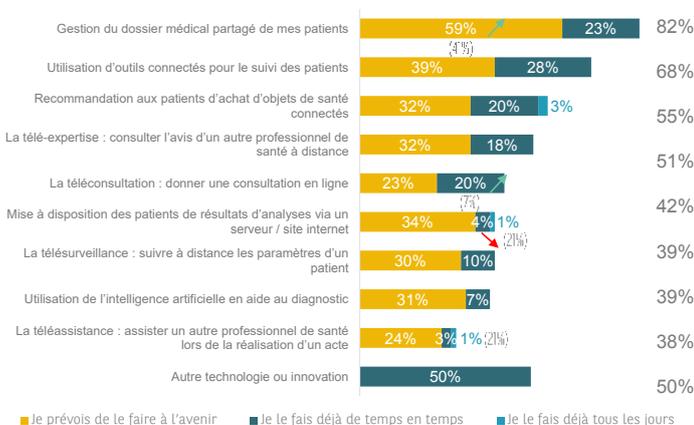
■ Significativement inférieur (à 95%) au résultat global des PLS
 ■ Significativement supérieur (à 95%) au résultat global des PLS
 ↗ Significativités à 95% vs. 2019

L'usage des nouvelles technologies est encore peu développé parmi les kinésithérapeutes.

DMP, outils et objets connectés sont les nouvelles technologies que les kinésithérapeutes utilisent le plus actuellement. Le DMP devrait encore progresser.

Taux d'adoption des nouvelles technologies de santé

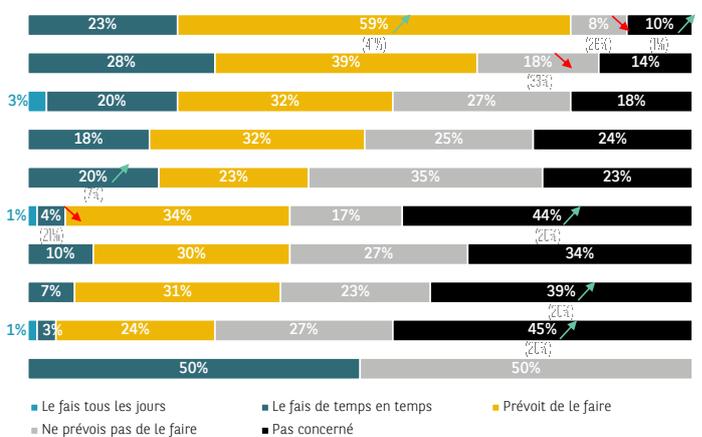
(le fais tous les jours, le fais de temps en temps, prévoit de le faire)



B2 - Dans quelle mesure utilisez-vous les nouvelles technologies et innovations suivantes ?

B2 - Parmi les nouvelles technologies et innovations suivantes que vous pouvez utiliser dans l'exercice de votre métier, dans quelle mesure les utilisez-vous ou prévoyez-vous de les utiliser à l'avenir Base totale = 71

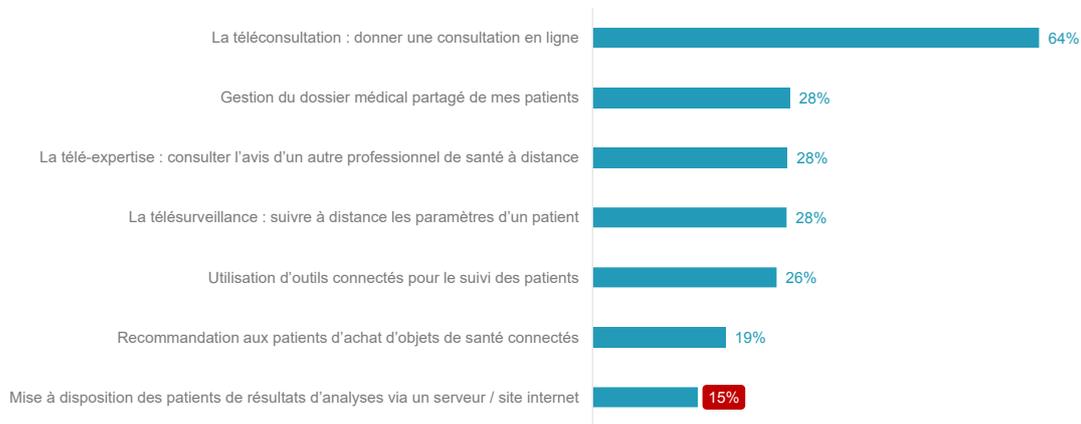
Fréquence d'utilisation des nouvelles technologies de santé



(Rappel 2019) Significativités à 95% vs. 2019

La Covid-19 a favorisé l'adoption de la téléconsultation par les kinésithérapeutes.

Impact Covid sur l'adoption des nouvelles technologies

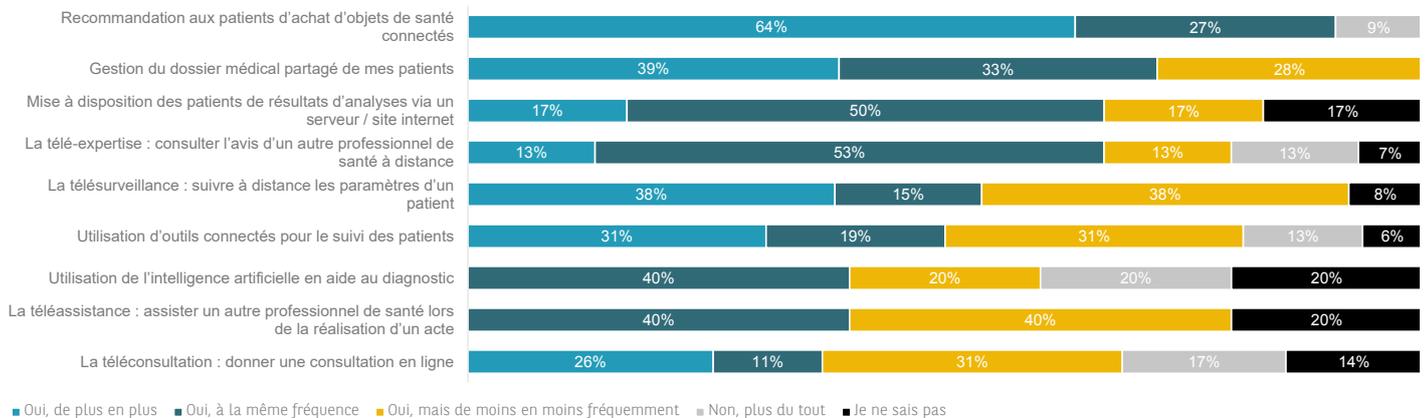


B2B - L'épidémie de la Covid-19 a-t-elle eu un impact sur l'adoption ou non de ces pratiques ou ces nouvelles technologies ?
Base totale = 71

■ Significativement inférieur (à 95%) au résultat global des PLS
■ Significativement supérieur (à 95%) au résultat global des PLS

Objets de santé connectés, DMP, télésurveillance et outils de suivi à distance sont les pratiques qui vont le plus se développer pour les kinésithérapeutes.

Poursuite pratique

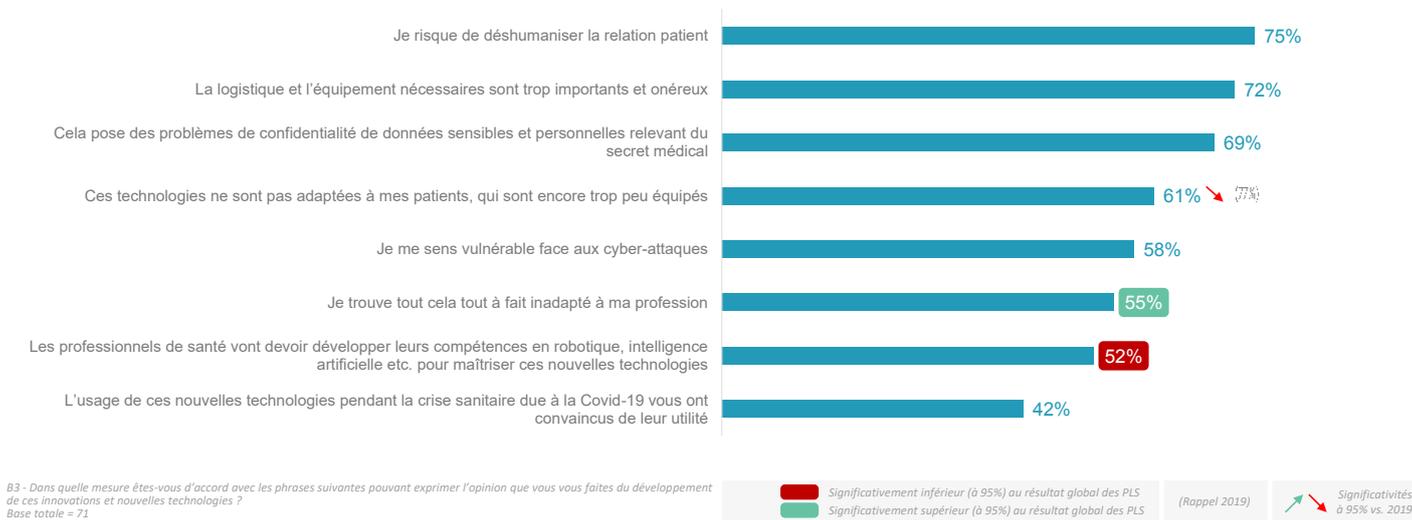


B2C - Allez-vous continuer à utiliser ces nouvelles technologies dans l'exercice de votre métier ?
Base totale = 71

Les principaux freins à l'usage des nouvelles technologies tiennent à la gestion de la patientèle : risque de déshumanisation et problèmes de confidentialité. Le manque d'équipement chez les patients est en recul alors que la contrainte budgétaire reste un frein important.

Inquiétudes et espoirs face aux nouvelles technologies

% de plutôt + tout à fait



Les kinésithérapeutes ont une opinion globalement positive à l'égard du Ségur, notamment sur la prise en charge intégrée et le déploiement des infirmiers en pratique avancée. Le développement de la télésanté et les renforcement des missions des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) sont cependant en retrait.

Opinion sur le Ségur

Réponses très + plutôt favorables



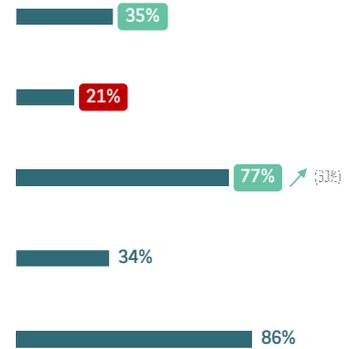
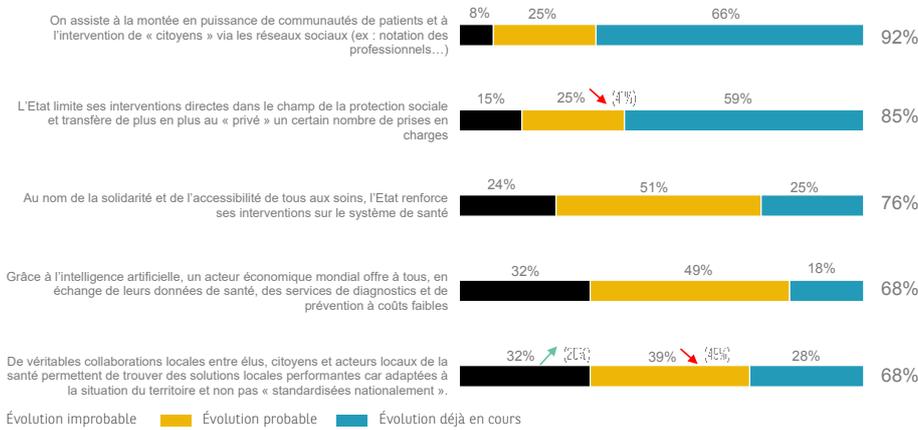
86% des kinésithérapeutes souhaitent avoir de véritables collaborations locales entre élus, citoyens et acteurs locaux. L'intervention de l'État au nom de la solidarité et de l'accessibilité aux soins pour tous progresse cette année.

Scénarios d'évolution du système de santé

Total en cours + probable

Opinion sur les scénarios

Réponses souhaitables



C3 - 5 grands scénarios d'évolution du système de santé français ont été imaginés par le cercle Vivienne. Pouvez-vous nous dire pour chaque proposition si c'est selon vous une évolution déjà en cours, une évolution probable ou une évolution improbable ?

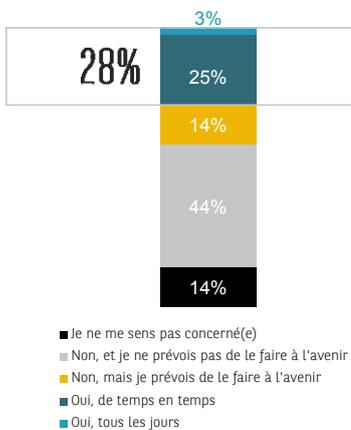
C4 - Pouvez-vous nous dire à propos de chacune de ces évolutions si elle vous semble souhaitable ou non ? Base totale : 71

Significativement inférieur (à 95%) au résultat global des PLS (Rappel 2019) / Significativement supérieur (à 95%) au résultat global des PLS / Significativités à 95% vs. 2019

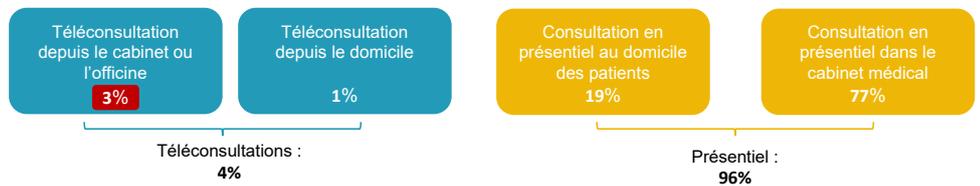
Plus d'1 kinésithérapeute sur 4 pratique d'ores et déjà la télé-médecine. La consultation en présentiel au cabinet est et restera le mode d'organisation privilégié des kinésithérapeutes, même si les téléconsultations connaissent une légère tendance positive.

Pratique de la télé-médecine depuis le domicile

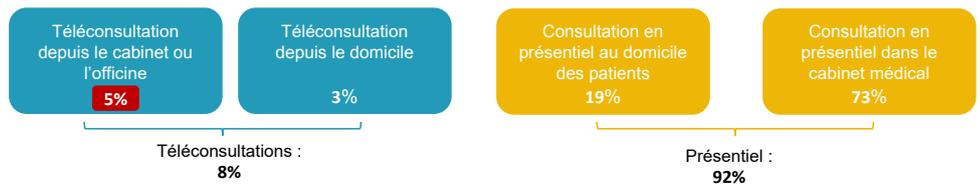
Réponses
Oui, tous les jours +
Oui, de temps en temps



Organisation des consultations actuelles



Organisation des consultations dans le futur



C1BIS - Pratiquez-vous la télé-médecine (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance) depuis votre domicile ?

C2BIS - Aujourd'hui, comment s'organisent vos consultations, sur une semaine-type ?

C3BIS - Selon vous, comment vont s'organiser vos consultations, à l'avenir ? Base totale : 71

Significativement inférieur (à 95%) au résultat global des PLS / Significativement supérieur (à 95%) au résultat global des PLS



LES MEILLEURES TECHNOLOGIES MAINS LIBRES

RUPTURES MUSCULAIRES,
DISTENSIONS LIGAMENTAIRES
ET TENDINEUSES

INFLAMMATIONS DES
TENDONS ET DES
ARTICULATIONS

SOULAGEMENT IMMEDIAT
DE LA DOULEUR

RÉDUCTION DE
LA SPASTICITÉ

DÉBLOCAGE DES
ARTICULATIONS

HÉMATOMES

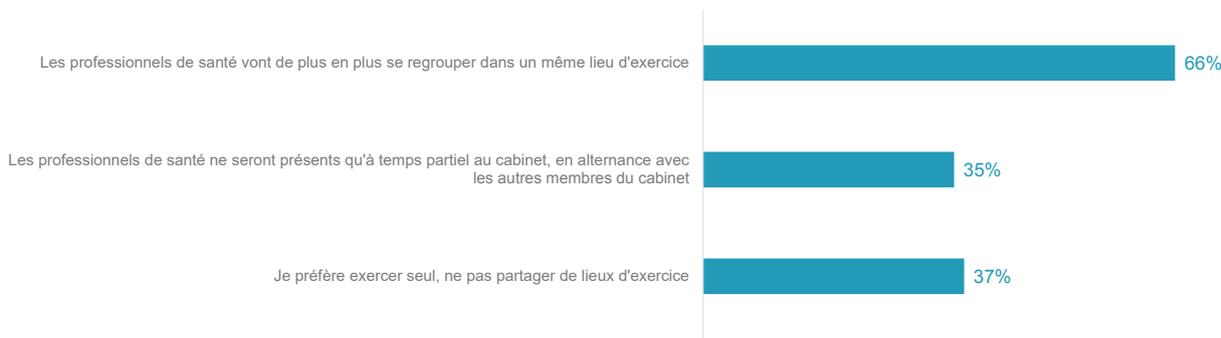
**ROBOTIC SCANNING
SYSTEM**

**SUPER INDUCTIVE
SYSTEM**

Les kinésithérapeutes considèrent que les professionnels vont se regrouper dans un même lieu d'exercice. En revanche, cela ne signifie pas pour autant partager le temps d'occupation des locaux.

Impact sur les pratiques / les lieux d'exercice

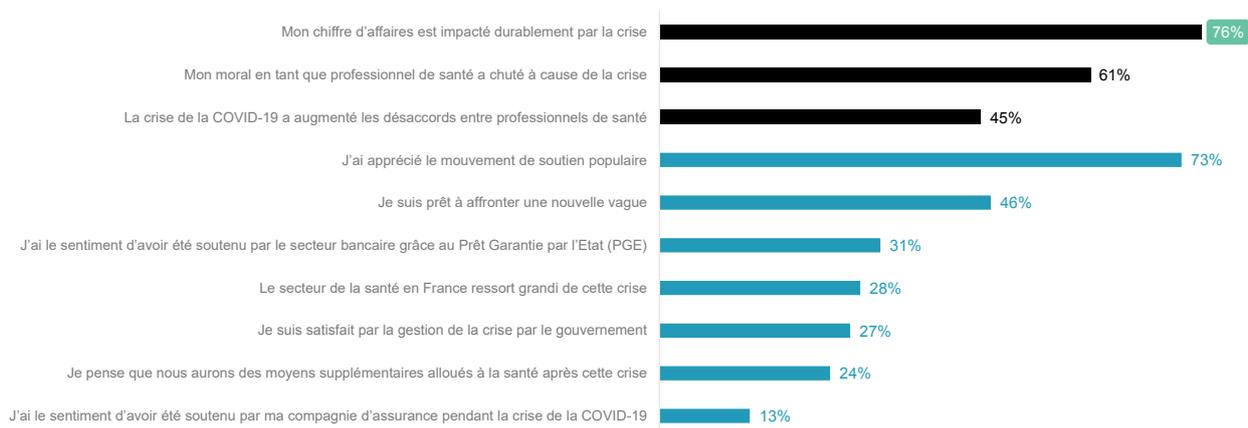
Réponses tout à fait + plutôt d'accord



L'impact Covid-19 a été largement négatif pour les kinésithérapeutes, notamment parce qu'il a atteint leur chiffre d'affaires et leur moral.

Impact Covid sur la profession

Réponses tout à fait + plutôt d'accord



CSBIS - Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les déclarations suivantes, sur l'impact de la COVID-19 sur votre profession ? Base totale : 71

■ Significativement inférieur (à 95%) au résultat global des PLS
 ■ Significativement supérieur (à 95%) au résultat global des PLS



SALON

BODY FITNESS

Musclez votre business - **Boostez** votre quotidien

salonbodyfitness.com



Allcare innovations

Conçu par des kinés pour les kinés

Les solutions Allcare innovations, ce sont les praticiens qui en parlent le mieux. Sébastien Arassus, Masseur Kinésithérapeute généraliste, nous fait part de son expérience d'utilisation de la toute nouvelle génération Kysio.



On peut être un « kiné de campagne », en plein désert médical comme Sébastien Arassus dans le village de Aunay-sur-Odon en Normandie et pour autant demeurer à la pointe des pratiques et des équipements.

Il y a 6 ans, il découvre les solutions made in France Allcare innovations : « Je faisais alors partie de l'Institut Universitaire du Rachis de Caen qui regroupait des médecins, des neurologues, des chirurgiens et des MK.

Nous nous réunissions au CHR pour traiter et réfléchir sur les pathologies du dos. Il m'est clairement apparu que l'on tirait de gros bénéfices pour le patient en utilisant une plateforme motorisée. A l'époque il y avait principalement une marque qui communiquait sur ce produit et en visitant le salon Rééduca, j'ai rencontré une équipe qui croyait en ses solutions et qui en parlait très bien...

C'est chez eux (Allcare innovations) que j'ai acheté ma plateforme imoove. J'ai apprécié le discours, ce sont de vrais passionnés de notre métier. Je les ai titillés sur le produit et ils m'ont répondu avec plaisir. Ils restent disponibles à tout moment, y compris après l'achat... C'est donc naturellement que je suis retourné les voir pour compléter mon équipement. »

Sébastien Arassus, coutumier de l'équipement complémentaire à sa

pratique manuelle, s'est immédiatement projeté avec Kysio :

« **J'ai tout de suite compris son intérêt, notamment concernant la rééducation dynamique, d'autant qu'une grande partie de mon travail concerne la rééducation de l'épaule et le travail neuro-moteur.** Pouvoir maîtriser la vitesse, l'angle, le nombre de répétitions... est vraiment un grand plus dans ma pratique quotidienne. »

En échangeant avec l'équipe de Allcare innovations, Sébastien Arassus a participé à l'évolution du Kysio et devient kiné référent de la marque. Depuis maintenant 3 mois il est équipé de la toute nouvelle génération Kysio.

Dotée notamment de la nouvelle fonction Bilan, elle représente une avancée considérable dans l'exploitation au quotidien du Kysio :

« L'Évaluation ostéo-musculaire dynamique permet d'évaluer la force musculaire ainsi que l'amplitude articulaire et de comparer ainsi le membre sain/lésé, ce qui est une pratique courante en kinésithérapie. Cela met en évidence le moment précis où le mouvement devient dysfonctionnel. »

Autre avantage de cette nouvelle version, pour le MK : « Kysio permet

une analyse et une objectivation des résultats pour voir la progression. C'est une aide qui complète le Bilan Diagnostic Kinésithérapique pour le kiné mais aussi une source de motivation pour le patient !

C'est très important pour le patient qui comprend son évolution et qui constate à quel moment et pourquoi il peut ressentir une douleur.

Facilement exportable sous format PDF, les résultats chiffrés et graphiques viennent compléter clairement les documents remis aux patients et/ou remis au médecin. »

Toujours dans l'esprit et l'engagement de Allcare innovations contre l'obsolescence programmée grâce à une démarche éthique et équitable en concevant et fabriquant des équipements robustes, durables et évolutifs. Le MK référent précise : « Toutes ces évolutions de matériel sont possibles et il n'y a pas de contrat de maintenance. Allcare innovations développe et conçoit avec des MK et reste à l'écoute des besoins quotidiens des kinés.

Ils offrent ainsi la possibilité de faire évoluer leurs dispositifs avec des mises à jour ou comme ici avec Kysio d'opter pour une « évolution logicielle » et donc de bénéficier d'une toute nouvelle génération. »

NOUVEAU BILAN

En plus de cette nouvelle fonction **évaluation ostéo-musculaire**,

Kysio nouvelle génération propose les évolutions suivantes :

- affichage en live de la valeur force
- cible angulaire dynamique
- activation/désactivation des cibles angle ou force
- couleurs vives pour les personnes âgées



www.allcare-in.com

Les interventions précoces de développement chez les nouveau-nés prématurés : une prise en compte perfectible

MOTS-CLÉS

Kinésithérapie
Néonatalogie
Prématurés
Qualitatif

RÉSUMÉ

Introduction. – La prématurité nécessite chez de nombreux bébés des interventions précoces de développement adaptées. Les masseurs-kinésithérapeutes ont aujourd'hui un arsenal thérapeutique diversifié pour influencer sur leurs évolutions motrices. Cependant, la rapidité de prise en charge est un facteur clé, et l'organisation des soins intra-hospitaliers aussi bien que la coordination avec les soins de ville peuvent être une limite.

Objectif de l'étude. – Déterminer les facteurs ralentissant cette prise en charge rééducative. **Méthode.** – Des entretiens ethnographiques ont été réalisés auprès de mères de bébés prématurés ayant une indication de rééducation, ainsi que des observations ethnographiques réalisées en néonatalogie et dans les consultations médicales hospitalières de suivi. **Résultats.** – L'organisation hospitalière peut entraîner des priorisations des soins vitaux immédiats au détriment des soins de l'ordre du care, à la fois moins valorisés par l'organisation hospitalière mais aussi exercés par des personnels dominés dans ce milieu.

CONCLUSION. – Une horizontalisation des relations interprofessionnelles pourrait sans doute amener une diversification des priorités hospitalières et une meilleure prise en charge des nouveau-nés prématurés.

Niveau de preuve : 5.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

AUTEUR CORRESPONDANT

J. Rollin,

Ecole Normale Supérieure de Lyon, Laboratoire Triangle,
Lyon, France

Adresse e-mail : jeremy.rollin@ens-lyon.fr

INTRODUCTION

Près de 800 000 bébés par an naissent en France, dont la quasi-totalité en milieu hospitalier [1]. Un bébé naît physiologiquement entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA). Cinquante mille enfants par an naissent prématurément selon l'INSERM [2], dont 10 % de grands prématurés (de 28 à 32 SA) et 5 % de très grands prématurés (en-dessous de 28 SA). La prématurité entraîne des risques immédiats pour la survie (risques cardiaques, respiratoires et digestifs) augmentant avec des faibles poids et des plus jeunes âges de naissance. Ainsi, les nouveau-nés prématurés jugés à risque restent à l'hôpital sur une longue durée, parfois jusqu'au terme théorique, dans un contexte de médicalisation lourde, avec d'éventuels problèmes de séparation parents-enfant au profit des machines nécessaires à la survie [3–5] (couveuse, assistance respiratoire, alimentation par sonde nasogastrique, monitoring cardio-respiratoire). Les problèmes immédiats ne sont pas les seuls enjeux. En France, le long recul temporel sur l'étude Epipage 1 montre des différences entre enfants prématurés et enfants nés à terme avec un moindre Quotient Intellectuel (QI), des troubles de l'attention et des apprentissages et des difficultés motrices à l'âge scolaire [6].

Pour lutter contre l'apparition de ces troubles, plusieurs interventions précoces de développement [7] peuvent être proposées : en milieu hospitalier, souvent sous le vocable « soins de développement » [8] et pratiqués de manière pluridisciplinaire, on retrouve l'optimisation de l'échange et de la

En partenariat avec

Kinésithérapie
la revue

Extrait du N°228 Décembre 2020



communication (tactile, orale...) avec le bébé [5,9], le kangourou care [10] ou le « peau à peau » [11] direct ou via une écharpe [12], le développement de l'oralité [9,13,14], des massages réguliers [15,16], le travail précoce de regroupement vers la flexion [9,17], les changements de positions réguliers ou la formalisation de protocoles NIDCAP dans les services [18,19]. Ces soins peuvent se poursuivre en ville, de manière privilégiée par les masseurs-kinésithérapeutes (MK) [7], et intégrer progressivement des notions plus actives ou posturales quant aux propositions d'enroulement, puis de guidage de la motricité [9,13]. Mais cette séparation hôpital-ville est plus de l'ordre de l'organisationnel et le vocable « interventions précoces de développement » recoupe l'ensemble de ces actions [20].

En tant que praticien libéral, de manière empirique, je voyais les enfants arriver plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, après leur sortie d'hôpital. Même si ces délais peuvent s'expliquer par l'incertitude médicale et l'attente de signes cliniques plus évidents, le peu de connaissances des parents quant aux soins de développement m'ont interrogé alors qu'il existe des aides aux diagnostics précoces comme l'analyse des mouvements généraux [21].

Or, les périodes sensibles de Dehaene [22] mettent en évidence des fenêtres de plasticité cérébrale en dehors desquelles les modifications deviennent plus difficiles. Le bon respect de la temporalité des prises en charge apparaît donc comme un enjeu dans ces soins [7], faisant l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé [23].

Ainsi, la recherche des causes de ces lenteurs de prises en charge a été l'objet de ce travail.

POPULATION ET MÉTHODES

Cette recherche est un travail sociologique. L'enjeu n'était pas de quantifier le phénomène, mais de l'expliquer par son analyse en milieu réel. Dans ce cadre, entretiens [24,25] et observations [26] sont des outils permettant d'approcher finement la réalité à objectiver.

La principale particularité de cette méthode de recherche est l'immersion du chercheur dans le milieu exploré. Il ne peut alors que donner sa vision personnelle de la situation, à travers le prisme de son expérience du réel et de l'axe d'observation choisi [27]. Même si une réflexivité est de mise [28], concourant à « mettre à jour ses prénotions » et « traiter les objets sociaux comme des choses » [29], il n'en reste pas moins que l'identification du positionnement du chercheur est nécessaire à l'analyse faute d'une distanciation totale de l'enquêteur envers l'enquêté [30] (surtout que les données issues de ce travail, réalisé dans un cadre académique, étaient analysées par le seul auteur). Ainsi, je suis un homme, masseur-kinésithérapeute (MK) pédiatrique libéral intégré de longue date dans le réseau de soins périnataux régional. Cette connaissance du milieu m'a permis un accès facile aux structures de soins enquêtées, aux professionnels de santé et aux parents. C'est cet « opportunisme méthodologique » [31] qui a présidé au choix géographique (ville de province, avec un CHU, mais un nombre de cabinets de rééducation pédiatrique restreint, puis élargissement à un autre CHU de la même région). Il a, par contre, l'inconvénient de masquer certaines réalités quotidiennes, trop souvent observées [29,32]. Dans une démarche inductive, le premier terrain a été l'arrivée des familles en cabinet de rééducation de ville. Ce terrain, trop connu, était peu favorable à des observations ethnographiques distancées [33]. Aussi, il a été préféré la méthode d'entretiens ethnographiques (au sens de Béaud [24], c'est-à-dire reprenant à la fois les éléments biographiques concou-

rant à l'explication du phénomène à élucider et les éléments contextuels, positionnement vis-à-vis de la rééducation, vis-à-vis du vécu hospitalier...) longs et très libres pour ne pas imposer de problématiques présupposées aux enquêtés [34]. Les critères d'échantillonnage, dans une approche exploratoire ont été très souples :

- choix genré (choix des mères, au vu de la répartition des tâches familiales encore la plus fréquente dans notre organisation sociale [35,36]) ;
- choix de se limiter à des mères de bébés prématurés ayant une indication de rééducation, pour étudier ainsi les suivis d'enfants jugés les plus à risque, même si cela exclu de fait des familles qui auraient refusées ce type de soin. Matériellement, ce choix a entraîné le recrutement des mères enquêtées au sein des deux cabinets de rééducation pédiatrique de la ville (listés par le réseau de périnatalité régional, ils ont été pensés comme intermédiaires efficaces pour rencontrer ces populations dans un temps contraint) ;
- sans nombre préétabli, laissant libre cours à l'apparition de l'effet de saturation autour de certains points redondants [25] ;
- les entretiens se sont déroulés au sein des cabinets, dans une pièce isolée, avec une présentation du chercheur comme MK s'intéressant aux circonstances périnatales dans un cadre académique. Une mère était connue avec une séance de kinésithérapie réalisée ensemble, préalablement à l'entretien. Les autres ont été recrutées via une demande orale des MK des deux cabinets, après présentation du projet de recherche.

Les 8 premières mères s'étant présentées en novembre et décembre 2017 ont toutes décrit la même trajectoire hospitalière, dont 6 à travers des entretiens très détaillés [24], d'une heure à une heure et demi. Les 2 autres mères ont refusé de décrire leur parcours, de par la difficulté à révoquer en détail et sous enregistrement ces épisodes, décrits comme « douloureux ». Tous les entretiens se sont déroulés en une seule fois avec enregistrement sonore et retranscription ultérieure (sans relecture par les enquêtées), quelques prises de notes contextuelles les complétant (positionnement générale de l'enquêtée, difficulté à répondre aux questions ou participation enthousiaste...). Si la thématique était leur accouchement et ses suites, le fil par lequel le raconter était à leur initiative. En dehors de relances, la seule intervention était de ramener la discussion à leur cas précis quand il y avait des propos d'ordre généraux et de faire évoluer chronologiquement le récit. Il n'y a pas eu de codages des verbatims mais relectures par le chercheur et dégagement des redondances dans les parcours sur les seules thématiques liées aux interventions précoces de développement (présence de ces soins à l'hôpital, moment de leur instauration le cas échéant, liaisons soins hospitaliers-soins de ville sur ces thématiques, mise en place de ces soins en ville). Devant l'uniformité des positionnements, il n'a pas semblé pertinent d'en réaliser plus [37] dans les contraintes de temps de cette recherche, mais plutôt de tenter de comparer ces données à celles produites par un travail d'observation ethnographique. Les observations ethnographiques de ce second terrain ont été réalisées en néonatalogie et dans les consultations médicales hospitalières de suivi. Une dizaine de sessions d'observations ont été réalisées (demi-journées ou jour-nées), à différentes périodes de la semaine, sur une durée de 2 mois en janvier et février 2018 (Deux CHU A et B distincts ont été concernés pour comparer les comportements dans deux structures distinctes et ne pas conclure sur des phénomènes qui auraient pu être dus à une organisation singulière. Il n'y a pas eu de refus de participation) [38]. L'accord des chefs de service a été obtenu (échange par mail) suite à une présentation de la recherche. Bien que cette présence soit strictement circonscrite au cadre d'une recherche en sciences sociales, la possession du diplôme de MK leur était connue. Cette présentation de la recherche et des diplômes de l'enquêteur a aussi été fait aux personnels et aux parents présents durant les observations. Des notes ont été

Tableau I. Professions des parents des bébés dont la mère a accepté un entretien formel.

| Bébés | Adam et Bernie | Adèle | Béatrice | Caroline | David | Esteban |
|------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|------------|-------------|--------------------------|
| Profession de la mère | Conseillère en économie sociale et familiale | Employée de restauration | Mère au foyer (études d'infirmière) | Infirmière | Enseignante | Employée de restauration |
| Profession du père | Artisan | Artisan (en invalidité) | Commercial | Médecin | Enseignant | Aide-soignant |

prises « à la volée » durant ces périodes et seront retranscrites ici sans modification, afin de ne pas les travestir et de conserver le ton et les termes considérés comme adéquat sur le moment en fonction du contexte vécu, dans une démarche strictement anthropologique [39] (sur support carnet-papier en service, tapé sur ordinateur ultérieurement, directement sur ordinateur durant les consultations en bureau, sans relecture de la part des enquêtés). Les éventuels ajouts ou précisions indispensables à la compréhension ont été mis entre crochets. L'attention a été portée sur les situations en lien avec les interventions précoces de développement (réalisation par les familles, les soignants, discussions à ce propos entre soi-gnants), les discussions ou démonstrations mettant en jeu parents et soignants, ainsi que sur les prescriptions médicales. C'est leur présence ou leur absence qui a été rapportée à chaque observation, avec les explications visibles de ces états de fait. Souvent des discussions en service ont donné lieu à des entretiens informels avec d'autres mères et avec des personnels soignants de diverses professions, avec prises de notes manuelles [40]. En complément, 4 entretiens formels, enregistrés, ont été réalisés avec des soignants (2 puéricultrices, 1 interne et 1 MK), dans des endroits isolés des services. Ces personnels ont été choisis parce que les observations semblaient montrer un intérêt appuyé pour les soins de développement. Les propos ont soutenu l'analyse mais ne sont pas présentés ici. En effet, pour objectiver l'activité quotidienne, l'observation directe a plus force de preuve que la projection que pourrait en faire l'enquêté au cours d'un entretien [30]. L'analyse interprétative a été faite par comparaison des observations directes et de la littérature des sciences sociales en santé, pour tenter de dégager des phénomènes sociologiques à travers les situations particulières perçues.

Le faible nombre d'enquêtés (mères, mais aussi soignants dans les observations ethnographiques) présente l'avantage d'explorer avec précision leurs parcours, actions et représentations. C'est ce travail de terrain minutieux qui permet de proposer des réponses à la problématique initiale par la mise en perspective de points de vue d'acteurs différents, mais travaillant sur les mêmes situations (ici les soins aux bébés). Cette méthodologie est donc partiellement anti-positiviste, cherchant à récolter une réponse sur le terrain plutôt qu'à élaborer une théorie « hors sol » puis de la tester. L'accueil évident étant, à l'inverse, un excès d'intuitionnisme [30], c'est-à-dire le risque de généralisation hâtive... Mais la comparaison avec la littérature sur les sujets d'études proches permet de limiter partiellement ce risque. Dans tous les cas, la méthode sociologique qualitative et inductive ne peut nier l'impossibilité de saisir l'intégralité du sujet, ce qui oblige à utiliser le singulier pour éclairer la généralité [41].

RÉSULTATS

Les entretiens avec les mères comme indices d'un manque d'informations sur les soins de rééducation précoce

Les enquêtées comprenaient des primipares (4) et des multipares (2), des mères de jumeaux (1) ou de bébé unique (5). Les naissances se sont toutes produites entre 28 SA et 34 SA, avec un minimum de 3 semaines d'hospitalisation pour les nouveau-nés.

Les professions des parents ont été prises comme indicateurs de niveau social (Tableau I).

Leur hétérogénéité (signant des patrimoines culturels et économiques variés [42] et des niveaux d'interconnaissances et de mutuelles compréhensions différentes avec les soignants ou le chercheur [43–45]) est un élément de poids crédibilisant les vécus homogènes quant aux soins proposés durant l'hospitalisation.

L'ouverture permise par des entretiens semi-directifs approfondis a permis de détecter chez toutes les mères un discours commun autour du manque d'information sur les interventions précoces de développement (Extraits 1, 2 et 3 à titre d'exemples).

Ils permettent de relever un manque d'empowerment des parents [46] et de soutien à leur implication dans ces soins à l'hôpital et en vue du retour à domicile.

Pour autant, ces entretiens sont insuffisants à eux seuls pour conclure à l'absence de présentation des interventions précoces de développement à l'hôpital, car ne décrivant pas les situations

Extrait 1 : entretien avec une maman de jumeaux (Adam et Bernie)

« Enquêteur : Est-ce que pendant ce premier mois vous avez eu des conseils ? Des conseils de stimulation, des conseils d'alimentation, des conseils de sommeil ?
Maman : Pas du tout. Quand je suis rentrée à la maison vous voulez dire ?

Enquêteur : Oui

Maman : Pas du tout. Même quand on est sorti, au niveau de l'alimentation, ils nous ont dit vous prenez le lait que vous voulez. »

Extrait 2 : entretien avec une maman d'une petite fille (Adèle).

« Enquêteur : Et du coup quand vous étiez à l'hôpital l'après-midi et qu'elle dormait sur vous ? Qu'est-ce que vous faisiez ?

Maman : Ben comme on l'avait sur nous, voilà, on attendait que ça passe, que le temps passe...

Enquêteur : Elles vous avaient pas donné de conseils de jeux ou de portage ou de...

Maman : Non.

Extrait 3 : entretien avec une maman d'une petite fille (Béatrice).

« Avant de sortir on nous avait dit comme conseils genre : installer le bébé sur le dos quand il dort, on a eu droit à « pas de tours de lits », « la chambre à 20°C », enfin bref, j'en passe mais pas de conseils en termes de stimulations, euh d'apprentissages moteurs, psychomoteurs, tout ça, rien du tout. Ça c'est débrouillez-vous comme vous pouvez, voyez avec votre pédiatre.

Extrait 4 : notes lors d'une observation en service de néonatalogie, CHU A.

En fin de journée, j'assiste aux transmissions entre pédiatres :

Ils évoquent les cas, bébé par bébé. Les informations portent sur ce qui s'est passé dans la journée, notamment les problèmes qui se sont posés et les examens médicaux prévus ou reçus. Mais aussi les demandes ou sujets d'inquiétude avec les parents.

« maman inquiète, elle dit qu'on ne fait pas téter sa fille [et qu'elle est nourrie par voie nasogastrique] J'ai pas trop envie que la maman ne soit pas trop contente, donc j'espère qu'elles [les puéricultrices] vont la stimuler un peu. » Ils évoquent aussi les permissions de sortie, le besoin d'une feuille avec horaires des médicaments pour une maman, les retours d'une autre « Ça se passe bien à la maison ».

[...]

Ensuite, les discussions concernent la rédaction des prescriptions en avance pour les enfants stables.

« Pour soulager le travail du week end. »

Une seule allusion (succincte !) à la situation motrice pour un bébé :

Il restait avec une hypotonie axiale... Toute façon lui faut l'inclure dans le réseau, tout ça... »

réelles vécues, mais simplement la construction rétrospective qu'en ont fait les parents [30,33].

Les observations comme confirmation de la faible part des soins de développement et de leur promotion en milieu hospitalier.

L'hôpital joue un rôle aujourd'hui réorienté vers le traitement du soin aigu, complexe, immédiat [47,48]. Ce qui se traduit, concernant les nouveau-nés prématurés, par la priorisation des soins en liens avec la survie. Il convient de rappeler que ce rôle est tenu avec une grande efficacité, en témoigne les taux de survie importants relevés par les études Epipage [6,49], même pour les très grands prématurés [50]. Ainsi, la nature même de la prise en charge néonatalogiste des nouveau-nés prématurés concoure à hiérarchiser les soins, au profit du maintien des fonctions digestives (reflux gastro-œsophagiens, vomissements), respiratoires (oxygène-thérapie rendant les mobilisations difficiles) et cardiaques (fatigabilité d'un point de vue général ou limitation des mouvements possibles avec les oxymètres de pouls) Concernant les soins de développement à l'hôpital et leur continuité en ville sous la forme de séances de kinésithérapie précoces, le constat est plus mitigé. Lors des entretiens (formels ou informels) une partie des médecins interrogés ont l'impression de bien prescrire ou informer les familles sur ces soins (pour notre terrain, les plus âgés et expérimentés). Les observations, elles, ont tendance à relativiser leurs perceptions : ils se retrouvent parfois à gérer des problèmes logistiques, médicaux ou alimentaires plus immédiats, reléguant les soins de développement à un « après ».

De plus, en dehors de l'importance première du rôle médical strict de normalisation des paramètres digestifs, cardiaques et respiratoires, les soins de développement peuvent être une notion un peu vague pour certains médecins et infirmiers de ces services. En effet, malgré une croyance commune dans les connaissances reconnues par un titre académique [51-53], la réalité objective rappelle que les hétérogénéités de savoirs sont réelles, a fortiori quand on s'éloigne des cœurs de métiers.

À travers ces exemples, cherchant à identifier le contenu concret des actions en matière d'interventions précoces de développement, on s'aperçoit que le répertoire d'actions est

Extrait 5 : notes lors d'observation en service de néonatalogie, CHU A.

Ensuite, la discussion s'engage avec une pédiatre et une interne sur la question de qui a appelé le kiné pour le petit dont j'ai suivi la séance. Il s'agit du médecin rééducateur qui passe de temps en temps dans le service. Devant mes questions, et n'en sachant pas beaucoup plus, elles me montrent le mot laissé lors de son passage, demandant des soins kiné pour une « hypotonie axiale » [il n'y a pas de bilan accessible dans le service].

Je discute avec elles de leurs critères d'appels. Elles me disent ne pas être trop au point sur le sujet et laisser plutôt le médecin rééducateur faire [Un seul médecin rééducateur pédiatrique pour tout le CHU]. En développant, elles me disent que souvent il s'agit de grande prématurité, donc de petits qui ont été suivis d'abord en réa néo nat où la kiné a été mise en place.

J'essaie de savoir ce qui pourrait les alerter à demander des soins de développement précoces mais elles disent être trop nouvelles pour avoir assez d'expérience dans le domaine. Par contre elles citent les problèmes médicaux « étiquetés » (plagiocéphalie...) comme demandant alors des « soins kiné ».

Nous discutons ensuite des soins de développement sur lesquels elles ne se sentent pas très compétentes (« nous on fait plutôt le médical »), mais l'interne précise qu'au CHU B [nom des hôpitaux modifiés] « ils sont très à cheval là-dessus avec le protocole Nid-cap ».

Suite à ma question, l'interne ne connaît pas les travaux sur l'analyse des mouvements généraux [examen précoce des troubles de développement].

Elles me disent alors regretter l'absence de kiné ou psychomot pour s'occuper de ces choses-là qu'elles ne peuvent gérer [Une MK intervient sur prescription mais n'est pas présente en permanence].

Extrait 6 : notes lors d'observation en service de néonatalogie, CHU A.

Revenu en « salle de contrôle » j'interroge les puéricultrices à ce propos [le peau à peau] : elles me disent que les bras ou le peau à peau ce sont des sorties de couveuse stressantes donc à limiter et à faire pour une durée d'au moins une heure pour que le stress que ça engendre soit compensé par les bienfaits « psy ».

On discute ensuite des soins de développement et elles reconnaissent leur nécessité avant « maturité ».

Par contre, pour elles, quand ils sont « à terme », plus besoin : « c'est comme les bébés à terme ».

[...]

Je les interroge sur les retournements [changements de postures], s'il s'agit de soins de développement. Elles conviennent qu'il faut le faire y compris en néo nat « si il y a le temps ».

bien plus faible ou aléatoire que l'arsenal thérapeutique théorique disponible, et que le bilan précoce lui-même peut être assez flou.

Ce schéma se retrouve aussi bien en service qu'en consultation de suivi hospitalier, où le protocole médical, tel qu'il a pu être observé, (auscultation, mesurage, pesée, vision, tests codifiés, remplissage du dossier) ne laisse que peu de place à l'évaluation directe du savoir des parents en termes de soins

de développement. Ceux-ci réagissant, dans l'interaction, aux préoccupations du médecin, mais l'entraînant que rarement sur des sujets non abordés.

La concordance des témoignages des mères et des observations réalisées sur la prépondérance de l'action médico-centrée par rapport aux interventions précoces de développement in situ et post-hospitalisation démontre la réalité du partage des tâches hospitalières [54].

La place des MK dans ces services ne leur permet pas d'imposer les soins de développement comme problématique incontournable, malgré l'obligation de leur présence en service [55].

En effet, ceux-ci n'ayant pas d'accès direct aux nouveau-nés prématurés, ils doivent recevoir une prescription médicale pour intervenir. Quant aux autres spécialistes de la rééducation, ils sont soit trop peu nombreux (médecins rééducateurs) soit moins reconnus par le législateur et n'ayant pas non plus d'accès direct (psychomotriciens par exemple), ne pouvant ainsi pas intervenir plus systématiquement et librement. Ainsi, le maintien d'une hiérarchisation des professions (objectivable à travers le lien de prescription) conjugué à l'organisation hospitalière laissant peu de temps aux médecins pour dépasser les enjeux vitaux immédiats [56] rend, de fait, plus difficile la prise en compte d'autres aspects du développement de l'enfant.

Ces aspects finissent par être pris en compte (les mères rencontrées avaient leurs bébés pris en charge), mais leur faible mise en avant dans les premiers temps de la vie est défavorable à un investissement rapide des familles dans ce type de soin, une fois rentrées à domicile.

DISCUSSION

La force de ces résultats est leur concordance avec les travaux mettant en évidence le poids des politiques managériales hospitalières (hiérarchisant les soins) [57-59] et celui de la domination médicale sur les autres personnels de santé (rendant difficile l'imposition de logiques de soins différentielles sans leur accord, symbolisé, d'un point de vue légal, par l'ordonnance) [60-63]. Ceci explique la difficulté des MK à imposer les interventions précoces de développement comme problématique prioritaire.

L'autre concordance est interne à l'enquête : l'effet de saturation constaté dans les entretiens avec les mères, unanimes quant au manque d'information sur les soins de développement, recoupe des observations similaires dans deux CHU très différents (en termes de personnels, de logiques hiérarchiques ou d'investissements dans le NIDCAP).

Ces concordances avec des outils, des lieux, des enquêtes différents argumentent l'unicité d'un fait : un manque de sensibilisation des parents aux soins de développement mais ne tranchent pas sur les causes de ce manque.

La réflexivité du chercheur sur l'organisation sociale de la santé a été un outil pour limiter l'impact d'opinions personnelles sur l'objet de recherche mais il serait illusoire d'imaginer pouvoir s'extraire totalement d'un monde social dans lequel nous évoluons. L'intérêt de cette immersion du chercheur dans le milieu est sa capacité à moins le modifier par sa présence que ne pourrait le faire un anthropologue extérieur et donc à le saisir dans son organisation écologique habituelle [64]. Le revers de la médaille est que mon parcours sociologique et mon identité au sein d'une profession en quête d'émancipation

ont pu favoriser la mise en évidence privilégiée des logiques de domination, qu'elles soient interprofessionnelles (domination médicale) ou managériales (protocollisations, cotations, voire dotations privilégiant les actes vitaux, les personnels de soins aigus, manque de temps de formation continue [65,66]). Si celles-ci sont indéniables, elles mériteraient pourtant un approfondissement : la littérature rappelant que des causes aussi diverses qu'un paternalisme médical [67,68], un manque de personnel dû à des budgets comprimés [7,56,58], un manque de connaissance sur les compétences professionnelles de l'autre [69] ou un décalage entre action pensée et action effectuée sont autant de logiques très différentes [70] qui compliquent certains soins, souvent les moins quantifiables [59].

Enfin, se pose, comme dans tout travail scientifique, la question de la généralisation d'observations locales. Celle-ci n'est possible avec robustesse qu'en associant étroitement analyse qualitative et travail quantitatif sur plus de structures, ce qui n'a pas été fait ici.

CONCLUSION

Le soin n'est pas simplement la proposition formelle de traitements objectivés par la recherche clinique. Il implique aussi la prise en compte du contexte culturel, social, organisationnel, à la fois familial et des personnels soignants.

Ce contexte est à l'origine d'allongement des délais de prise en charge des nouveau-nés prématurés. Ce travail souligne une origine systémique, par une priorisation des soins aigus hospitaliers empêchant la mise en avant optimale des interventions précoces de développement.

Pour améliorer la situation et concilier les impératifs immédiats et de longs termes, la place du MK doit sans doute être repensée, afin que son regard clinique se surajoute à celui du médecin, pour doubler ou élargir le diagnostic. Se posera alors la question de qui décide du statut d'enfant normal ou pathologique [71,72].

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Jacques B. Sociologie de l'accouchement. 1re édition. Paris: Presses universitaires de France; 2007.
- [2] Ancel P-Y, Rozé JC. Prématurités, ces bébés qui arrivent trop tôt. 2015.
- [3] Mathelin C. Parents et soignants autour du bébé prématuré. Émotions autour bébé, ERES; 2006, p. 143–148.
- [4] Feldman R, Olds SW, Papalia D. Psychologie du développement humain. Bruxelles: De Boeck; 2010.
- [5] Dugnat M. Troubles relationnels père-mère-bébé quels soins? S. l.: Arip : Eres; 2001.
- [6] Larroque B, Delobel M, Arnaud C, Marchand L. Devenir à 5 et 8 ans des enfants grands prématurés dans l'étude Épipage : développement cognitif, troubles du comportement et scolarisation: outcome at 5 and 8 years of children born very preterm. Arch Pediatr 2008;15:589–91.
- [7] Mellier D, Marret S. Soigner et prendre soin des enfants nés prématurés : apport des données épidémiologiques. Enfance 2013;2013:49–58.
- [8] Lejeune F, Gentaz E. L'enfant prématuré en 2018 : multiplicité des enjeux. Approche Neuropsychol Apprentiss Chez Enfant 2018:17–24.
- [9] Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Toulouse: Erès; 2015.
- [10] Vaivre-Douret L, Papiernik E, Relier JP. Méthode et soins kangourou. Arch Pediatr 1996;3:1262–9.
- [11] Pierrat V, Bomy H, Courcel C, Dumur S, Causette V, Bouckenhove N, et al. Le peau à peau dans la prise en charge des nou-veau-nés de faible poids de naissance. J Pediatr Pueric 2004;17:351–7.
- [12] Buil A, Fillon-Devys D, Granger A, Roger K, Thomas N, Apter G, et al. Impact de l'installation en Flexion diagonale soutenue sur le maternage tactile spontané lors de la première séance de peau-à-peau en réanimation néonatale. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2017;65:289–98.
- [13] Vasseur R, Delion P. Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. Toulouse: Erès; 2010.
- [14] Gentaz E. Toucher pour connaître: Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle Chapitre 1. Caractéristiques générales de l'organisation anatomo-fonctionnelle de la perception cutanée et haptique. Paris: Presses universitaires de France; 2000.
- [15] Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Deeds O, Ascencio A, Begert G. Preterm infant massage elicits consistent increases in vagal activity and gastric motility that are associated with greater weight gain. Acta Pædiatrica 2007;96:1588–91.
- [16] Zerbini A. Comprendre le développement psychologique des prématurés. CQFD 2015.
- [17] Sandre D. Soins de développement et prévention des diffi cultés développementales chez les bébés nés prématurément. Spirale 2016:109–13.
- [18] Muller J-B, Castaing V, Denizot S, Caillaux G, Frondas A, Simon L, et al. Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Principes et théorie. Mot Cerebrale Readapt Neurol Dev 2014;35:41–3.
- [19] Sizun J, Ansquer H, Browne J, Tordjman S, Morin J-F. Develop-mental care decreases physiologic and behavioral pain expres-sion in preterm neonates. J Pain 2002;3:446–50.
- [20] Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2015; 24(11):CD005495.
- [21] Cioni G, Ferrari F, Einspieler C, Paolicelli P, Barbani M, Prechtel H. Comparison between observation of spontaneous movements and neurologic examination in preterm infants. J Pediatr 1997;5:704–11.
- [22] Dehaene S. Fondements cognitifs des apprentissages scolaires. Éducation, plasticité cérébrale et recyclage neuronal. Cours au Collège de France: Paris; 06 janvier 2015.
- [23] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Paris: HAS; 2020.
- [24] Beaud S. L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique ». Politix 1996;9:226–57.
- [25] Pinson G, Sala Pala V. Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ? Rev Fr Sci Polit 2007;57:555.
- [26] Broqua C. Enjeux des méthodes ethnographiques dans l'étude des sexualités entre hommes1. J Anthropol 2000:129–55.
- [27] Becker HS. Les ficelles du métier : comment conduire sa recher-che en sciences sociales. Paris: La Découverte; 2013.
- [28] Lizé W. Entretiens, directivité et imposition de problématique. Une enquête sur le goût musical. Genèses 2009;76:99.
- [29] Durkheim E. Les règles de la méthode sociologique. 16e édition. Paris: Presses universitaires de France; 1967.
- [30] Bourdieu P, Chamboredon J-C, Passeron JC. Le métier de socio-logue : préalables épistémologiques. 2e ed. Paris: Mouton; 1973.
- [31] Goffman E. Les cadres de l'expérience. Paris: Minuit; 1991.
- [32] Broqua C. L'ethnographie comme engagement : enquêter en terrain militant. Geneses 2009;75:109.
- [33] Bourdieu P. Systèmes d'enseignement et systèmes de pensée. Fonct Soc Educ 1967:367–88.
- [34] Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin; 2004.

- [35] Murcier N. La réalité de l'égalité entre les sexes à l'épreuve de la garde des jeunes enfants. *Mouvements* 2007;49:53-62.
- [36] Bourdieu P. La domination masculine. Éd. augm. d'une préface. Paris: Ed. du Seuil; 2002.
- [37] Becker HS. Les aspects concrets de la thèse. Cours à l'EHESS : Paris; novembre 2011.
- [38] Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques. Paris: La Découverte; 2017.
- [39] Fontaine A. La recherche ethnographique en travail social : l'exemple d'une étude de cas sur le travail de rue. *Pensee Plurielle* 2012;30-31:83.
- [40] Pruvost G. La production d'un récit maîtrisé : les effets de la prise en note des entretiens et de la socialisation professionnelle : le cas d'une enquête dans la police. *Lang Soc* 2008;123:73.
- [41] Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. *Rech Qual. Enjeux Épistémologiques Méthodologiques*, Montréal: Gaetan Morin Éditeur; 1997, p. 113-69.
- [42] Bourdieu P, Eicher JC. Capital humain, capital culturel. École normale supérieure de St Cloud; 1977.
- [43] Fleury C, Ameisen JC. Leçon inaugurale chaire humanité et santé 07/12/2018 n.d.
- [44] Weber M, Kalinowski I, Sintomer Y. La domination. Paris: La Découverte; 2015.
- [45] Memmi D, Arduin P. L'enquêteur enquêté. De la « connaissance par corps » dans l'entretien sociologique. *Genèses* 1999;35:131-45.
- [46] Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sci Soc Sante* 2015:41-66.
- [47] Abecassis P, Coutinet N, Juven P-A, Vincent F. La santé, un business? *Man. Indocile Sci. Soc. Pour Savoirs Résistants*, Paris: La Découverte; 2019.
- [48] Juven P-A. Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs contro-versés de l'hôpital public. 1re éd. Paris: Puf; 2016.
- [49] Morgan AS, Khoshnood B, Diguisto C, Foix L'Helias L, Marchand-Martin L, Kaminski M, et al. Intensity of perinatal care for extremely preterm babies and outcomes at a higher gestational age: evidence from the EPIPAGE-2 cohort study. *BMC Pediatr* 2020;20:8.
- [50] Monier I, Ancel P-Y, Ego A, Guellec I, Jarreau P-H, Kaminski M, et al. Gestational age at diagnosis of early-onset fetal growth restriction and impact on management and survival: a population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2017;124:1899-906.
- [51] Avenel C. Transitions identitaires chez les entrants en études de médecine. *Quest Vives Rech Educ* 2015;14. <https://doi.org/10.4000/questionsvives.1761>.
- [52] Bourdieu P. La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps. Paris: Les Éd. de Minuit; 2002.
- [53] Foucault M. Radioscopie n.d.
- [54] Laisné C, Heyman I. Problèmes actuels d'hospitalisme en néonatalogie: Deux exemples en Martinique. *Coq-Heron* 2005;181:68.
- [55] Bertrand X. Décret no 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique. 2006.
- [56] Pierru F. Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien. *Quad Commun Technol Pouvoir* 2013;67-82.
- [57] Pierru F. Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire. *Bur. Néolibérale*, Paris: Éditions La Découverte; 2013, p. 203-30.
- [58] Juven P-A, Pierru F, Vincent F. La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public. Paris: Raisons d'Agir; 2019.
- [59] Georges-Tarragano C. Soigner (l')humain. Presses de l'EHESS: Rennes; 2015.
- [60] Freidson E. La Profession médicale. Paris: Payot; 1984.
- [61] Hugues EC. The making of a physician. *General Statement of Ideas and problems. Hum Organ* 1956;14:21-5.
- [62] Toffel K, Bühlmann F, Tawfik A. L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Rev Fr Sociol* 2018;59:219.
- [63] Schweyer F-X, Metzger J-L. Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers. *Rev Fr Aff Soc* 2005;1:183.
- [64] Schwartz O. L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? *Hobo Sociol. Un -Abri*, Paris: Armand Colin; 2014, p. 335-84.
- [65] Juven P-A. Produire l'information hospitalière : du codage des dossiers au gouvernement de l'activité. *Rev Anthropol Connaiss* 2013;7, 4:815.
- [66] Juven P-A, Gaudillière J-P. « En consultation, je regarde l'ordinateur, pas ma patiente » : entretien avec Anne Gervais. *Mouvements* 2019;98:23.
- [67] Elger B. Le paternalisme médical mythe ou réalité ? : aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant. *Chêne-Bourg: Éditions Médecine & Hygiène*; 2010.
- [68] Salbreux R. Contexte de l'évolution des rapports parents-professionnels au cours du dernier demi-siècle. *Contraste* 2013;37:47.
- [69] Bloch M, Hénaut L, Sardas J, Gand S. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. *Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Paris: Centre de gestion scientifique de Mines-ParisTech; 2011.
- [70] Baudouin J-M, Friedrich J. Théorie de l'action et éducation. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2001.
- [71] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: PUF; 1991.
- [72] Lériché R. Introduction générale ; de la santé à la maladie ; la douleur dans les maladies ; où va la médecine ? *Encycl Fr T VI*, 1936.

Les hommes qui ont fait la Kinésithérapie

RAYMOND SOHIER

un puits de science au service de la thérapie manuelle.

Par Alain Garnier, Président du Physiomuseum



Il est né le 17 mai 1922 à la Louvière en Belgique et nous a quitté le 8 février 2018. Il avait 95 ans. C'était un chercheur qui pratiquait en même temps la kinésithérapie.

Raymond Sohier fait ses études en Belgique en 1943. Il est embauché ensuite à l'hôpital CHU Tivoli à La Louvière où il devient chef de service de l'unité de MPR. Il rencontre le Docteur Ruelle rhumatologue et se met à étudier la biologie cellulaire. En 1946 il énonce le concept Sohier et en suivant la kinésithérapie analytique. Il crée ensuite kinésciences pour enseigner et éditer ses livres, puis l'institut international de kinésithérapie analytique. Pendant des années il enseigne avec plus de 30 cours par an en Belgique et en France. Les enseignants labellisés sont triés sur le volet c'est ainsi qu'en France : Michel Hayes, Marc Gross et d'autres ont diffusé la bonne parole.

Il a laissé une trace profonde auprès des confrères jusqu'à nos jours.

C'est une thérapie manuelle

Selon Michel Haye collaborateur de Raymond Sohier dans Profession Kiné :

« *La Kinésithérapie Analytique a pour finalité d'agir au niveau des causes, les facteurs qui déterminent les détériorations structurales mécanogènes.*

Là réside son étonnante efficacité par le biais de la normalisation des évènements cellulaires.

Toute thérapie de prévention part de ces choix thérapeutiques.

Des thérapies manuelles exclusives, nous retenons :

- *le caractère prioritaire des mobilisations spécifiques visant à redonner à l'articulation sa cinématique idéale,*
- *les nombreuses exigences requises pour une bonne pratique : écoute et perception du patient et de ses tissus, présence, progressivité, intention, association intime entre le soignant et le soigné par l'adéquation entre le ressenti et la distribution et l'orientation des forces correctrices par la main thérapeutique, etc.*

Toutes ces qualités ne s'acquièrent qu'au prix d'une bonne formation de base, d'une pratique régulière, d'affinements et de mises à jour permanents. »



À consulter ou à lire :

<https://kinesitherapie-analytique-sohier.com/documents/CodeConceptSohier.pdf>

Kineduc.be/sohier.htm

Le concept sohier

De la biomécanique à la biologie mécanogène

Mémoire

Le musée de la kinésithérapie deviendra-t-il viral ?

Par Alain Garnier, kinésithérapeute. Ancien président du Cefips, président de l'AMK/Physiomuséum

C'est ce que nous souhaitons ! Cela voudrait dire que vous êtes, consœurs et confrères touchés par le virus « Physiomuséum » : soit en participant financièrement à sa réalisation par vos dons en numéraire ou en matériels ou en venant nous rejoindre en faisant acte de candidature au conseil d'administration.

Depuis le dernier numéro de FMTMag « l'eau a coulé sous le pont ».

Depuis mars la France s'est arrêtée et donc nous n'avons pas pu rencontrer les collectivités territoriales locales. Nous n'avons cependant pas perdu notre temps en indexant progressivement les 6000 ouvrages et documents en vue de leur numérisation. Nous avons aussi pu rencontrer les sociétés capables de les numériser. Et le choix de celle-ci est imminent. Cette physiothèque sera complétée par des archives sonores qui seront accessibles via le site internet. Notre souhait serait que les adhésions se propagent comme le virus actuel.

L'avenir du musée de la kinésithérapie est entre vos mains, prenez votre chèque.

POUR ADHÉRER

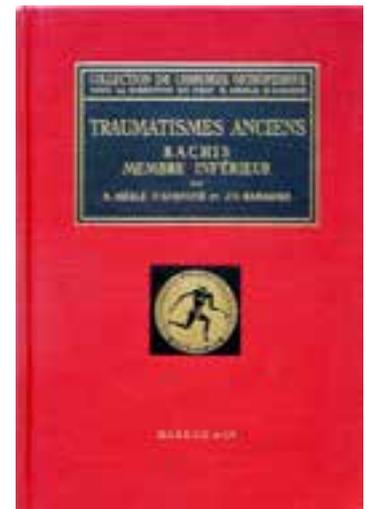
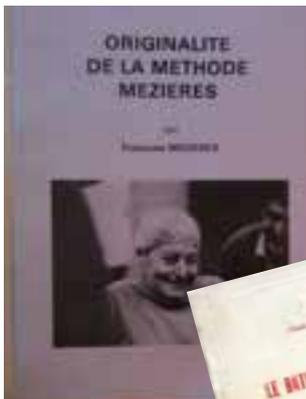
Participez à la mémoire de votre profession adhérez pour 2020 pour 40 € (seulement)

Ou faites un don déductible de vos cotisations fiscales

Adresser votre chèque à AMK
38 chemin des vieilles écoles
31200 Toulouse

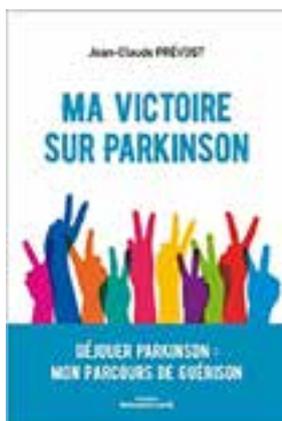
NOS PARTENAIRES

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



Ouvrage du Pr Merle d'Aubigné un des pionniers de l'orthopédie (dans la physiothèque du musée de la kinésithérapie)

Par Pascal Turbil



PARKI C'EST FINI

« Avril 2012. Pour mon soixante-cinquième anniversaire, mon neurologue me diagnostique la maladie de Parkinson, avec une fin de scénario bien morne. Un super cadeau... » Refusant de subir, Jean-Claude Prévost ne s'est pas arrêté à ce pronostic définitif. Avec méthode, il a cherché les causes de la maladie et exploré des approches thérapeutiques alternatives telles que la désacidification, l'homéopathie, l'argent colloïdal, la phytothérapie, et bien d'autres.

Aujourd'hui, cela fait plus de trois ans que sa maladie de Parkinson est silencieuse. Il n'a pas baissé les bras et a cru à l'incroyable, et, il souhaite partager ses connaissances par son témoignage. Un témoignage rempli d'espoir qui ouvre de nouveaux horizons pour les malades et leur entourage. Un récit passionnant, touchant et pas dénué d'humour, riche d'enseignements et très inspirant. Le détail de chaque traitement testé par l'auteur : posologies, effets secondaires, résultats sur le long terme, régimes alimentaires, exercices physiques, etc.

Ma victoire sur parkinson par Jean-Claude Prévost, éditions Mosaïque-Santé, Collection Vérités 7,90 €



L'ÉPAULE DÉTAILLÉE (6^e ÉDITION)

La rééducation de l'épaule, détaillée dans ce livre pathologie par pathologie, occupe une place importante dans le traitement, tant conservateur que chirurgical, de l'ensemble des lésions de cette articulation complexe.

Les programmes rééducatifs proposés reposent sur plus de 150 illustrations et photographies en travail réel. Ils montrent que chaque lésion — atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs ou atteinte neurologique, ou arthrose

de l'épaule ou encore le traitement de la douleur — doit faire l'objet d'une prise en charge individualisée. Celle-ci, à son tour, favorisera la participation du patient et le rôle éducatif du professionnel de santé.

Tout l'intérêt de cet ouvrage novateur est d'avoir détaillé les différents protocoles rééducatifs en rapport avec les types de lésion concernés.

En rapprochant clinique et rééducation, ce livre qui est devenu une référence, intéressera l'ensemble de l'équipe rééducative qui, en cabinet ou à l'hôpital, doit assurer une rééducation dont le contenu est aujourd'hui scientifiquement établi et bien codifié.

Rééducation raisonnée de l'épaule opérée et non opérée - Forthomme, Bénédicte, Crielaard, Jean-Michel, éditions Frison Roche, Collection Précis Pratiques de Rééducation ; 45 €



LE SHIATSU SERT À TOUT

Renforcez vos défenses grâce au massage shiatsu ! Face aux dérèglements de l'environnement, à la propagation des maladies et au stress quotidien, nous avons besoin de préserver et de renforcer les processus de défense et d'autoguérison de notre organisme. C'est le but et l'originalité du shiatsu, une technique de massage

japonaise qui consiste à presser des points spécifiques le long des méridiens d'acupuncture, et qui est particulièrement efficace pour soulager les multiples conséquences du stress : fatigue, maux de tête, troubles du sommeil, problèmes digestifs, anxiété, oppression respiratoire... Grâce aux nombreux schémas explicatifs, vous apprendrez à pratiquer le shiatsu sur chaque partie du corps : le repérage des points, la pression juste à exercer, la bonne position à adopter pour ne pas vous fatiguer, les bienfaits des différentes lignes de points ou encore les précautions à prendre. Vous découvrirez aussi dans ce manuel pratique des explications claires et précises des fondements de la médecine orientale, riche en conseils pour la vie quotidienne. Etes-vous yin ou yang, rétracté ou dilaté ? Comment circulent vos énergies ? Quel est votre élément prédominant ? Quelle est l'influence des saisons et des émotions sur votre santé ? En rééquilibrant la circulation des énergies, le shiatsu restaure la vitalité profonde du corps et vous aide à préserver votre santé. Pour pratiquer à la maison, en famille ou entre amis, quand vous le pouvez et quand vous le voulez, selon le temps dont vous disposez.

Pratiquez le shiatsu, par Jean-Louis Abrassart, éditions Guy Trédaniel, 18 €



AIDER SANS SE BLESSER

Prévenir les risques physiques des aidants, assurer la sécurité et le confort des aidés. Plus de 200 illustrations pour une aide technique adéquate. En France, on compte entre 9 et 11 millions à apporter quotidiennement son aide à un proche malade ou handicapé. Un chiffre

certainement sous-estimé car ils ne sont pas beaucoup à ne pas vous déclarer « aidants » alors qu'ils en assurent le rôle en accomplissant des tâches comme les manutentions du lit au fauteuil, la toilette, l'aide à la marche... Mais, à la différence des professionnels de santé, les aidants agissent la plupart du temps sans formation préalable et vous voient alors apparaître des lombagos, des sciatiques, voire ils s'exposent à des entorses ou des fractures. Et ils renoncent parfois à manipuler leur proche de peur de le blesser ou de provoquer une chute... Or, tout cela peut être évité en adoptant des postures de prévention lors des manutentions ou en vous procurant le matériel approprié. Ainsi, en partant des situations auxquelles sont confrontés les aidants, l'auteur décrit pour chacune d'elles la gestuelle adaptée ainsi que les aides techniques adéquates, le tout illustré par près de 200 dessins permettant une bonne visualisation.

Aider les aidants, par Marc Ventura, éditions Grancher, 21,00 €

GUIDED DOLORCLAST THERAPY

VOTRE SOLUTION GLOBALE POUR LE TRAITEMENT DES DOULEURS MUSCULO-SQUELETTIQUES

**VISITEZ
NOTRE SITE WEB
EMS-DOLORCLAST.COM**

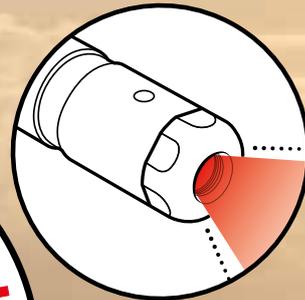
01

ÉVALUER ET
MOTIVER



02

DOLORCLAST®
HIGH POWER LASER

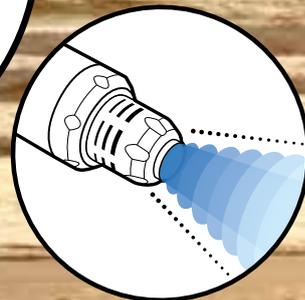


06

OFFRIR
UN SUIVI



**GUIDED
DOLORCLAST®
THERAPY**



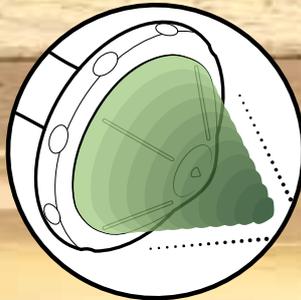
03

DOLORCLAST®
RADIAL SHOCK WAVES



05

RÉÉDUQUER



04

DOLORCLAST
FOCUSED SHOCK WAVES

E.M.S.
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS Sarl
32, Route de Pontarlier
F-39460 Foncine-Le-Haut

Tel: +33 3 84 51 90 01
Email: info@ems-france.fr
FB: @SwissDolorClastFR
www.ems-dolorclast.com

EMS+

Le saviez-vous ?

6 000 entorses
par jour en France

Une entorse de cheville n'est pas à prendre à la légère.

A l'origine de douleurs ou d'incapacités sur le long terme.

Une mauvaise cicatrisation provoque les récives.



Duo Cast®

La solution simple pour appliquer le protocole P.O.L.I.C.E.
Protection. Optimal. Loading. Ice. Compression. Elevation.

Traite les 2 phases de l'entorse

1^{ère} phase : inflammatoire + 2^{ème} phase : cicatrisation



Cryothérapie compressive

Protection ligamentaire

+ vite autonome
- de souffrance
mieux consolidé



IMPLANTS
SERVICE
ORTHOPÉDIE

1 rue Jules Guesde, 91130 RIS-ORANGIS
Tél. : + 33 (0)1 69 02 19 20 - information@ortho-iso.com

www.orthopedie-iso.fr

Les attelles et manchons de la gamme IGL00® fabriqués par Implants Service Orthopédie, sont indiqués pour un traitement par cryothérapie. Ce sont des dispositifs médicaux de Classe I, produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Ces dispositifs sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans certaines conditions : consulter www.ameli.fr. Lire attentivement la notice d'utilisation. Photos non contractuelles.

