

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

allcare
INNOVATIONS

LE SOIN PAR LE MASSAGE ET LE MOUVEMENT

Kysio[®]
MÉTHODE
OSTÉO MUSCULAIRE

imooove[®]
MÉTHODE
MUSCULO POSTURALE[®]

icoone[®]
MÉTHODE
ROBO DERM[®]



Maîtrise du geste avec biofeedback



Votre espalier devient
intelligent et interactif



Mouvement Élisphérique 3D



Rééducation & performance
neuro-motrice



Multi Micro Stimulation Alvéolaire



Soin de la peau
et du tissu conjonctif

Depuis 25 ans,
nous grandissons
ensemble



25 ANS
ecopostural
mobilier pour la santé



www.ecopostural.fr

conception et fabrication depuis 1996



Le plaisir, et après

D'abord et avant toute chose, ne boudons pas notre... plaisir. Quelle joie de constater l'enthousiasme des retrouvailles durant les trois journées du salon Rééduca Paris (30 septembre, 1^{er} et 2 octobre derniers) dans le hall de la Porte de Versailles. Certains allant même jusqu'à se tomber dans les bras (mais avec les masques), tant l'attente avait été longue. Des allées et des stands pris de cette volonté de renouer avec la vie « normale ». L'organisation du salon fait d'ailleurs le même constat (lire le dossier « Bilan » en page 8) : un peu moins de monde dans les allées (les réflexes ne sont pas encore totalement revenus), mais des visiteurs de qualité. Joie également pour la présidente de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, décorée de la Légion d'Honneur par le ministre de la Santé Olivier Véran (voir en page 20). Et puis il y a la reprise, sinon l'avenir, avec certaines certitudes comme l'extrême vieillissement de la population (les plus de 85 ans seront 4,8 millions en 2050). Une perspective à prendre en compte dès maintenant par tous les acteurs de la profession (lire en page 35). A plus courts termes, le président de la FFMKR, Sébastien Guérard, donne les orientations de la fédération et annonce les axes de travail (parfois de combat) pour accompagner les kinésithérapeutes dans leur avenir professionnel (page 19). Même les habitudes des Français évoluent avec la télémédecine et les télésoins. Là encore des nouveautés qu'il faut intégrer au plus vite dans les pratiques...

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>



-40%

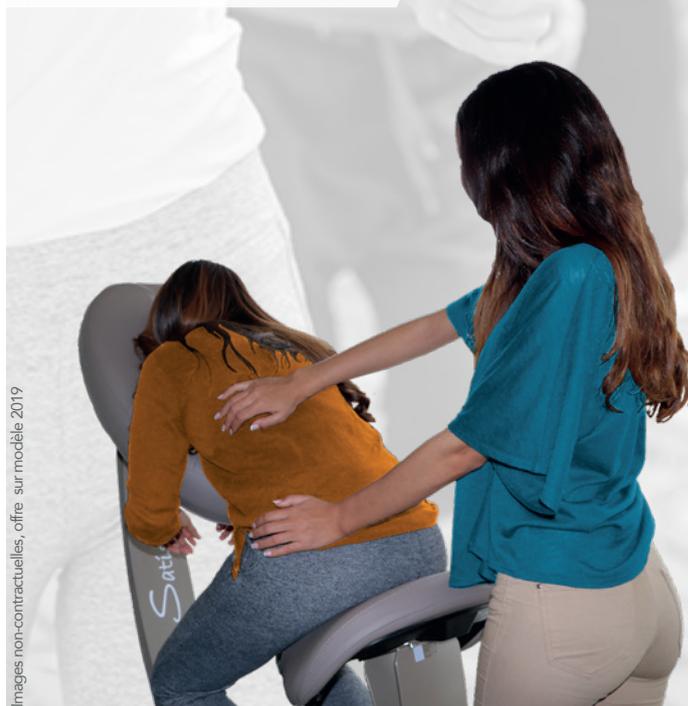
ZENDOS

Arthromoteur rachidien



En réponse au mal de dos

- Détente et assouplissement des muscles du dos.
- Éveil proprioceptif.



Images non-contractuelles, offre sur modèle 2019

> N°141 Décembre 2021 – Janvier – Février 2022

ACTUALITÉS

Rééduca	
Retour dans les allées du salon pour le bilan	08
Infos	
L'actualité du secteur de la masso-kinésithérapie	17
Distinction	
La présidente de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes décorée de la Légion d'Honneur	20
Actualités	
Les kinés aux Jeux Olympiques	21
Kinés du Monde	
Retour sur la mission diagnostic au Togo	22
Post-Covid	
Le rôle de la sophrologie à l'hôpital	29
Post-Covid	
La cure spécifique aux Thermes de Saint Gervais/Mont-Blanc	30
Nutrinews	
L'actualité de la nutrition	34
Musée	
Physiomuséum, la mémoire de demain	40
La saga de kinés	
Albert Bénichou, le « combattant » de la kinésithérapie	41
Livres	
L'île lettrée	50

RENCONTRES

3 questions à Sébastien Guérard	
Le président de la FFMKR donne les grands axes pour l'année à venir	19

EXPERTISE

Chronique	
Le point de vue éclairé de Jean-Pierre Zana	06
Sophrologie	
Une histoire qui se mêle à celle de la kinésithérapie	26
Nutrition	
Surpoids et Covid	32
Nutrition	
Les 4 « S » du docteur Recchia	33
Accompagnement	
Les défis du grand âge	35
Savoirs	
Fiabilité intra et inter-évaluateur du Modified Functional Reach Test et du sens positionnel du tronc pour les patients ayant une hémiparésie après un accident vasculaire cérébral	42

FORMATION

INK	
Retour sur le Congrès « Actualités en kinésithérapie sénologique »	24
ITMP	
L'accès direct est-il l'avenir de la profession ?	38

ÉTUDES

e-Santé	
Les Français changent leurs habitudes	18

TECHNIQUES, MÉTHODES & MATÉRIELS

Matériel	
Allcare	09

p.08



REEDUCA

Du jeudi 30 septembre au samedi 03 octobre 2021, les professionnels du secteur de la masso-kinésithérapie ont (enfin) pu se retrouver sur les stands de Rééduca. Retour sur les animations, les nouveautés, les innovations avec les acteurs de ces trois journées de chaleureuses retrouvailles.

<<<

p.26



HISTOIRE

La Sophrologie est née à Madrid, en Espagne, en 1960, à l'hôpital Santa Isabel dans le service du Pr J-J. Lopez-Ibor, neuropsychiatre, phénoménologue, d'un jeune interne de 28 ans, le Dr. Alfonso Caycedo. Jean-Pierre Missistrano en retrace les grandes lignes. >>>

p.35



PERSPECTIVE

Les plus de 85 ans seront 4,8 millions en 2050. En France comme pour un grand nombre de pays européens et sur la quasi-totalité de la planète, il se profile de manière inéluctable et insuffisamment audible - une société de la longévité - une société dans laquelle les personnes de Grand Âge seront la norme.

<<<

p.38



ACCÈS DIRECT

Obtenir un rendez-vous chez le médecin ou chez le kiné est difficile et les sites de prise de rendez-vous en ligne n'y changent pas grand-chose. C'est dans ce contexte que la députée Stéphanie Rist a proposé l'accès direct en kinésithérapie pour toutes les pathologies dans le cadre du PLFSS. Ceci permettra de réduire les délais et les consultations médicales « inutiles ».

>>>

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.

Franco&Fils

CONCEPTEUR ET FABRICANT
D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

DEPUIS 1955

C'était hier !

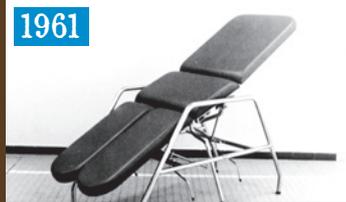


1958

1960



1961



1964



1962

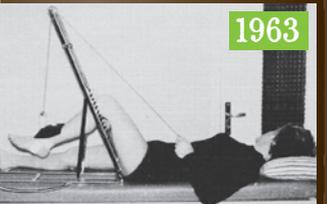


Gamme SIMPLEX

Aujourd'hui

PLUS DE 30 MODÈLES À DÉCOUVRIR !

1963



1965



1970



1964



ZONE INDUSTRIELLE | RN7 | 58320 POUQUES-LES-EAUX

TÉL. : 03 86 68 83 22 | FAX : 03 86 68 55 95

E-MAIL : INFO@FRANCOFILS.COM

SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

C'est **mon** avis !



Par Jean-Pierre ZANA, cadre de santé, Ergonome - expert

Kinés : vous devez être connu.e



Se faire connaître, communiquer, sans faire de pub... Ne serait-il pas le moment de suivre les traces de nos influenceurs de santé pour redorer le blason de la kinésithérapie bousculé notamment par les gogothérapeutes des médecines alternatives. Il m'a semblé utile de se rappeler quelques définitions qui devraient vous permettre de conforter l'excellence de votre activité ou de l'élargir grâce aux compétences supplémentaires acquises lors de vos formations continues.

La rééducation fonctionnelle est un traitement que reçoivent des patients à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un traumatisme. Il faut noter que ces soins emploient des méthodes aussi bien naturelles que mécaniques. En effet, la rééducation fonctionnelle est généralement basée sur des exercices répétitifs et un ensemble de soins corporels bien déterminé.

Elle permet de rétablir une fonction locomotrice lésée et de restaurer au maximum l'autonomie des patients à travers la réduction des incapacités des articulaires et musculaires.

Cette procédure médicale s'avère inéluctable dans bien des cas. La rééducation fonctionnelle est intrinsèquement liée à la kinésithérapie. En fonction de la maladie et des différents symptômes, le kinésithérapeute établit un programme spécifique avec des exercices et mouvements minutieusement sélectionnés. Si chacun de ces gestes a une fonction bien précise, certains exercices sont beaucoup plus pratiqués en kinésithérapie.

La réadaptation fonctionnelle nécessite un programme comprenant des objectifs et une échéance, destinée à permettre à une personne déficiente d'atteindre un niveau fonctionnel, mental, physique et/ou social optimal en mettant à sa disposition des moyens de changer ses conditions de vie. Ce programme peut inclure des démarches visant à compenser une perte de fonction ou une limite fonctionnelle (par exemple par des aides techniques) et toute autre mesure visant à faciliter l'adaptation sociale ou sa restauration. » Définition des Nations Unies 1983
La réadaptation fonctionnelle est considérée comme un synonyme de la rééducation elle est pourtant le cœur de l'activité des ergothérapeutes.

Le mot réhabilitation est utilisé, dans le domaine médical, pour qualifier le processus qui vise à amener un patient à l'état de santé le plus proche possible de celui qui était le sien avant de tomber malade. Cela concerne aussi bien les facultés intellectuelles que physiques. On parlera, par exemple, de réhabilitation cognitive, ou encore de réhabilitation respiratoire, selon les fonctionnalités qui sont altérées. Dans les maladies chroniques comme la maladie d'Alzheimer, on comprend bien qu'il n'y aura jamais de retour à l'état antérieur, quelles que soient les mesures de réhabilitation entreprises, ce qui n'empêche pas de les prendre.

Aujourd'hui, sous le terme de rééducation fonctionnelle plusieurs professions se reconnaissent : médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR), kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, psychomotricienne, infirmière, orthoprothésiste, etc., qui ont pour objectif de prévenir et limiter toutes déficiences éventuelles, d'évaluer les capacités fonctionnelles et de suppléer les limitations, d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie, dans une démarche globale et pluridisciplinaire qui s'inscrit aisément dans les soins de support.

Comment vous faire mieux connaître ? Comment valoriser nos pratiques grignotées depuis des années par d'autres rééducateurs ?

Comment se faire remarquer dans un monde hyper communicant ? Comment délivrer le bon message aux bonnes personnes ? Et comment faire le poids face à des « concurrents » d'autres rééducateurs qui grignotent depuis des années certaines de nos pratiques ?

Par notre présence en ligne qui est aujourd'hui indispensable. Occupez les réseaux sociaux, l'internet pour défendre votre exercice professionnel, votre cabinet, vos compétences. Ne laissez pas la place qu'à quelques influenceurs vous pouvez l'être aussi.





SUPER INDUCTIVE SYSTEM



ILS NOUS FONT CONFIANCE!



Nous remercions tous les médecins et kinésithérapeutes d'avoir choisi le BTL-6000 SIS comme technologie révolutionnaire à champs électromagnétiques haute intensité pour optimiser leurs pratiques. Sincères remerciements à :

Carole Pellegrino, Miguel Moya, Pierre Terrier, Roșca Dănuț, Frédéric Prevost, Cécilia Itoua, Marine Machart, Clément Hérlin, Franck Petitjean, SCP Boulard Desvignes, Emmanuel Dufait, Christophe Mahieu, Dr. Jurdi Bassam, Julien Becquet, Klaudia Kowalska, Jeremie Lecesne, Ellys Avramut, Thomas et Joel Casero, Patrick Van Ackere, Chloé Bordillon, Hervé Tchappi, Sébastien Rebelo, Fabien Boutillier, Franck Saadoun.



Réduca

LA RÉÉDUCATION en mouvement

LE PLAISIR DE SE RETROUVER



« Je souhaite avant toute chose renouveler mes chaleureux remerciements à tous les participants de cette édition 2021 de Réduca : les exposants comme les visiteurs et tous ceux qui ont fait de Réduca le succès de ces 3 journées de rencontres, de découvertes et de retrouvailles. Les 30 septembre, 1^{er} et 2 octobre 2021 sont, de fait, à marquer d'une pierre blanche dans l'histoire du salon. Il s'agissait de l'édition de la reprise. Une édition physique où chacun a pu exprimer son plaisir d'échanger, de partager. Le plaisir simple de se retrouver. Une édition du retour à la normale et néanmoins exceptionnelle, grâce à la qualité des animations, toujours très suivies. Les grands classiques : Ateliers Pratiques ; Conversations Multidisciplinaires ; Forum | Démonstrations ; 1 Jour | 1 Sport | 1 Kiné ; Réduca Innov' ; Les Mondes Virtuels et Augmentés ou Senior Pep's. Et les nouveautés, particulièrement appréciées : Dans la peau d'un senior by KineQuantum et Virtual Reality Experience by Virtualis. Des animations qui ont impressionné les visiteurs, tant par leur côté spectaculaire que par les pratiques qu'ils y ont découvert. Toujours au chapitre des nouveautés, les visiteurs ont pu apprécier les 6 parcours thématiques qui ont facilité leur visite (Femme, Sport, Jeune kiné, Sénior, Formation, Hygiène & bien-être).

Enfin, la présence toujours plus importante des professionnels de santé influents a « boosté » ces différentes animations et je tiens à les remercier ici encore pour leur professionnalisme et leur disponibilité.

Côté chiffres, pas de réelles surprises, mais la confirmation d'un retour en douceur. L'édition 2021 a enregistré la présence de 4700 visiteurs durant ces trois journées, soit une affluence plus qualitative que quantitative à la plus grande satisfaction des exposants. Réduca repart donc sur d'excellentes bases et toute son équipe à hâte de retrouver tous les professionnels de la kinésithérapie et de la rééducation à la Porte de Versailles les 13, 14 et 15 octobre 2022 ».

Laurence Gaborieau, Directrice de Réduca



Au programme : visite des stands, découverte des nouveautés, participation aux animations et séances de selfies avec les professionnels de santé influents, qui se sont volontiers prêtés au jeu.



Pass Sanitaire et gestes barrières ont permis à tous de vivre cette édition dans les meilleures conditions.



Les visiteurs « masqués » retrouvent le chemin des allées de Réduca.



La vie reprend « comme avant » aux abords des stands.



SOLUTIONS DE SOINS PAR LE MOUVEMENT

Imcove
 30kg | 45kg | 60kg | 75kg



Module de mesure électrique de 20

kg | 30kg | 45kg | 60kg | 75kg | 90kg | 120kg



KYSID
 50kg | 75kg | 100kg | 150kg

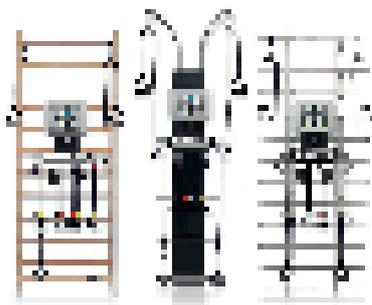


Module de mesure avec divers accès

10kg | 20kg | 30kg | 45kg | 60kg | 75kg | 90kg | 120kg



Une gamme sur mesure, évolutive, adaptable à votre pratique et votre budget





La crème de l'innovation

Sur les 8 projets finalement retenus, 3 sont repartis avec les Trophées. Ils ont tous en commun de proposer des innovations qui facilitent le quotidien et la pratique des kinésithérapeutes, donc la vie et la rééducation des patients...

Les 7^e trophées « Réduca Innov' » ont, cette année encore, récompensé des fabricants, inventeurs, concepteurs qui facilitent la vie des kinésithérapeutes.



Trois beaux lauréats : 1^{er}, Delis Ahou (au centre), président de Mad-Up. 2^e, Maxime Térémetz (à droite), cofondateur et responsable produit de Dextrain et 3^e, Franck Assaban, fondateur et responsable de Virtualis.

(3 anciens footballeurs professionnels) : « C'est une fierté d'emporter ce premier prix. D'autant que nous nous sommes présentés à la dernière minute. Ce prix nous apporte de la crédibilité dans notre engagement pour cette thérapie et nous allons évidemment l'utiliser dans nos différentes communications. Réduca est la référence en France et nous allons capitaliser sur sa notoriété pour étendre notre notoriété et bien sûr l'utiliser pour la prospection. » La deuxième a été attribuée à Dextrain pour son « Dextrain Mainpulandum ». Qui permet d'évaluer et d'entraîner la dextérité fine et ses composants clés de façon spécifique et avec une grande précision. C'est Maxime Térémetz, fondateur et responsable produits qui a reçu le trophée : « J'ai simplement poursuivi le travail de ma thèse lorsque j'étais chercheur qui portait sur le contrôle de la dextérité après un AVC ou un autre accident de la vie. » Si le nom du produit et celui de l'entreprise sont évidents Dex (dextérité) et Train (training) c'est que selon Maxime :

« Il n'y avait finalement peu ou pas d'outils sophistiqués pour la rééducation des doigts. Nous sommes partis du constat neurologique et la suite était logique. » Enfin, le troisième prix et le 3^e trophée pour Franck Assaban (Virtualis) et son « Motion VR », une plateforme connectée à la Réalité Virtuelle combinant tous les domaines d'application, avec 3 degrés de liberté des bilans précis, rééducation en double tâche. Franck Assaban tient à associer toute son équipe : « Ce prix récompense un gros travail de chacun. Mais l'innovation est notre raison d'être, nous avons participé 5 fois, emporté 3 prix et 2 fois finalistes... Nous reviendrons avec d'autres innovations dès l'an prochain avec un produit consacré au regard et aux yeux... » Les autres participants sont donc prévenus.

Remise des Trophées par Laurence Gaborieau, Directrice de Réduca et 3 des 6 masseurs-kinésithérapeutes membres du jury, de gauche à droite : Aude Quesnot, Vincent Meslet et Xavier Dufour.

Ils avaient 3 minutes pour présenter leurs innovations, en public, devant les membres d'un jury entièrement composés de confrères. Certains comme Franck Assaban (Virtualis) sont coutumiers de l'exercice (3 Trophées à son actif) : « C'est vrai que je connais bien le principe et que j'ai l'habitude de pitcher... » Mais pas d'inquiétude, si les bons orateurs pouvaient sembler favorisés, Xavier Dufour (juré) précise : « Être à l'aise à l'oral est agréable pour le jury, mais ne nous y trompons pas, ce sont bien les produits que nous évaluons et non leurs représentants. » Il semble d'ailleurs que cette année ait été une session plus simple que les précédentes : « Nous nous sommes rapidement mis d'accord sur les lauréats ! » Pour Aude Quesnot et tous les membres jury des 7^e Trophées Réduca Innov', il y a rapidement eu consensus. Il restait à définir l'ordre. C'est finalement Mad-Up et son Mad-Up Pro qui se classent premiers. Un appareil qui utilise le Blood Flow Restriction Training (restriction du flux sanguin) pour permettre de lutter contre la fonte musculaire des patients en situation d'inactivité. Pour Adrien Gohier (technico-commercial et associé avec Guy Moussi et Milos Dimitrijevic,



Depuis le début des Trophées Réduca Innov', la saine compétition cède toujours le pas à la convivialité. Tous les participants et leurs équipes partagent le verre de l'amitié.





Merci

A tous nos adhérents

Pour avoir répondu si nombreux

A notre enquête 2023 sur le devenir des Agas

Merci

**A tous ceux qui sont venus nous
retrouver sur le stand REEDUCA et**

Nous exprimer toute leur confiance

Comme depuis toujours

L'angak, grâce à ses nombreux services

Vous fait bénéficier de toute son expertise

Pour assurer votre Sécurité Fiscale

**Angak : 8 Rue de Périole B.P 85817-31505-Toulouse cedex
Tél: 05 61 99 52 10
www.angak.fr**



ATELIERS Pratiques

La formation fait « recette »

Retour gagnant pour cette animation devenue un grand classique du salon. Les animateurs des différentes sessions (13 durant les 3 journées) sont particulièrement heureux de l'accueil et de la participation du public.

Au point que Frédéric Zénouda (Physio'Learn et Institut Edelweiss) en réclame davantage : « *Nous avons pu mettre en place 6 ateliers différents. Je suis dans l'ensemble satisfait de ces ateliers et je pense même qu'ils devraient être exploités et développés encore plus. Le public est demandeur de démonstration et de partage. L'espace imparti était bien, de bonne dimension. Le fait que cet espace se trouve au fond du salon permet de traverser et donc à certains exposants d'être visibles...* » Xavier Dufour (ITMP), son alter ego à la gestion des Ateliers Pratiques fait écho à ces propos : « *Les ateliers Rééduca ont retrouvé leur public pendant le salon pour notre plus grand plaisir. Quel bonheur de pouvoir échanger à nouveau avec jusqu'à 200 collègues par atelier. Tous les jours ITMP a animé 4 ateliers pratiques sur le stand Rééduca ; des techniques de manipulation vertébrale, le traitement des tensions musculaires en trigger ou par levées de tension, mais aussi des thèmes présentés par nos influenceurs ; Major mouvement mettant l'actif à l'honneur à travers 100 exos et Princesse Périnée qui nous a éclairé sur la*



Pouvoir d'attraction confirmé pour les Ateliers Pratiques

prise en charge du périnée. Nos formateurs sont toujours très heureux de pouvoir partager avec nos confrères et consoeurs, mais aussi les étudiants venus nombreux pour cette occasion. Le rendez-vous est pris pour l'édition 2022. » Même enthousiasme du côté des autres partenaires des Ateliers Pratiques Senior Pep's et KineQuantum. Ce dernier a d'ailleurs rencontré un vif succès avec son animation « Dans la Peau d'un Sénior » où chacun pouvait, grâce à un appareillage sophistiqué (gilet alourdissant, articulations contenues...) accomplir les gestes du quotidien (vaisselle, jeux, etc.) en évoluant avec le poids de l'âge. Et bien sûr constater l'apport des jeux en réalité virtuelle pour faciliter et entretenir la mobilité des séniors...



Le bébé à l'honneur pour cette édition 2021



Ambiance «cosy» pour des échanges de haut niveau

Décor particulièrement adapté pour ces Conversations Multidisciplinaires (14 rendez-vous). Une ambiance cosy, comme à la maison, pour des thèmes très pointus et la réunion de professionnels qui ont eu plaisir à échanger.

Certains, comme le Dr Thibault Portella, lors de la réunion consacrée au « Diagnostic et prise en charge du mal de dos » ont même commencé par reconnaître l'utilité de l'exercice : « *Pendant des années je ne savais absolument pas ce que faisait le kiné après une opération. Nous ne l'apprenons pas à l'école et chacun reste dans son rôle. Depuis que j'ai compris la complémentarité, je m'appuie sur cette profession pour améliorer le retour en forme du patient.* » Parmi les « Conversations » les plus suivies, il faudra retenir celle de la « Collaboration

entre le sportif de haut niveau et le kinésithérapeute », avec la participation du judoka, champion olympique par équipe, Axel Clerget, lui-même kinésithérapeute qui est revenu sur son parcours du combattant lors de sa préparation alors qu'il souffrait notamment d'une pubalgie : « *L'encadrement du sportif a beaucoup évolué. Le préparateur physique n'est plus le seul maître à bord. Je travaille avec un psy, le même que Teddy Riner, mais également un orthoptiste, et bien sûr avec une équipe de kinés : vestibulaire, ostéo... J'ai notamment découvert les Trigger Points avec Stéphane Eldinger, grâce à Xavier Dufour. Sans cet encadrement je n'aurais jamais pu être prêt pour les J.O. J'ai dû faire face à une pubalgie récalcitrante 1 an avant les Jeux et à une commotion cérébrale 2,5 mois avant ma participation. C'est en partie aux kinés et aux 4 heures d'efforts quotidiens, comme à mon staff médical que je dois cette médaille d'or Olympique...* »

Axel Clerget rayonnant avec sa médaille d'or Olympique autour du cou, qu'il dédie en partie à son staff médical et à ses confrères kinésithérapeutes.



La parole libérée, même pour des sujets tabous comme la sexualité en rééducation périnéale, grâce à l'expertise et la bienveillance des spécialistes : Sabrina Fajau, Guy Valancogne, Estelle Bertrand et le Docteur N'Dongo Abdu.





L'espace du futur

C'est bien connu, les jeunes pousses sont appelées à produire des arbres solides.

C'est tout l'esprit de l'Espace Start Up qui a rassemblé 14 stands, dont Dextrain, Lauréat (2^e place) des Trophées Réduca Innov'. Car les Start Up ne réunissent pas que des fabricants d'application, de logiciels ou des plateformes de e-santé (Axmove, Gustave, Maddie, Monkiné, My Pension Xper, Sportsulting, Chiron It, ou Ozalee), qui améliorent le quotidien des kinésithérapeutes. Elles proposent très souvent de réels produits aussi physiques qu'innovants. C'est notamment le cas d'Elia (marque de lingerie menstruelle) ; Pelvi-Up (appareil médical pour travailler le plancher pelvien) ; Toweko (création et vente de draps d'examen) ; ArsyLab (dispositifs médicaux contre les pathologies articulaires, ou Orthonov (fabricant de dispositifs de cryothérapie compressive).

Une ambiance dédiée pour des rendez-vous très prometteurs.



L'Espace Start Up, le rendez-vous de la jeune génération



La place des experts

L'espace d'expression des exposants a fonctionné à plein durant ces trois journées, avec pas moins de 13 rendez-vous.

Le digital était à l'honneur avec une nouveauté spectaculaire : « Les Mondes Virtuels & Augmentés ». Les partenaires de cette opération : KineQuantum, Virtualis et Kamui Digital ont pu plonger les visiteurs dans une réalité virtuelle, pour mieux leur faire comprendre la réalité physique. L'occasion pour les exposants de faire découvrir les fonctionnalités de leur matériel sans aucune pression commerciale. Comme a pu le faire les techniciens de chez Allcare, Jean-Pascal Douissard (MKDE) lors d'une démonstration sur plateforme oscillante, intitulée : « Pourquoi assister les thérapeutes manuels ? » Le fondateur de la société, Gianfranco Tudico rappelle que ses troupes ont profité de la période Covid pour se poser faire évoluer leurs produits : « La période n'a donc pas été si difficile. Certes l'entreprise a enregistré une baisse de son chiffre d'affaires de 20% l'an dernier, mais celui de cette année a doublé, donc chez nous tout va bien. »



Ambiance « bistrot » qui a renforcé le côté convivial des Forums.



Les spécialistes Allcare, comme tous les exposants participants aux Démos, ont pu présenter leurs produits et techniques en toute décontraction.

Le kinésithérapeute, meilleur allié du sportif

Qu'il soit du dimanche ou de haut niveau, le sportif met son corps à rude épreuve. Et c'est bien souvent le kinésithérapeute qui vole à son secours...

La dernière édition de Réduca en a fait la démonstration au travers 5 disciplines (football, golf, course à pied, haltérophilie, boxe) et leurs principaux traumatismes associés.



Christophe Mahieu, kinésithérapeute du sport et thérapeute manuel, traite une pubalgie chez le footballeur. Un classique de la discipline.



Les membres de l'équipe de France féminine d'haltérophilie en démonstration de force, de souplesse et de soins avec Dora Tchakounté, Noamy Niuro et leur coach, Franz Félicité.



La technologie s'impose également comme l'allié du kiné du sport. Ici l'appareillage Indiba est utilisé sur le sprinter français Christophe Lemaitre.



Les kinésithérapeutes de la team Indiba : Cédric Daniel et Stéphane Saoli ont pu présenter la technologie Tecarthérapie utilisée par l'équipe de France d'haltérophilie.



Honneur aux séniors

L'édition 2021 de Réduca a fait la part belle aux séniors. Et quoi de plus logique lorsque l'on sait que le nombre de personnes en perte d'autonomie ne va cesser d'augmenter en France (1,5 million en 2025 et 2,2 millions en 2050).

Dans ce registre, les démonstrations sur son stand, mais également lors des ateliers menés par KineQuantum se sont révélées particulièrement explicites. Avec « Dans la peau d'un séniör » chacun, quel que soit son âge pouvait vivre l'espace de quelques minutes le quotidien d'une personne âgée, grâce à un simulateur de vieillissement. Il s'agit d'une combinaison qui réduit les capacités physiques et sensorielles couplées à des situations du quotidien en réalité virtuelle. Les résultats sont saisissants, mais surtout très utiles pour travailler sur la mobilité des séniors...



Une fois la combinaison enfilée et le masque sur les yeux, une très jeune femme se rend compte des déficiences d'une personne âgée.



Les gestes les plus simples comme faire la vaisselle deviennent de véritables épreuves.

Les talents influents de santé

L'art de communiquer sa passion

Les maîtres des réseaux sociaux n'ont pas ménagé leur peine.

De Conférences en Ateliers Pratiques ; de Conversations Multidisciplinaires en Forum | Démonstrations, sans compter les interventions sur les stands et les séances photos dans les allées, les talents influents de santé ont tout donné. Des pontes de la communication et de la transmission qui n'oublient jamais leur premier métier : kinésithérapeute. Ils ont su transmettre la passion de leur profession à tous les visiteurs toujours prompts à les suivre, tant sur les réseaux sociaux que sur le salon. Merci à eux pour leur implication.



Grégoire, alias Major mouvement a enfin percé le secret de Claude l'aventurier emblématique de Koh Lanta : la plateforme oscillante.



Qui sait aussi être très sérieux lors des Ateliers Pratiques



Impossible pour Grégoire et ses comparses « influenceurs » d'échapper à la séance photo. Un exercice auquel ils ont tous pris beaucoup de plaisir.



On faisait la queue pour être pris en photo avec Hemerick Verwaerde (Hem ton kiné)



Princesse Périnée / Sabrina Fajau (à gauche) et Estelle Kiné / Estelle Bertrand (à droite), qui encadrent Guy Valancogne ont brillé par leurs connaissances et leur simplicité lors des Conversations Multidisciplinaires sur le thème de la sexualité en rééducation périnéale.



Merci à tous les talents influents de santé présents pour cette édition.

Des nouveautés déjà bien installées

Chaque édition réserve son lot de surprises et de nouveautés. De nouveaux exposants bien sûr, mais aussi de nouvelles animations.

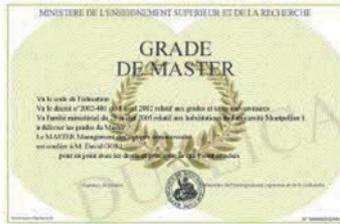
Cette année Réduca s'est enrichi de rendez-vous comme « Les Mondes Virtuels & Augmentés », qui mettent en évidence les progrès de la réalité virtuelle. Mais elle a également rendu plus pratique le parcours des visiteurs avec ses 6 « Parcours Thématiques », qui ont mis en valeur et en évidence les produits et solutions adaptés. Les visiteurs ont ainsi pu se laisser guider selon leurs recherches et aspirations sur les parcours suivants : Femme (cancer du sein, chirurgie gynécologique, ostéoporose ou périnéologie) ; Formation ; Hygiène & Bien-être ; Jeune Kiné (assurance, comptabilité & gestion, financement, formation, installation) ; les Senior (arthrose, cardio-respiratoire, Parkinson, prévention de la chute, phlébite et AVC) ou Sportif (déchirure, lombalgie, entorse, pubalgie, préparation et récupération).



La réalité virtuelle et ses applications santé développent désormais tout son potentiel dans les allées de Réduca et notamment ses innombrables applications en rééducation comme en prévention. Le futur a toujours inspiré les générations, mais les outils que la VR propose appartiennent bien au présent.

Reportage photos NS

Grade de Master, c'est officiel



Le décret conférant le grade de master aux masseurs-kinésithérapeutes est paru. Conformément au cadre européen du schéma licence-master-doctorat (LMD) prévu par le processus de Bologne, le décret relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute conférant le grade de master a été publié dimanche 15 août 2021 au Journal officiel. Cette parution était particulièrement attendue depuis que le ministre de la Santé, monsieur Olivier Véran, avait annoncé cette reconnaissance lors d'une visioconférence avec le SNMKR en mai 2021. La réforme des études supérieures, dite LMD, est mise en place en France depuis 2004. La décision d'y inscrire les formations paramédicales quant à elle date de décembre 2006. L'inspection générale des affaires sociales et

l'inspection générale de l'administration, de l'enseignement supérieur et de la recherche ont posé les bases de cette réforme en 2008. Les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur avaient annoncé, fin 2011, l'accès au grade de master pour les professions de masseur-kinésithérapeute et d'orthophoniste, mais la réforme avait été repoussée... L'ensemble des instances œuvre depuis de longues années pour cette reconnaissance : la FFMKR (voir l'interview de Sébastien Guérard) ou l'Ordre, qui se félicite que le ministre ait répondu positivement à ce message. Olivier VERAN a en effet rappelé à plusieurs reprises qu'il était favorable aux évolutions et prêt à « faire bouger les lignes ». En matière d'accès direct aux kinésithérapeutes, « capables de déterminer seuls le mode de rééducation et le nombre de séances » et pour lequel un rapport est en cours d'élaboration, de pratiques avancées et d'extension des possibilités de prescription, le ministre s'est déclaré ouvert à la réflexion pour fluidifier et simplifier l'accès aux soins. La présidente du Conseil national de l'ordre a conclu en invitant les kinésithérapeutes à se saisir des possibilités qui s'ouvrent à eux. La profession pourra ainsi prendre sa place au cœur de l'organisation générale de la santé : « *Nous serons présents sur les grands enjeux de santé publique.* »

Source : Décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute conférant le grade de master.

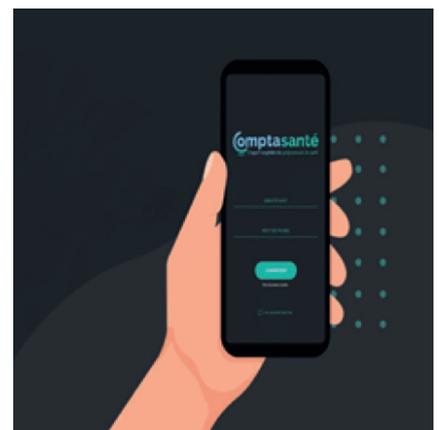
La FNO s'unit à 10 syndicats représentatifs des professionnels de santé pour défendre des objectifs communs

Le 8 septembre 2021 marquait la création d'une nouvelle intersyndicale rassemblant les des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux a été actée : les Libéraux de Santé (LDS). La création des Libéraux de Santé redonne une place forte à la coordination entre TOUS les professionnels de santé, "médicaux" et "praticiens de santé". Cette organisation sera la force des professionnels de santé, pour permettre d'avancer ensemble sur des projets et objectifs communs, avec au cœur de sa politique, un attachement fort au conventionnement national avec l'Assurance Maladie. Elle sera le point d'ancrage d'une coordination souple, efficace et adaptée à l'exercice réel, et qui devra être reconnue et valorisée par les tutelles. Constituée de 11 organisations représentatives issues majoritairement du CNPS et de la FFPS, elle rassemble des représentant-es de toutes les professions de santé : chirurgiens-dentistes (CDF), médecins (CSMF, SML), masseurs-kinésithérapeutes (FFMKR), infirmiers (FNI), orthophonistes (FNO), pédicures-podologues (FNP), pharmaciens (FSPF), audioprothésistes (SDA), biologistes (SDB) et orthoptistes (SNAO). Ensemble, elles défendront l'indépendance et la liberté dans l'exercice professionnel, le système conventionnel, et la solidarité interprofessionnelle. La FNO s'engage avec énergie et détermination dans une nouvelle définition du paysage syndical. Elle sera représentée par Anne Dehêtre, présidente de la FNO, au sein du Conseil des présidents, aux côtés des présidents des structures représentées. Anne Dehêtre occupera également la place de Vice-Présidente dans le bureau des Libéraux de Santé. Le Conseil des Présidents est constitué de : Philippe BESSET (FSPF) ; François BLANCHECOTTE (SdB) ; Anne DEHETRE (FNO) ; Luis GODINHO (SdA) ; Sébastien GUERARD (FFMKR) ; Daniel GUILLERM (FNI) ; Jean-Loup LAFEUILLE (FNP) ; Mélanie ORDINES (SNAO) ; Jean-Paul ORTIZ (CSMF) ; Thierry SOULIE (Les CDF) et Philippe VERMESCH (SML). Tandis que le **bureau des Libéraux de Santé** est présidé par Sébastien GUERARD (FFMKR) et composé de : François BLANCHECOTTE (SdB), 1er Vice-Président ; Pascale LEJEUNE (FNI), Secrétaire ; Philippe BESSET (FSPF), Trésorier et des Vice-Présidents : Anne DEHETRE (FNO) ; Luis GODINHO (SdA) ; Jean-Loup LAFEUILLE (FNP) ; Catherine MOJÁISKY (Les CDF) ; Mélanie ORDINES (SNAO) ; Jean-Paul ORTIZ (CSMF) ; Philippe VERMESCH (SML) ; Daniel GUILLERM (FNI) et Thierry SOULIE (Les CDF).



Comptasanté, la nouvelle application dédiée aux professionnels de santé

Comptasanté c'est un compte en temps réel, directement connectée avec son comptable. Selon le dernier recensement de l'INSEE en 2018, la France comptait quelques 2,23 millions de professionnels de santé médicaux (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, etc) et paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, etc). 400 000 d'entre eux exercent non pas en tant que salariés, mais sous statut libéral. Par conséquent, ils doivent s'acquitter chaque année d'obligations comptables qui dépendent de la forme juridique de leur entreprise. Casse-tête pour beaucoup, la tenue comptable peut-être une véritable contrainte au quotidien pour les non professionnels de l'exercice. Afin de répondre à leurs besoins et leur permettre de consacrer plus de temps à leurs patients plutôt qu'aux chiffres, Comptasanté a développé une offre d'expertise comptable à distance exclusivement dédiée aux professionnels de santé. Les différents abonnements (59€, 69€ et 79€ HT) permettent de : déposer ses documents comptables sur la plateforme via scan ou prise de photo ; annoter les lignes du relevé bancaire qui n'auraient pas été déjà affectées par le comptable associé au compte client ou consulter en temps réel l'état de sa comptabilité.



Téléconsultation, DMP, DP, Mon Espace Santé

Les Français et la e-santé

Le numérique devient un outil incontournable pour l'accès aux services de santé. De plus en plus présent dans la vie quotidienne des Français, le numérique doit être une opportunité pour offrir un meilleur accès et une meilleure qualité des soins. L'adhésion aux outils numériques par les usagers est donc un enjeu crucial.

Téléconsultation, DMP, DP... Où en sont les Français aujourd'hui dans leur appropriation et leur usage de services numériques en santé ? A quelques mois du déploiement de Mon Espace Santé, France Assos Santé dévoile les résultats d'une étude exclusive réalisée par CSA. Les Français de plus en plus adeptes de la e-santé.

Un usage du numérique en santé déjà très développé

88% des Français qui utilisent internet sont adeptes des services numériques dans le cadre de leur parcours santé, comme Ameli.fr (67%) ou des plateformes de rendez-vous en ligne (59%).

Gestion des données : la confiance s'installe mais la transparence manque encore

65% des utilisateurs des services santé en ligne ont confiance dans la sécurisation des données de santé. Un score encore plus élevé parmi la population des patients (malades chroniques) : 70%. Cependant l'enquête de CSA démontre la forte méconnaissance qu'ont les Français de leurs droits au regard de leurs données de santé : seulement 24% se disent bien informés et connaître leurs droits d'opposition sur celles-ci.

La téléconsultation et la prise de rendez-vous en ligne : un usage boosté par la crise sanitaire mais parfois limité par des contraintes techniques. 30% des Français qui utilisent internet ont déjà eu recours à la téléconsultation, contre 7% avant la crise du Covid-19. Ils s'avèrent dans l'ensemble satisfaits (satisfaction : 7,4/10).

Pour les patients, la téléconsultation bénéficie en effet de plusieurs avantages, en particulier le côté pratique (gain de temps, réduction des délais, etc.), mais ils sont conscients des limites du dispositif. Les soucis techniques ou les difficultés d'accès au numérique pour une partie de la population sont vécus comme des obstacles. Et pour certains le manque de contact direct peut déshumaniser la consultation, avec 2 utilisateurs sur 10 qui se sentent moins à l'aise qu'en présentiel.

Pour 67% des répondants, la téléconsultation est une alternative pratique à une consultation en présentiel et non une solution de remplacement.

Dossier Médical Partagé (DMP) et Dossier Pharmaceutique (DP) : la grande nébuleuse

Alors que la téléconsultation fait dorénavant partie des pratiques des Français, le DMP et le DP restent majoritairement obscurs et peu ou pas utilisés. Si près de 8 Français sur 10 ont déjà entendu parler du Dossier Médical Partagé, un peu moins de 50% d'entre eux connaissent son fonctionnement. Seulement 35% des personnes interrogées ont ouvert un DMP (45% chez les patients) et la moitié l'utilise. Ce faible taux d'utilisation est principalement dû au fait que les professionnels de santé ne le remplissent pas. Le Dossier Pharmaceutique quant à lui est méconnu et ses caractéristiques restent floues pour les Français : seulement 11% des répondants déclarent détenir un DP.

Mon Espace Santé : une forte attente des usagers de la santé et la clé pour permettre d'accélérer le déploiement du numérique en santé.

L'accélération de l'utilisation du numérique en santé passera sans aucun doute par Mon Espace Santé, l'espace en ligne personnalisé dont chaque assuré bénéficiera à compter de janvier 2022. Déjà, les services qui seront inclus dans cet espace suscitent un fort intérêt auprès de 7 usagers sur 10 (DMP, Ameli, messagerie sécurisée, agenda de santé, DP) et 82% des répondants estiment que ce nouveau service va permettre de faciliter le parcours de soins, tant au niveau des professionnels de santé que des patients.

Pour France Assos Santé, les résultats de l'étude réalisée par CSA révèlent à la fois le potentiel énorme que représente le numérique en santé pour permettre aux usagers de la santé de mieux prendre leur parcours santé en mains, mais aussi les fragilités actuelles à combler. Les outils existants sont sous-utilisés, en grande partie par manque de visibilité et d'information. Pour émanciper l'usager de la santé et le rendre acteur de ces services, une meilleure communication sur ses droits concernant ses données est indispensable, en toute transparence. La généralisation de Mon Espace Santé est un levier fondamental pour encourager et inciter les Français à s'approprier les services numériques et les ancrer dans les habitudes quotidiennes du parcours de soins. Un progrès qui devra impérativement, pour France Assos Santé, aller avec un accompagnement renforcé des populations éloignées du numérique pour des raisons géographiques ou démographiques, afin de ne laisser personne au bord du chemin.

LES FRANÇAIS ET LA TÉLÉCONSULTATION



ONT DÉJÀ EU RECOURS À LA TÉLÉCONSULTATION
11% l'utilisaient avant le 1^{er} confinement et 22% l'ont utilisé depuis



63% DES RDV SONT PRIS VIA UNE PLATEFORME EN LIGNE
Les plateformes de rendez-vous en ligne sont de loin le 1^{er} accès à la téléconsultation, suivi à 27% par un lien communiqué par le professionnel de santé



ENTRE LA PRISE DE RDV ET LA TÉLÉCONSULTATION
Un délai d'obtention perçu comme plus rapide qu'en présentiel par 46% des utilisateurs et comme équivalent par 50% d'entre eux.



DES UTILISATEURS TRÈS SATISFAITS
48% des utilisateurs donnent une note entre 7 et 8 et 28% entre 9 et 10



DES TÉLÉCONSULTATIONS SONT JUGÉES DE MÊME DURÉE QU'EN PRÉSENTIEL
Et pour 35% des utilisateurs, la durée de la téléconsultation a semblé plus courte



POUR 2 UTILISATEURS SUR 3, LA TÉLÉCONSULTATION EST UNE ALTERNATIVE PRATIQUE
à une consultation en présentiel

Pour en savoir plus

Retrouvez le rapport complet de l'étude CSA
www.france-assos-sante.org

FFMKR

Par Pascal Turbil



3 questions à Sébastien Guérard

Quelles sont les principales actions extérieures (visibles pour les professionnels) que porte la FFMKR ?

Depuis que nous sommes en postes avec mon équipe depuis près de 2 ans, nous nous sommes efforcés de récupérer la place qui doit être la nôtre en nous inscrivant en leader de la profession pour représenter au mieux la kinésithérapie : lobbying, relations interpro, communication, média... nous sommes partout, nous avons « professionnalisé » nos méthodes de travail et de fonctionnement, notamment en nous attaquant à une réforme en profondeur de nos statuts visant à améliorer la réactivité et les modalités de concertation, permettant ainsi d'être plus agile tout en maintenant la démocratie fédérale.

Notre objectif étant de nous positionner en apporteur de solution et de faire du kinésithérapeute en acteur de santé public majeur et incontournable pour la bonne santé de la population. Par ailleurs, nous avons fait en sorte d'élargir notre offre de services aux adhérents :

- création de la plateforme expertale qui permet de renseigner, accompagner et défendre l'ensemble des kinésithérapeutes avec des conditions très préférentielles pour nos adhérents sur différentes questions juridiques relatives à la vie conventionnelle allant de l'aide à la cotation à la défense de confrère dans le cadre de récupération d'indus par la CPAM, en s'appuyant sur notre réseau d'experts auprès des tribunaux.
 - création du klub, 1^{er} comité d'entreprise destiné aux kinésithérapeutes libéraux, qui permet d'obtenir de nombreuses réductions auprès de plus de 250.000 enseignes (grandes distributions, voyages, cinémas, bricolage, sport...) permettant à chaque adhérents de rentabiliser sa cotisation en faisant ses achats courants.
 - mise en place des jeudis de la fédé, le 2^e jeudi de chaque, un webinar gratuit pour nos adhérents sur de multiples sujets, animés par des intervenants de renom et des experts.
- Sur le plan politique, nous venons d'enregistrer l'obtention du grade de Master pour les kinésithérapeutes. Nous allons maintenant agir pour libérer le potentiel des kinés. Il faut que l'on puisse faire le parallèle entre le diplôme obtenu et la pratique sur le terrain. Nous devons libérer le kinésithérapeute de la contrainte de l'ordonnance. Le kinésithérapeute doit également avoir la possibilité de renouveler des prescriptions médicales. De prescrire des médicaments adaptés aux soins qu'il donne... Nous avons remporté les dernières élections aux urps, nous permettant d'avoir une majorité confortable nous permettant, tout en travaillant de concert avec les autres organisations syndicales, de nous appuyer sur ces URPS pour déployer ces idées en région.

À la suite du renouvellement d'une partie des conseillers fédéraux, lors du 58^e Congrès de la FFMKR, les 11 et 12 juin 2021, voici le nouveau bureau de la FFMKR. De gauche à droite : Laurent Rousseau, premier secrétaire général ; Sébastien Guérard, Président ; Céline Chebal-Raizer, trésorière et Stéphane Beulay Vice-Président. Le Président, Sébastien Guérard, se déclare heureux du rajeunissement général des cadres : « Ils apportent une énergie positive. Ils sont impliqués, très présents, et ils contribuent à rendre la fédération incontournable. »

Concernant l'interpro, la FFMKR a été particulièrement active à la refonte des relations entre les grandes organisations professionnelles de médecins (CSMF et SML), pharmaciens (FSPF), dentistes (CDF) infirmiers (FNI), orthophonistes (FNO), Biologistes (SDB), Podologues (FNP), Orthoptistes (SNAO) et audioprothésistes (SDA), en créant les Libéraux de Santé dont je suis l'actuel Président.

Où en est la fédération concernant la digitalisation ?

Nous y travaillons depuis longtemps, notamment à travers le déploiement d'outils de tiers-payant (Paymed) et recouvrements d'impayés (les professionnels seraient surpris du nombre d'impayés sur les actes en tiers payant s'il faisait un rapprochement comptable assidu, entre ce qu'ils facturent, les retours Noemi et ce qui tombe réellement sur le compte bancaire : paymed est un service qui règle ce problème) ou encore de coordination (E-coordination). Certains de nos détracteurs y voient un conflit d'intérêt. Notre objectif est uniquement d'avoir la maîtrise complète de nos outils numériques, afin de lutter contre l'ubérisation de nos professions. Ces sujets sont traités en interpro puisqu'ils concernent tous les acteurs de santé.

Par ailleurs, nous travaillons à la refonte complète des sites internet de la FFMKR et de la maison des kinés ainsi qu'à la création d'applications numériques, à partir desquelles nos adhérents seront connectés à la FFMKR de leur smartphone.

Quel est le message de la fédération aux futurs comme aux jeunes kinésithérapeutes ?

La FFMKR souffrait clairement d'une image vieillissante. Nous avons souhaité la « dépoussiérer ». C'est une très belle organisation, historique, structurée, proche du terrain et présente dans 95 départements, qui a participé quasiment depuis les débuts à la construction de ce qu'est la kinésithérapie aujourd'hui. C'est pourquoi dès le début de mon mandat, j'ai souhaité créer un secrétariat général en charge des relations avec les étudiants, pour mieux comprendre leurs besoins et les intégrer à nos discussions. La réforme en cours de nos statuts prévoit de leur laisser des places au sein du Conseil Fédéral.

Ayant fait mes débuts en tant que membre du Bureau des étudiants de l'IFMK de Rouen et ayant participé à la création de la FNEK en 2002 il est pour moi impensable de construire la kinésithérapie de demain sans tenir compte du point de vue des jeunes confrères et des étudiants.



Récompense

Pascale Mathieu décorée de la Légion d'Honneur

Par Boris Luneau, expert-comptable



Le 21 septembre, au ministère des Solidarités et de la Santé, Madame Pascale Mathieu, présidente du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a reçu du ministre Monsieur Olivier Veran, les insignes de chevalier dans l'Ordre national de la Légion d'honneur.

Monsieur Olivier VERAN, Ministre des Solidarités et de la Santé, remet à Madame Pascale MATHIEU les insignes de chevalier dans l'Ordre national de la Légion d'honneur

Avant de lui remettre sa décoration, le ministre a rappelé l'engagement sans faille de Madame Pascale Mathieu au service de la profession de kinésithérapeute et ses années passées au Conseil national, comme secrétaire générale dès 2011 puis comme présidente à partir de 2014. Par la voix du ministre « *la République dit sa reconnaissance à une grande professionnelle de santé, à une grande présidente d'ordre.* » « *Dans un système de santé en perpétuelle évolution, les masseurs-kinésithérapeutes doivent nécessairement s'adapter, apprendre à travailler avec d'autres professionnels de santé dans les nouvelles instances en gestation, faire face au défi de la réforme de la formation initiale* » a indiqué le ministre. Reconnaisant que « *ces enjeux sont d'une difficulté redoutable, ils demandent de l'endurance, de la patience, du sens diplomatique et une capacité hors du commun à fédérer des femmes et des hommes autour d'objectifs communs.* » Aussi, le ministre a-t-il salué « *le rôle constant* » joué par Pascale Mathieu « *dans la pratique, la formation et la défense de la kinésithérapie, enjeu décisif pour notre nation, [qui] nous inspire tous et mérite toute notre reconnaissance.* » Pour sa part, Madame Pascale Mathieu, a fait part de sa fierté

de recevoir cette distinction qui honore, à travers elle, les 100 000 kinésithérapeutes français et la kinésithérapie.

« *Je souhaite ardemment que la kinésithérapie soit plus intégrée dans les politiques publiques. Loin du tout curatif, elle a beaucoup à apporter, cessons de la voir comme une charge* » a-t-elle affirmé soulignant que « *les kinésithérapeutes devaient être intégrés dans les lieux de décision.* »

Elle a plaidé pour un statut de l'élu ordinal afin de favoriser l'engagement des plus jeunes au sein de l'institution. Elle a également rappelé son engagement « *dans la défense de l'esprit critique.* » « *Je milite pour la mise en application constante des données acquises de la science dans notre pratique professionnelle, même si cela revient à reconsidérer totalement nos prises en charge ; tant mieux si cela est bénéfique aux patients* ». La Présidente a souhaité conclure en rappelant le rôle de l'Ordre dans « *la lutte contre l'obscurantisme* » qui est « *un devoir pour nos institutions. C'est ensemble, ordres et pouvoirs publics, que nous contribuerons encore plus à améliorer la qualité des soins !* »

De Tokyo 2020 à Paris 2024

Les étudiants et kinésithérapeutes athlètes aux Jeux Olympiques et Paralympiques, entourent Madame Pascale Mathieu, la présidente du Conseil national.



La kinésithérapie au coeur des Jeux Olympiques et Paralympiques

Le 13 octobre, les membres du conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et sa présidente, Madame Pascale Mathieu ont reçu au siège du conseil national les étudiants en kinésithérapie ainsi que les kinésithérapeutes qui ont participé, en tant qu'athlètes aux Jeux Olympiques et Paralympiques de Tokyo. L'occasion pour l'Ordre de les remercier d'avoir porté si haut l'image de la profession.

La cérémonie a été l'occasion pour Madame Pascale Mathieu de saluer l'engagement des 600 kinésithérapeutes qui ont accompagné les athlètes aux Jeux Olympiques et Paralympiques, au sein des équipes officielles. En effet, la kinésithérapie et l'olympisme, ce sont les kinésithérapeutes ou étudiants en kinésithérapie sportifs de haut niveau, mais aussi les kinésithérapeutes qui accompagnent au quotidien les athlètes dans la préparation, en compétition et dans la récupération qui suit les épreuves.

Après Tokyo 2020, c'est déjà Paris 2024 qui est en préparation : l'Ordre sera aux côtés des athlètes et kinésithérapeutes par un engagement fort pour la promotion du sport olympique.

Palmarès de la kinésithérapie aux Jeux Olympiques et Paralympiques de Tokyo 2020

31 étudiants ou kinésithérapeutes ont participé aux épreuves des Jeux Olympiques et Paralympiques de Tokyo 2020 en tant que sportifs dans vingt-deux disciplines. Des athlètes qui ont rapporté 3 médailles d'or, 3 médailles d'argent et 3 médailles de bronze dont 4 aux jeux olympiques et 5 aux jeux paralympiques. Madame Pascale Mathieu a remis aux neuf athlètes présents une médaille de l'Ordre célébrant leur performance et la longue histoire qui lie la kinésithérapie au sport. Pour la Présidente : « C'est une joie et une grande fierté de recevoir les athlètes qui représentent pour la jeunesse, pour les étudiants, pour les sportifs, pour les kinésithérapeutes et plus largement pour tous les Français le symbole du dépassement de soi et du courage. Vous avez su affronter les épreuves qui n'ont pas manqué de se présenter à vous durant votre carrière sportive pour réussir à exceller dans votre catégorie et à représenter notre pays aux Jeux Olympiques ou Paralympiques » a-t-elle déclaré,

ajoutant que : « Mener de front une carrière sportive de haut niveau et des études exigeantes ou une carrière de professionnel de santé, particulièrement dans cette période de pandémie, est une performance incroyable. » C'est par ces mots que la Présidente du Conseil national de l'ordre a rappelé l'histoire qui lie la kinésithérapie au sport depuis 75 ans. S'adressant aux athlètes elle s'est dite : « Consciente que votre participation au plus grand événement multisports du monde n'est pas due au hasard et qu'elle est le fruit d'efforts permanents » et les a « remercié officiellement et personnellement pour [leur] concours indéniable à la valorisation de notre profession. »

Madame Frédérique Vidal, Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, a tenu à témoigner de son soutien à la profession par la présence de sa conseillère, Madame Blanche Leridon.

Celle-ci a rappelé que : « La ministre est particulièrement investie sur la question des temps d'études et de la pratique du sport de haut niveau » et a salué le fait que les athlètes aient réussi à « concilier l'exigence académique et l'exigence sportive. »

Les athlètes, en recevant leur médaille, ont pu témoigner de leur reconnaissance pour cette cérémonie. Ils ont expliqué combien la kinésithérapie leur permet d'améliorer leur performance sportive, grâce à une connaissance accrue de leur corps, de sa force et de ses faiblesses. Prévenir les blessures et les guérir est un atout incontestable pour un athlète, preuve de l'apport essentiel de la kinésithérapie.

Ceux qui n'ont pu être présents ont tenu à témoigner de leur aventure et à participer d'une autre manière à cette soirée, au moyen de vidéos qui ont été diffusées pendant la cérémonie.

Rendez-vous a été pris avec chacun d'entre eux pour l'échéance de Paris 2024.

Kinés du Monde

Retour sur la mission diagnostic au Togo

Marie-Aude Mazière, kiné bénévole Kinés du Monde



Solange kiné, et Marie-Aude kiné KDM

Flash-back pré-crise sanitaire covid...

Juin 2019, je pars en binôme avec un 2^{ème} volontaire de l'O.N.G. « Kinés Du Monde » pour une mission diagnostic au Togo, au Centre Médico-sociale Don Orione de Bombouaka, région des Savanes, Nord du Togo, à 30 km de la frontière avec le Burkina Faso et 800 km de Lomé, la capitale.

Loin des hôpitaux et des centres de rééducation du Sud, je découvre un centre arboré et fleuri, sous la direction bienveillante du Père Alain Kini, mon hôte pour 15 jours et le partenaire privilégié de « Kinés Du Monde » dans cette aventure.

Une visite guidée me permet de découvrir des infrastructures différenciées et organisées : internats pédiatriques, pôle mère-enfant, pôles médical et paramédical, bloc chirurgical, atelier appareillage et podologie, atelier menuiserie, logement des Pères, et enfin le dernier achat, un lopin de terre juste cultivé et ensemencé afin d'améliorer le quotidien alimentaire des enfants internes et permettant l'apprentissage de la culture à ces derniers.

Sous la protection du Père Alain, une trentaine d'enfants, d'adolescents, porteurs de handicap variés, vivent à l'année au Centre. Des adultes, pathologies confondues, se suivent quotidiennement pour recevoir des soins. Pour l'aider une équipe médico-sociale œuvre : médecin, laborantins, infirmier, assistants-sociaux, kinésithérapeutes, orthophoniste, psychomotricien.

Je rencontre Diégo, Emilie et Cassandre (tous les 3 âgés de 24 mois, porteurs d'un handicap) et leurs mamans : seule la maman de Cassandre parle français et sera ma traductrice auprès des autres mamans pour ces 15 jours. Diégo, quant à lui, m'interpelle tous les jours pour quelques minutes de partage, de jeux et de motricité.

Au-delà de l'aspect médical, je découvre la volonté sociale du Père Alain : amener l'enfant vers une vie d'adulte autonome (intégration dans les milieux scolaires, accompagnement jusqu'au bac, apprentissage...). Ici, sont aussi accueillis des adolescents du village et leur est ouverte la voie de l'apprentissage.



Diégo et sa maman Cassandre et sa maman

La mission consiste à évaluer les besoins de la population et de recueillir un maximum d'informations auprès de tous les acteurs (patients et partenaires).

Analyse des données recueillies, synthèse réalisée... et un projet voit le jour : sur 5 ans, 2 à 3 fois par an, seul ou en binôme, une intervention de praticiens afin de potentialiser, de rendre plus efficient le Centre et les soins apportés et de pérenniser l'existant.

Crise sanitaire 2020

Le gouvernement togolais ne donne que très peu d'informations sur la Covid 19. Je me mets alors à la disposition du partenaire : échanges téléphoniques et envois de flyers fournis par l'A.R.S. : modes de contamination, symptômes, nettoyage des mains, protocole isolement des malades suspects. Le Centre s'organise : élaboration de 2 nouveaux points d'eau, parcours fléché pour éviter tout croisement entre enfants, patients en soins et patients « Covid19 », autorisation de l'utilisation du bloc chirurgical (géré par 2 O.N.G. espagnoles « OASIS » et « CHAMBA ») pour isoler les cas « Covid 19 ».

Année 2021 :

Je suis toujours en contact avec le Père Alain : les échanges verbaux ou écrits sont mensuels. Les dernières avancées majeures : recrutement du directeur adjoint (économiste, coordinateur), mise en place début octobre d'un logiciel de gestion (traçabilité des données) et ouverture officielle du site web.

Le projet est finalisé et sera présenté aux bénévoles de « Kiné du Monde » pour approbation en octobre 2021. Pour le copil, s'ensuivra un long travail de fourni et de patience pour trouver des fonds pour lancer la mission.

Le Père Alain envisage un périple en Europe en début d'année 2022. Nous nous sommes promis de nous retrouver pour quelques jours, pour de nouveau partager et avancer ensemble.

Ses mots d'ordre : améliorer et pérenniser.

Bien à Vous,
Marie-Aude MAZIERE, kiné bénévole
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



Lilo, le moteur de recherche français et solidaire qui finance gratuitement les projets de votre choix.

\\données personnelles protégées\\



Permettez l'accès aux soins de rééducation avec Kinésithérapeutes du Monde

Concrètement, comment ça marche ?



Recherchez

J'effectue mes recherches internet comme d'habitude.



Cumulez

A chaque recherche, je reçois une goutte d'eau Lilo.



Soutenez

Je distribue mes gouttes d'eau aux projets solidaires Kinés du Monde (KDM).



Souriez

Lilo reverse aux projets KDM l'argent correspondant aux gouttes d'eau.



SCANNEZ MOI

Les petites gouttes d'eau Lilo font les grandes rivières !

Les petites gouttes d'eau, ce sont celles que vous cumulez à chaque fois que vous effectuez une recherche internet sur Lilo.

Les grandes rivières, ce sont les 3 millions d'euros qui ont été reversés aux projets solidaires depuis la création de Lilo

Au milieu de tout ça, il y a une conviction, celle qu'ensemble, on peut faire bouger les choses à notre échelle. **Vous nous rejoignez ?**

Congrès

Formation continue de l'INK
 Coordonnée par Jean Marc Oviève
 Echanges rapportés par Jean-Claude Fernandez



Jean-Claude Fernandez



Actualités en kinésithérapie sénologique

Le congrès « Actualités en kinésithérapie sénologique » a réuni plus de 400 participants. Organisé par l'AKTL en partenariat avec l'Institut national de la kinésithérapie, il a permis de visionner 20 vidéos pendant les 15 jours qui ont précédé le zoom avec les conférenciers le 8 octobre dernier.

Nous rapportons ici certains des échanges qui ont eu lieu lors de cette soirée.

Idées médico-chirurgicales générales

Le docteur Daniel Serin, oncologue Institut du cancer Avignon-Provence, a précisé que l'augmentation importante du nombre de cancers du sein des dernières décennies n'est pas en rapport avec le nombre de décès qui ne lui est pas proportionnel. Bien au contraire, un grand nombre de cancers du sein sont définitivement guéris, et cela en relation avec la précocité de leur diagnostic et de leur traitement grâce au dépistage.

Le diagnostic de cancer du sein s'établit réellement sur la base de l'histologie du prélèvement de la tumeur qui permet d'en retirer les signatures moléculaires. Le docteur Jean-Claude Darmon a mis en avant la diminution des indications du curage axillaire au profit du ganglion sentinelle.

Celle-ci permet de limiter la morbidité de ce geste chirurgical avec une diminution des limitations de l'amplitude de l'épaule, les troubles sensitifs et le risque de lymphoedème. La rééducation post opératoire en est facilitée.

En pratique

Les cordons apparaissant sur le membre supérieur après chirurgie axillaire sont en relation avec des thromboses lymphatiques superficielles. Leur image échographique montre fréquemment des structures remplies de lymphe et signe leur perméabilité. La limitation de l'épaule associée à ses thromboses doit être réalisée sans rompre ses cordons

sous peine de risques de la forêt et d'augmentation du risque de lymphoedème.

Le docteur Denis Matter, radiologue Strasbourg a réalisé une remarquable communication sur l'anatomie de lymphatiques vus en échographie. Les images visionnées sont rarissimes. Il a mis en évidence les aspects distincts des vaisseaux lymphatiques selon les pathologies. Il a bien rappelé que les vaisseaux lymphatiques ne sont réellement bien visibles que lorsqu'ils sont pathologiques et dilatés par la stase liée à l'oedème. À l'état normal, ils sont quasi invisibles et représentés sous forme d'une simple ligne correspondant à l'accolement de leurs parois. Ces images radiologiques attestent, encore une fois, quand l'absence d'oedème, ils sont le plus souvent collabés et ne contiennent pas de lymphe. Cette observation démontre l'inutilité des drainages manuels réalisés à distance de l'oedème. La stimulation mécanique des lymphatiques ne s'y traduit pas par une augmentation du débit lymphatique.

Le docteur Serge Theys a une expérience très complète de la pressothérapie pneumatique. Son utilisation est sans controverse dans le traitement des lymphoedèmes dès lors qu'on a compris son mode d'utilisation. Tout comme les techniques de drainage manuel, il s'agit d'adapter l'intensité de la pression appliquée en fonction de la consistance du membre. Les lymphoedèmes prenant facilement le godet ne nécessitent pas de pression élevée. À l'inverse ceux qui sont durs, nécessitent une augmentation légitime de la pression appliquée.

L'après-cancer

Nutrition BMI et activité physique.

Il a été très clairement précisé qu'il n'existait pas d'aliments anti-cancer. En revanche, Valérie Royer-Garabige et Carole Kalogeropoulos de l'Institut Curie, Paris, ont apporté les démonstrations qu'une alimentation équilibrée associée à une activité physique ou régulière d'une certaine intensité permettait d'augmenter la survie. Il s'agit pour cela de diminuer le surpoids ou l'obésité en associant une activité physique.

En revanche, le jeûne pendant les traitements anti cancéreux est délétère et clairement toxique comme le souligne les publications de la HAS.

Escrime

Une activité physique régulière raisonnable et raisonnée améliore considérablement la qualité de vie ainsi que l'espérance de vie.



Le docteur Dominique Hornus de Toulouse, avec l'association RIPOSTE, encourage les patientes volontaires à une pratique de l'escrime qui est une activité physique adaptée. Elle associe dépenses énergétiques, activité en groupe et mobilisation du membre supérieur. C'est toujours le membre du côté opéré qui sera utilisé pour tenir le sabre, quelle que soit la dominance de la patiente. On notera notamment que la parade dite de quinte haute permet une mobilisation en ouverture du creux axillaire très favorable à la récupération de l'amplitude de l'épaule.

Les enregistrements de tous les échanges sur l'ensemble des communications de la soirée du 8 octobre sont disponibles en replay sur le site www.aktl.org.

Pour en savoir plus :

[Ink-cancer du sein - rééducation postopératoire \(ink-formation.com\)](http://ink-cancer du sein - rééducation postopératoire (ink-formation.com))



**L'ASSURANCE D'UNE
FABRICATION FRANCAISE**

Table Kin 10 2 plans



Fauteuil QUAD 100



Presse latérale






depuis
15
ans

ML Fusion/ Design Kinexo
5408B ou 1 Route d'Estaires
62136 La Couture

03 21 53 82 67
06 48 18 57 05

www.design-kinexo.fr
designkinexo@gmail.com

Une Histoire de la Sophrologie

Par Jean-Pierre Missistrano, Masseur-Kinésithérapeute D.E. Ancien directeur de l'Ecole de Sophrologie Caycédiennne d'Ile-de-France



Dr. Alfonso Caycedo

La Sophrologie est née à Madrid, en Espagne, en 1960, à l'hôpital Santa Isabel dans le service du Pr J-J. Lopez-Ibor, neuropsychiatre, phénoménologue, d'un jeune interne de 28 ans, le Dr. Alfonso Caycedo. Jean-Pierre Missistrano en retrace les grandes lignes.

Né en Colombie, c'est en Espagne, qu'Alfonso Caycedo choisit de s'inscrire à la Faculté de Médecine, dans l'intention de devenir psychiatre. Son choix n'était pas le fruit du hasard, avant son départ de Colombie il avait déjà lu les ouvrages de Lopez-Ibor, grand maître de la psychologie et psychiatrie espagnole. En fait, son orientation psychiatrique était déjà nourrie par une autre motivation. Il expliquera, cette attirance en déclarant : « *Un livre qui a été décisif dans mon orientation était celui d'un psychiatre viennois le Pr Victor Frankl, intitulé : « Un psychiatre déporté témoigne », écrit dans un camp de concentration, où il a vu périr sa femme, sa fille, dont il a survécu, dans lequel il décrit son drame existentiel, comment il avait su garder une force étrange, lui ayant permis de se projeter dans le futur et de reconstruire son avenir... »*

Interloqué par les méthodes et les traitements

Bases mêmes, de cette « résilience » capable de « dépassement », qui sera le ressort fondamental de toutes les techniques de la Méthode qu'il élaborera par la suite et le point de départ de la recherche médicale spécialisée, en particulier « somatique » au niveau de l'obstétrique, dentaire et du sport..., lui offrant ses premières médailles d'or olympiques..., jetant un pont entre les praticiens de santé du corps et de l'esprit..., utilisant des outils communs. À cette époque, ce jeune médecin est interloqué par les méthodes pratiquées en psychiatrie depuis le coma insulinaire provoqué, en passant par la douche écossaise, la camisole de force, les chambres capitonnées, les très impressionnantes convulsions induites par l'électrochoc, sans parler des insupportables lobotomies des « vols au-dessus des nids de coucous ». Quant aux techniques « hypnotiques » qui avaient déjà choqué bien avant lui un certain Sigmund Freud, lors

de son séjour auprès du Pr Charcot à la Salpêtrière dans les années 1885 (à l'origine de sa création de la psychanalyse), qui les considérait comme « un viol de la personnalité », le Pr Caycedo dira : « *l'hypnose est un leurre dont le plus hypnotisé des deux n'est pas celui qu'on croit* ». Il faut dire qu'il aura fallu un certain temps afin que « l'affection mentale » soit considérée de façon aussi « respectable » que la maladie « somatique », « qui se voit ». Jusque-là on excluait du monde social les personnes dérangementes pour la société en les internant à vie dans des « asiles d'aliénés », en leur faisant subir davantage des châtements corporels, les endormant, les attachant, les incarcérant en cellules, plutôt que s'intéresser à les soigner... Voir les descriptions du sort réservé à des « Manon Lescaut » à la Salpêtrière, au niveau du roman, en début de XVIII^e siècle, avant l'humanisation des internés attribuée à Philippe Pinel après la Révolution française pour l'abolition de leur enchaînement.

Pratiques carcérales qui ont perduré toute la première moitié du XX^e siècle, en particulier durant la Seconde Guerre mondiale, dans les hôpitaux psychiatriques, complices du régime hitlérien en Europe, qui désirait exterminer les fous, en Espagne sous le régime franquiste, mais également en France avec le pétainiste, et le sort réservé aux artistes non conventionnels tels celui des Camille Claudel (internée en 1909), décédée à Montfavet en 1943, Séraphine de Senlis (internée en 1932), décédée en 1942 à Clermont de l'Oise, et tant d'autres..., qu'on a laissés mourir de faim..., sous prétexte de « folie »...

Une médecine humaniste

Caycedo se fait une autre idée, plus « humaniste » de la médecine, « moins violente », « moins magicienne », pour soigner et étudier la modification des États de Conscience, de manière plus phénoménologique, c'est-à-dire utilisant la Méthode de Réduction Phénoménologique Logique

élaborée par Edmund Husserl, différente de la Logique cartésienne habituelle, qui en fait toute son originalité et notre difficulté d'approche. Ainsi il va s'intéresser à « l'Essence » de la Conscience de la « Bonne Santé », sa spécificité propre, afin de modifier l'État de Conscience Pathologique et créer une Méthode de Relaxation, avec des exercices de gymnastique de la conscience, à la fois « immobiles » et « dynamiques », susceptibles de mobiliser ses leviers sains pour inverser les processus pathologiques. La Phénoménologie, inaugurée par Hegel, en 1806, avec « La Phénoménologie de l'Esprit », s'intéressait à la manière dont un « phénomène » nous devient conscient. Cent ans plus tard, avec les « Idées directrices pour une Phénoménologie » (« Die Ideen »), Edmund Husserl, mathématicien et philosophe, se penche sur la Logique cartésienne de notre pensée occidentale, qui consiste à commencer par douter avant d'admettre l'évidence, et va élaborer une autre Logique qui consiste à « suspendre son jugement », (comme si l'on ne savait rien, « comme si c'était la première fois »), afin de ne pas passer à côté de l'essentiel.

« Intuiter l'Essence du Phénomène », ce qui le caractérise, dans son identité, comprendre son sens, sa direction..., quelle est son intentionnalité ?, le but qu'il veut atteindre... (Qui peut être l'inverse de ce que l'on croit en apparence...). Martin Heidegger, élève et successeur d'Husserl, à la chaire de philosophie à Berlin (durant la sinistre période historique précisément au niveau à l'atteinte de l'existence humaine), s'intéresse à l'Essence de l'Être, son authenticité, sa vérité, qui se déploie dans l'Espace et le Temps. Il va ouvrir la voie à sa valeur existentielle, avec « Être et Temps » (« Sein und Zeit »). L'Homme n'est pas seulement attachant parce qu'il est, (comme un objet), mais par ses valeurs propres humaines qui s'ancrent dans son Passé, (son histoire), s'apprécient au Présent, et se projettent sur son Avenir..., donnant sens à son Existence. (Sa valeur existentielle, qui compte pour nous, de même que nous comptons pour lui.) C'est le point de départ du courant « existentialiste » dans notre conscience contemporaine, depuis que Nietzsche a promulgué le dernier faire part de celui qui jusque-là était le seul à avoir droit à l'Existence, qui aurait dit : « qu'il avait fait l'Homme à son image ». Ce dernier a enfin acquis également le Droit d'Exister, mais de façon « Libre, Responsable et Digne ». Ce qui n'est pas évident et la raison pour laquelle il a besoin d'en avoir pleinement Conscience, envie et aussi d'une méthode d'entraînement de celle-ci, pour la conquérir.

Les tours de passe-passe de l'hypnose

De « l'hypnose », Caycedo constatera que tous les tours de passe-passe, de magiciens sont totalement inutiles, voire déplacés, portant atteinte à la dignité de la liberté humaine, à la crédibilité, l'honorabilité du thérapeute, qui en aucune façon ne peut-être un manipulateur de la Conscience, mais bien au contraire ; « son éclaircisseur », son « révélateur ». La magie n'a pas sa place en Médecine, car il ne s'agit simplement que d'une capacité naturelle, de la conscience humaine à substituer une sensation par une autre, à la portée de tout un

chacun, du patient comme du praticien, nécessitant un entraînement valable pour l'un comme pour l'autre. Le cerveau fabriquant par exemple, naturellement lui-même son endomorphine, sachant ainsi s'autosoulager, sans recours à aucun produit de synthèse analgésique, voire anesthésique. Depuis l'observation de l'État de Conscience Pathologique, la « façon dont on se sent lorsqu'on est malade », physique ou psychique, sans différenciation, Caycedo va imaginer l'inverse, opposé à la maladie, l'État de Conscience de la Bonne Santé, qu'il nommera « Sophrologique ». Néologisme qu'il a créé avec son « Ecole », du grec : « SOS » : Équilibre, Harmonie ; « PHREN » : Conscience ; « LOGOS » : Étude. L'Ecole de la Conscience Harmonieuse... ou étudiant les mécanismes conscients de la bonne santé, afin de les substituer à ceux de la conscience pathologique (physique ou mentale sans différenciation).

Dans « cette façon de se percevoir consciemment », Caycedo, à la manière des philosophes phénoménologues tels Maurice Merleau-Ponty, Michel Serres, notre Conscience s'appuie sur nos 5 sens : la Vue, l'Ouïe, l'Olfaction, le Goût, le Toucher... Dans l'état de Conscience de la Bonne Santé, on s'y « sent bien », nous permettant de bien nous repérer dans l'Espace et le Temps, renforcer notre confiance, notre équilibre. Inversement en État de Conscience Pathologique, lorsqu'on est affecté par la moindre maladie, on s'y « sent mal », d'où la réponse que l'on fournit à la question : « Comment te sens-tu ? » Et de là : l'importance d'un entraînement à la mobilisation des sensations harmonieuses pour substituer les sensations inverses, et ce de préférence avec l'encadrement d'un professionnel de santé, qualifié dans sa spécialité et non avec un magicien de cirque. C'est à partir de là que Caycedo élabore l'ensemble de ses techniques de Relation Simple. Afin d'approfondir, sa démarche phénoménologique, il se rend en Suisse, dans les années 1963-65, (en compagnie de son épouse Colette, française, professeur de Yoga), travailler dans la clinique du Dr. Ludwig Binswanger, père de la psychiatrie phénoménologique, élève à la fois d'Husserl et Heidegger, à l'origine de la Dasein-Analyse en psychiatrie, adaptation du concept heideggerien existentiel en ce domaine, et qui est néanmoins resté l'ami de Sigmund Freud, avec qui ils ont entretenu une correspondance tout au long de leur vie, bien que d'approche de la conscience pathologique très divergente et dont ils n'ont cessé de débattre. Lui parlant de sa méthode et son désir d'approfondissement d'étude des modifications des États de Conscience des grands maîtres de la Méditation orientale : du Yoga indien, de la Méditation tibétaine et du Zen japonais, celui-ci octogénaire, lui répondit : « Allez-y, si j'étais plus jeune je vous aurais accompagné » et lui recommande particulièrement l'approfondissement de la lecture de Hegel qui outre « la Phénoménologie de l'Esprit », qui est un des livres que Caycedo considérerait l'avoir le plus marqué, dans ses « Leçons sur la Philosophie de l'Histoire » Hegel compare les deux pensées orientales et occidentales, ainsi que l'influence géographique et historique de ces deux cultures.

Les maîtres orientaux

De 1965 à 1967, le Pr Caycedo et son épouse se rendront en Inde, Tibet, Japon, où il étudiera électroencéphalographie à l'appui, les mécanismes « physiologiques » de la méditation chez les grands maîtres orientaux et approfondira les différentes méthodes de connaissance de soi, au niveau physique, émotionnel, mental et énergétique. Il en reviendra avec les 3 premiers degrés de la Relaxation dynamique, constituant la base de l'entraînement de la libération de Conscience du praticien et de son patient, apprenant à mieux se connaître et harmoniser les sensations physiques, sensibles et mentales. Le Pr Caycedo, forme des élèves praticiens de santé et enseignants, à ses techniques, développe son École à l'international, nomme des Directeurs régionaux dans les années 1980, chargés d'enseigner les bases fondamentales de la Relaxation Simple et dynamique, puis retourne en Colombie développer cette Méthode sophrologique, au niveau social, en leur déclarant : « La Sophrologie deviendra ce que vous en ferez... » Il se réinstalle en Andorre en 1990, revenant avec un 4e degré de Relaxation dynamique de déploiement de la Conscience, au niveau de ses valeurs premières existentielles, la Liberté, la Responsabilité, la Dignité, chères aux philosophes phénoménologues existentialistes, tels qu'Emmanuel Lévinas, pour qui « l'Autre », engage sa Responsabilité à son égard, qu'il ne peut pas fuir, par sa simple Présence, son simple regard, son simple visage...et qu'il exprime par exemple, dans « L'Humanisme de l'Autre Homme », en disant : « je ne puis passer indifférent sous le regard d'autrui... »

Inévitables dérives

Il crée l'Université Mondiale de Sophrologie, délègue l'enseignement de Premier Cycle à ses anciens Directeurs qu'il a reconnus et développe de nouveaux degrés supérieurs qu'il dirige lui-même, renforçant la stimulation des centres de concentration énergétique orientaux. Au fil du temps, ses anciens collaborateurs pionniers, spécialistes dans différents domaines, vont étayer à l'aide de parutions scientifiques, le fruit de leur travail, puis finir par s'éloigner de l'École tutélaire, dont ils ne peuvent rester élèves à vie et dont leurs propres élèves ont aussi envie de devenir directeurs (« il faut tuer son père », comme disait Sigmund).

D'autres tomberont dans le panneau de l'ubérisation actuelle, au niveau de la Sophrologie sociale, préférant les classes bien pleines que les salles bien faites et ouvrant la Sophrologie à des professionnels non diplômés qui ont envie de pratiquer des techniques de « Bien Être », en massant, relaxant, sans trop se préoccuper de l'État de Mal Être de leurs clients, relevant d'une véritable prise en mains thérapeutique, par des professionnels de santé authentiques...

La Sophrologie qui reste un fantastique outil de prise de Conscience de Soi, thérapeutique entre les mains des véritables professionnels de santé, comme au niveau de la pédagogie pour les enseignants, est aussi « devenue ce qu'ils en ont fait », comme avait dit le Maître...

Alfonso Caycedo est décédé en 2017, à Barcelone, à l'âge de 85 ans, sa fille Natalia, également neuropsychiatre, assurant la succession de son père au niveau de la Direction de l'enseignement de son École.

Jean-Pierre Missistrano. Diplômé en Masso-Kinésithérapie de l'École d'Assas (Paris), en 1974, a commencé à étudier la Sophrologie auprès du Pr Caycedo à Barcelone, dans les années 1975, a ouvert l'École de Sophrologie de Chantilly dans les années 1980, a été nommé Directeur de l'École de Sophrologie d'Ile-de-France par le Pr Caycedo en 1990, et a formé de nombreux élèves, au niveau clinique essentiellement, tous diplômés d'État, majoritairement chez ses confrères, jusque dans les années 2000. Il a pratiqué les techniques simples et dynamiques au quotidien au niveau de toutes les pathologies kinésithérapiques, et les a décrites, préparé à la compétition des Champions sportifs de haut niveau, est intervenu dans la formation d'équipes professionnelles en entreprise. Il a écrit de nombreux articles scientifiques au niveau de sa spécificité professionnelle. Il a reçu le Trophée du Kiné à la Main d'Or, en 1993, pour un ouvrage sur la « Kinésithérapie sophrologique en Neurologie ». Son article : « De la Conscience de Soi aux méthodes de relaxation et à la Sophrologie appliquée en kinésithérapie », de 1996, fait référence dans l'EMC.

Rééducation suite à la Covid-19

Les effets bénéfiques de la sophrologie démontrés à l'hôpital Simone Veil (Val d'Oise)

Les malades de la Covid doivent souvent faire face à de nombreux traumatismes. Après leur passage en réanimation, un grand nombre d'entre eux doivent alors débuter un parcours de rééducation, souvent suite à la mise en coma artificiel.

Ils souffrent en effet de symptômes multiples tels qu'une perte importante de poids (fonte musculaire due à l'alitement en réanimation), troubles cognitifs, troubles de la motricité, séquelles respiratoires... En parallèle, la crise sanitaire a généré un stress énorme chez le personnel soignant, qui perdure depuis la première vague, mettant davantage en évidence les tensions et le mal-être au travail. Comme de nombreux établissements de santé, l'hôpital Simone Veil dans le Val d'Oise a été confronté à cette situation inédite. L'équipe Sofr'expert, le spécialiste des projets d'accompagnement par la sophrologie, est donc intervenue au sein du service MPR (Médecine Physique et de Réadaptation), à raison de deux jours par semaine du mois d'avril à la fin juillet 2020, auprès des patients en unité post-covid (et post-réa). La sophrologie est en effet une méthode d'accompagnement non-tactile qui allie la respiration consciente, la détente musculaire et la visualisation positive afin de favoriser des ressentis positifs. Elle permet de mieux se connaître, d'activer ses capacités de manière à retrouver un état de bien-être, mais aussi d'appréhender le quotidien avec sérénité et autonomie. Résultat : un réel impact sur les patients et sur les soignants ultra-qualitatifs avec des bénéfices tangibles !

Du sur-mesure pour répondre aux spécificités d'un service hospitalier

Sofr'expert propose une approche personnalisée qui intègre les particularités des établissements de santé. Dans le cas de l'hôpital Simone Veil, afin de mettre en place des séances de sophrologie efficaces dans les chambres des patients, il a fallu notamment :

- Réduire le temps de séance pour s'intercaler entre les différents soins (infirmiers, rééducatifs) ;
- Adapter la durée de la séance et les exercices en fonction de la capacité des patients à se concentrer (suivant leur état de fatigue) : 30 min en moyenne, à raison de deux séances par semaine pour chaque patient.

Un feedback a été mis en place avec les soignants pour permettre à l'équipe de disposer de toutes les informations nécessaires sur l'état de santé des patients (humeur du moment, qualité du sommeil, isolement, peur, progrès, espoirs) et sur les nouvelles hospitalisations. François Mélois, le fondateur, souligne : « Grâce à cette collaboration pluridisciplinaire, nous avons pu personnaliser au maximum le contenu de chaque séance afin d'être au plus près des besoins des patients. »



Des résultats positifs et tangibles

Sur un patient, pour une séance de 35 minutes, il a été constaté avant et après la séance : une baisse de la tension artérielle de 154,96 à 140,92, un ralentissement fréquence cardiaque de 100 à 80 et une meilleure saturation en oxygène (de 95 % à 98 %). De façon plus générale, l'équipe soignante considère que la sophrologie a permis de « libérer mentalement et émotionnellement les patients afin d'optimiser le temps de rééducation ». Les séances individuelles et collectives ont constitué un « levier sur la motivation et l'investissement ». Cela leur a permis d'être totalement présents et réellement acteurs dans leur prise en charge rééducative. Les 30 patients suivis durablement ont d'ailleurs tous estimés que la sophrologie s'intègre naturellement dans le pluridisciplinaire du service et 60 % d'entre eux souhaitent poursuivre cet accompagnement au-delà de leur « épisode » hospitalier. Pour le Dr Catherine Guillemot, médecin référente spécialisée dans la médecine physique, hôpital Simone Veil : « Les patients sont plus disponibles mentalement pour leur prise en charge rééducative et peuvent avancer dans la récupération de leur autonomie tant physique que psychologique, les deux étant intimement liés. »

La sophrologie a, par ailleurs, aidé les soignants à gérer leurs émotions parfois lourdes, pour souffler et récupérer. Parmi les bienfaits constatés de la sophrologie à partir de leurs témoignages, il y a notamment :

- Une récupération physique, mentale et émotionnelle facilitée puisqu'elle se fait en quelques minutes ;
- Un relâchement du corps positif (ex : sur les Troubles Musculo-Squelettiques dus à la pénibilité de leurs tâches) ;
- Une sensation d'apaisement ;
- Une meilleure concentration ;
- Une qualité de vie au travail améliorée : la présence des sophrologues a apporté une légèreté dans ce contexte très pressurant.

Après une première expérience réussie au sein du service de rééducation post-covid de l'hôpital Simone Veil dans le Val d'Oise (95) à l'été 2020, l'équipe mène actuellement des expériences similaires dans d'autres établissements, en particulier dans les services de rééducation (ex : gestion de Covid longs) ainsi qu'au niveau que la Qualité de Vie au Travail (QVT).

Pour en savoir plus

Découvrir l'étude de cas Hôpital Simone Veil (Val d'Oise) :
<https://sofrefexpert.com/wp-content/uploads/etude-de-cas-sofrefexpert-0521.pdf>
<https://sofrefexpert.com/>

Thermalisme

Les Thermes de Saint-Gervais Mont-Blanc proposent un programme « Post-Covid long »

Par Pascal Turbil



Le Covid Long est un trouble multisystémique qui cause beaucoup de souffrance et d'invalidité. A ce jour il n'existe pas de remède connu et les patients qui en souffrent éprouvent souvent un sentiment d'abandon. Cette pathologie émergente nécessite une offre de soins adaptée, orchestrée par une équipe pluridisciplinaire. Les Thermes de Saint-Gervais Mont-Blanc, spécialistes des maladies ORL/voies respiratoires, des muqueuses buccolinguales et des pathologies dermatologiques, ont réfléchi à un accompagnement le temps d'une cure thermale de trois semaines au plus près des besoins, des attentes et des progrès des patients. Ce programme sur-mesure, car adapté à chaque cas, sera lancé en mars 2022. Un programme de 9 jours hors cure thermale conventionnée sera aussi proposé.

Le point avec Alexandre Decarroz, kinésithérapeute-ostéopathe du centre.

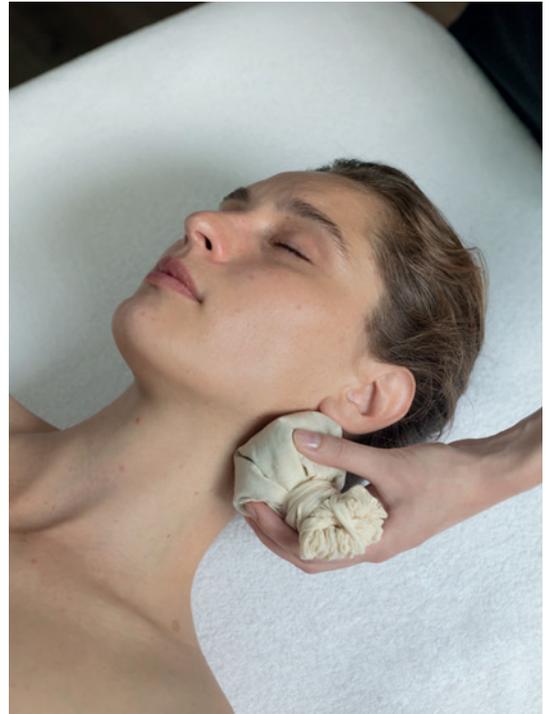
Les indications sont en premier lieu les troubles respiratoires Post-Covid. Ils se caractérisent par des essoufflements et des limitations respiratoires, des troubles de l'odorat et du goût, de la toux, etc. En deuxième lieu, les Thermes de Saint-Gervais Mont-Blanc prennent aussi en charge les troubles dermatologiques (engelures, réveil de maladies dermatologiques endormies), la fatigue chronique, les douleurs musculo-squelettiques, le déconditionnement à l'effort et les séquelles psychiques liées au confinement prolongé. Ce programme santé mobilise sept spécialités différentes : médecin ORL, médecin dermatologue, kinésithérapeute, diététicienne, coach d'activités physiques adaptées, professeur de yoga, responsable des soins thermaux. Tous sont des permanents des Thermes et collaborent en synergie. À côté des soins à l'eau thermale et des séances de kinésithérapie qui font l'objet d'une prescription médicale, le programme Post-Covid long inclut 23 soins et ateliers ciblés, dont 9 en individuel (hors soins thermaux) répartis sur les 18 jours de cure. Dès son arrivée, le patient bénéficie d'une consultation d'accueil avec un médecin ORL ou un dermatologue si besoin. L'échange et l'examen clinique permettent d'évaluer ses séquelles Post-Covid et son état de fatigue. Tous les aspects sont abordés y compris mental. À partir de ces éléments, le médecin ORL établit le programme de soins à l'eau thermale, les soins de kinésithérapie, d'éventuels soins thermaux prodigués par le médecin thermal si nécessaire (lavages des sinus ou douches pharyngées), les activités physiques adaptées et les ateliers ciblés. L'objectif des trois semaines est d'obtenir une amélioration fonctionnelle des troubles constatés et la reprise

progressive d'une vie plus normale. Deux autres consultations jalonnent le parcours de soins, une à mi-parcours, l'autre à la fin sous forme de bilan pour réévaluer l'état du patient à l'issue des trois semaines de soins et d'activités. En cas d'anosmie, le médecin remet un programme « training olfactif » à réaliser au quotidien chez soi. Pour le Docteur Bigot, médecin ORL : « Le programme Post-Covid long associé à une cure thermale favorise un changement d'environnement climatique bénéfique à l'appareil respiratoire. Pendant trois semaines, la personne profite des conseils et attentions de toute une équipe de professionnels qui se relaie. Bien sûr, les activités physiques dans notre environnement de moyenne montagne assurent une réoxygénation et une mobilisation de l'appareil respiratoire ».



Les kinésithérapeutes-ostéopathes en première ligne

Après un bilan général avec le patient, l'équipe de kiné-ostéopathes entend travailler sur deux axes : la fatigue et l'essoufflement. Des séances de réadaptation à l'effort et de kinésithérapie respiratoire se relayent pendant les trois semaines et sont l'objet d'une prescription médicale par le médecin thermal. Ces séances sont composées d'exercices de réentraînement à l'effort, de travail sur l'équilibre et d'entraînement des muscles respiratoires. Par exemple, le patient réapprend à placer son souffle dans les activités du quotidien : debout, assis, allongé, en marchant, sur un vélo. Une gestion adaptée et progressive des charges de travail favorise l'adhésion durable des patients. Cette approche permet au patient de retrouver graduellement ses facultés respiratoires, musculaires et de renforcer ses défenses immunitaires. Le rythme moyen des séances est d'1 séance par jour, soit 5 séances par semaine, selon prescription médicale. Les exercices obéissent au bilan initial. Il s'agit principalement d'exercices de kiné respiratoire, exercices de réentraînement à l'effort, soins antidouleurs avec le massage sous eau thermale. L'ostéopathie est employée, si nécessaire, pour rééquilibrer les troubles de la sphère ORL. Les séances sont durent 20 minutes (les séances de kinésithérapie sont prises en charge par l'Assurance Maladie). Alexandre Decarroz, kinésithérapeute et ostéopathe des Thermes de Saint-Gervais Mont Blanc insiste : « Lors de la visite initiale, on établit un programme de rééducation adapté. En effet, chaque cas est différent et nécessite une prise en charge personnalisée ».



Le point sur la cure avec Alexandre Decarroz, kinésithérapeute et ostéopathe des Thermes de Saint-Gervais Mont-Blanc

Quelle place pour le kiné dans le programme post-covid de Saint-Gervais ?

La prise en charge kinésithérapie pendant la cure thermale post-covid proposée par les Thermes de Saint-Gervais Mont-Blanc vient compléter et renforcer un ensemble de soins qui mobilise une équipe pluridisciplinaire. Après un bilan personnalisé avec un médecin ORL, on oriente un programme thérapeutique pour chacun. Des séances de kinésithérapie entrent dans ce protocole.

Concrètement sur quels axes intervient-il ?

Nous avons généralement deux tableaux cliniques plus ou moins imbriqués : un syndrome respiratoire restrictif (raidissement du thorax, perte d'élasticité du parenchyme pulmonaire...) et un profil de type fibromyalgique (douleurs musculaires diffuses dans leurs localités et dans leur intensité).

Quel est le protocole ?

Pour les syndromes restrictifs, on privilégie une kinésithérapie respiratoire ciblée sur la mobilité thoracique et on lutte sur la «fibrose» pulmonaire qui s'est installée. Le but est de permettre au patient de retrouver une mobilité thoracique, une aisance respiratoire, une réappropriation de son espace. Pour les douleurs, on favorise une prise en charge sous l'eau thermale anti-inflammatoire par des massages et mobilisations sous cette eau par un kinésithérapeute. Grâce à la cure thermale qui s'étend sur trois semaines consécutives, on aura un travail répété essentiel pour une récupération optimale. On peut, au cours de cette même cure, varier toutes les techniques dont nous disposons.

Quels bénéfices en attendre ?

Outre l'amélioration évidente du système respiratoire, de l'atténuation des douleurs musculaires, la cure agit sur le corps et l'esprit dans son ensemble en permettant au patient de retrouver son intégrité et un nouvel espace de vie.

Qui sont les patients ?

A priori, nous nous adressons à des patients atteints de post-covid dit long, soit, au minimum, 6 mois après les symptômes et dont les symptômes persistent et sont invalidants.



Surpoids et Covid-19

Les Français boudent les régimes pour perdre du poids

Alors que 76% des Français déclarent vouloir faire davantage pour leur santé suite à la pandémie de Covid-19 (Institut National du Cancer), ils sont nombreux à avoir pris conscience de l'importance du mieux manger.

Alors qu'une étude vient de montrer qu'un léger surpoids est un facteur de risque de forme grave de la maladie (Université d'Oxford), ce n'est pas cette dimension qui les préoccupe le plus. Bien au contraire : ils sont plus de 7 sur 10 à avoir profité de cette période difficile pour interroger en profondeur leurs mauvaises habitudes alimentaires et cherchent, là-aussi, à retrouver du sens et du bien-être. Les résultats de l'étude «Les effets de la pandémie sur la santé, le poids et les attentes des Français», réalisée par le site d'information et conseil en nutrition SagesseSanté.fr, révèlent d'ailleurs de nombreuses surprises. On y apprend notamment que les Français sont bien décidés à boudier les régimes minceur et les salles de sport ! Cette étude a été réalisée auprès de 1484 participant.e.s le 12 mai 2021.

1 Français sur 2 a pris du poids

Alors que 34% des Français ont déclaré souffrir d'un état dépressif en février dernier (SagesseSanté.fr), nous avons tous été plus ou moins touchés par le climat anxieux qui a entouré la pandémie. L'étude révèle notamment que près d'1 personne sur 2 (49,73%) a éprouvé du stress durant cette période. Les confinements successifs, le couvre-feu, la fermeture de tous les lieux culturels et conviviaux (restaurants, bars...), la crise économique, l'incertitude quant à la fin de cette pandémie... sont autant de facteurs qui peuvent expliquer ce phénomène. D'ailleurs, 35,31% des personnes interrogées reconnaissent avoir moins bien dormi, faisant des nuits plus courtes et plus fractionnées. Elles ont ainsi perdu en moyenne 1h40 de sommeil chaque nuit. Un manque qui peut avoir des conséquences sur la santé, avec notamment un risque accru de diabète, de maladies cardiaques, d'AVC et de dépression. Enfin, plus d'1 Français sur 2 (55,68%) a pris du poids durant la crise sanitaire : 6,05 kilos en moyenne. Des kilos superflus que les sondés ne comptent pas garder ! Ceux et celles qui veulent perdre du poids (79,29%) veulent même aller plus loin en déclarant vouloir éliminer 9,23 kilos.

Une priorité : adopter un mode de vie «healthy»

Si plus de 6 Français sur 10 (61,04%) font le lien entre surpoids et complications Covid, cette dimension ne les préoccupe pas du tout : 95,76% des participants qui veulent perdre du poids ne le font pas pour cette raison.

Leur motivation est plus profonde puisqu'ils plébiscitent un mode de vie plus sain :

- 75,88% vont faire plus d'activité physique ;
- 33,05% vont opter pour des choix alimentaires en fonction des qualités nutritionnelles des produits ;
- 30,01% vont cuisiner plutôt qu'acheter des plats à emporter/plats industriels ;
- 19,57% vont acheter des aliments de proximité ou biologiques.

A contrario, moins d'1 Français sur 10 (8,49%) va se tourner vers un régime hypocalorique. Quant aux programmes amincissants payants (Comme J'aime, Anaca3), ils sont massivement rejetés : seulement 3,15% comptent les utiliser pour perdre du poids.



Des changements de comportements durables adoptés durant le confinement

Avec le confinement, les Français ont redécouvert le plaisir du «fait maison» et ont donc bien l'intention de continuer à passer derrière les fourneaux même dans le monde «post-covid». Ils sont d'ailleurs 73,35% à considérer que la nutrition est le facteur le plus important pour perdre du poids.

Mais ce n'est pas la seule tendance qui se dégage de cette étude. Pour près de la moitié des sondés (49,06%), il y a une réelle inquiétude à l'idée de retourner dans des lieux fréquentés. Résultat : si l'envie de pratiquer du sport est bien là, ils ne sont que 8,72% à vouloir retourner dans une salle de gym et 2,01% à s'inscrire dans un club sportif.

La majorité va découvrir ou continuer la pratique sportive en mode «confinement» :

- 36,77% vont faire des promenades, s'adonner à la course à pied ou aux randonnées à vélo ;
- 20,26% vont marcher plutôt qu'utiliser leur voiture ;
- 17,18% vont s'entraîner chez eux.



Découvrir les résultats de l'enquête :
<https://sagesse-sante.fr/resultats-enquete-covid/>

Les 4 «S» pour rééquilibrer sa vie : une méthode simple et accessible pour une vie en pleine santé

Par Frédéric Pfeferberg, préparateur physique diplômé du Cesa.
Expert en nutrition diplômé de l'université Paris V. Préparateur mental certifié LF

Mieux vaut prévenir que guérir. Cet adage bien connu, le Docteur Christian Recchia en a fait l'objet de son ouvrage : un guide accessible pour équilibrer les piliers indispensables à une vie en bonne santé.

Les 4 « S » : sphère alimentaire, sommeil, stress, sport. Et si notre équilibre passait par ces 4 piliers ? Convaincu que la recette du bonheur et de la prévention tient aussi bien dans l'assiette que dans la gestion du stress, le Docteur Christian Recchia, vient de publier Les 4S pour rééquilibrer sa vie. Plus qu'un guide médical, cet ouvrage est un véritable trousseau pour apprendre à vivre mieux et en meilleure santé. Une méthode complète et accessible à toutes et à tous, élaborée au fil de 35 années d'expérience sur le terrain et issue du constat que la médecine actuelle se contentait de gérer la maladie plutôt que la prévenir.

«Promouvoir l'équilibre alimentaire, promouvoir le sport, savoir maîtriser son sommeil et savoir maîtriser son bonheur et son stress», au fil des pages, le médecin dispense des conseils clés pour apprendre à mieux se nourrir, à appréhender son état physique, à découvrir les bienfaits du sport, de la musique et du partage à tout âge, afin de prévenir notamment l'apparition de pathologies cardiovasculaires ou les dégénérescences liées à l'âge... Dans cet ouvrage, sont proposées des solutions très simples à appliquer afin de maintenir l'équilibre de sa santé, pour mieux vivre sa vie et, pas seulement rajouter des années à notre existence, mais «de la vie aux années».



Christian Recchia est Docteur en médecine, il préside le pôle Prévention à l'Académie de Télémédecine et de e-Santé, ainsi que le département Prévention Santé d'ADICARE de l'Institut du Cœur. Il intervient depuis janvier 2021 dans Carnets de Santé sur Yahoo afin de nous éclairer sur les questions transverses de médecine et de prévention.



Passage à la retraite : quels effets sur les pratiques alimentaires ?

Le passage à la retraite représente une transition importante au cours de la vie. Comment évolue notre alimentation quand nous vieillissons ? Nous conformons-nous plus aux recommandations nutritionnelles ? Prendre sa retraite est-il l'occasion de mieux manger ? Pour répondre à ces questions des scientifiques d'INRAE ont mené plusieurs études. De premiers enseignements ont été tirés d'un suivi au long cours des habitudes alimentaires. Des chercheuses d'INRAE ont utilisé les données de la cohorte GAZEL, composée de 20 000 hommes et femmes agents d'EDF-GDF qui avaient environ 45 ans en 1990 et qui ont été interrogés sur leurs habitudes alimentaires à cinq reprises entre 1990 et 2014. Les chercheuses ont constaté qu'entre leurs 45 et leurs 75 ans, les sujets adoptaient une alimentation de plus en plus conforme aux recommandations nutritionnelles, consommant progressivement plus de fruits, légumes et produits laitiers, et moins de produits gras et

sucrés. Des analyses plus précises sur la consommation de légumes confirment et précisent ces résultats. En 1990, 17,7 % des hommes et 31 % des femmes de la cohorte déclaraient consommer des légumes tous les jours, en 2009 c'était le cas pour un homme sur trois et une femme sur deux. Entre-temps tous avaient pris leur retraite. Parmi les personnes interrogées, moins de la moitié déclaraient prendre leur déjeuner à domicile lorsqu'ils travaillaient tandis que la quasi-totalité déclarait le prendre à domicile lorsqu'ils étaient en retraite. Les chercheuses ont constaté un changement important et significatif du niveau de consommation de légumes chez ceux qui avaient changé leur lieu de déjeuner lors de leur passage à la retraite. Il semble donc que la retraite provoque un changement dans le contexte des repas qui s'accompagne d'une modification de l'alimentation. (1, 2, 3). Et du côté du porte-monnaie... différents travaux montrent que les dépenses alimentaires diminuent entre 4 % à 14 % au cours de l'année du passage à la retraite. Toutefois, cette diminution des dépenses alimentaires n'indique pas nécessairement que les quantités consommées varient dans la même mesure. Peu d'études scientifiques ont considéré à la fois les dépenses alimentaires et les quantités d'aliments achetés pour séparer l'impact d'éventuels changements dans le comportement d'achats et de préparation de repas (plus de temps consacré à la recherche de promotions, préparation de repas à partir d'ingrédients de base...) des changements réels dans les quantités consommées. En analysant l'évolution de la consommation alimentaire d'un panel de plus de 1 600 ménages au sein desquels le chef de famille a pris sa retraite, les chercheurs d'INRAE ont pu étudier l'effet causal du passage à la retraite à la fois sur les dépenses alimentaires et les quantités d'aliments réellement achetés. Ils mettent en évidence une baisse importante des dépenses et des quantités d'aliments achetés l'année suivant le passage à la retraite. Les achats de produits d'origine animale affichent la plus forte diminution, avec plus de 30% de baisse. En supposant que les ménages consomment ce qu'ils achètent, cela suggère que non seulement ils dépensent moins d'argent pour la nourriture, mais qu'ils en consomment également une plus petite quantité. En outre, les chercheurs constatent que les ménages ayant de faibles revenus avant la retraite sont aussi ceux qui enregistrent la plus forte baisse des achats alimentaires, ce qui suggère que la diminution des achats est due à un manque de moyens financiers. Ces données tiennent compte des variations dans le temps de la taille du ménage, du nombre de repas pris hors domicile et de la possession d'un jardin ou d'arbres fruitiers. Les impacts potentiels sur la santé de ces changements sont ambigus. D'un côté la baisse de consommation de graisses, de sel et de sucre pourrait avoir des conséquences positives mais par ailleurs la diminution de la consommation de protéines et de vitamines risque de compromettre l'équilibre alimentaire des retraités. (4)

Références

1. Dion, C., Gojard, S., Plessz, M. & Zins, M. (2020). *Bien vieillir, bien manger : Avancée en âge et modifications de l'alimentation dans la cohorte Gazel. Gérontologie et société, 2(2), 99-120.* <https://doi.org/10.3917/gsl.162.0099>
2. Plessz, M., Guéguen, A., Goldberg, M., Czernichow, S., & Zins, M. (2015). *Ageing, retirement and changes in vegetable consumption in France: Findings from the prospective GAZEL cohort. British Journal of Nutrition, 114(6), 979-987.* doi:10.1017/S0007114515002615
3. Plessz, M. & Guéguen, A. (2017). *À qui profite le couple : Une étude longitudinale de l'alimentation à l'intersection du genre, de la situation conjugale et du statut social. Revue française de sociologie, 4(4), 545-576.* <https://doi.org/10.3917/rfs.584.0545>
4. Olivier Allais, Pascal Leroy, Julia Mink, (2020) *Changes in food purchases at retirement in France, Food Policy, Volume 90,* <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2019.101806>

Révision des repères alimentaires pour les personnes âgées



Le HCSP actualise les repères alimentaires du Programme national nutrition santé pour les personnes âgées. Ces nouveaux repères alimentaires vont servir de support pour l'élaboration des messages et la communication destinée au grand public élaborés par Santé publique France. Cet avis est ciblé pour les personnes âgées de plus de 75 ans, considérant les risques nutritionnels principaux à partir de cet âge que sont la

dénutrition et la sarcopénie (déclin de la force et de la masse musculaire). Les repères nutritionnels ont donc pour objectif de prévenir ces risques, en soulignant l'importance de maintenir le plaisir de manger pour guider les choix, améliorer l'appétit et assurer une stabilité pondérale. L'ensemble de l'alimentation doit être suffisante en qualité et en quantité, en respectant des repas réguliers. L'activité physique régulière, la réalisation d'exercices adaptés deux fois par semaine et la limitation de la sédentarité sont aussi des éléments essentiels à la santé. Pour les personnes de moins de 75 ans, ainsi que pour les femmes à partir de la ménopause, les enjeux nutritionnels sont similaires à ceux de la population générale adulte et les repères nutritionnels pour les adultes sont valables.

Petit déjeuner à l'école

Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018-2022, des petits déjeuners sont proposés depuis la rentrée 2019-2020 dans les écoles primaires volontaires des réseaux d'éducation prioritaire (Rep et Rep+), des « quartiers de la politique de la ville » et des territoires ruraux fragiles.

Ces distributions d'une prise alimentaire à une classe entière posent de nombreuses questions : réalité de la prise ou de l'absence du petit déjeuner, composition du petit déjeuner idéal, risque(s) pour la santé d'une absence de petit déjeuner ou d'une double prise alimentaire matinale, importance de l'environnement et du contexte de la prise du petit déjeuner, etc. Autant de questions auxquelles s'est efforcée de répondre l'ANSES dans une note technique destinée à accompagner les équipes afin que la mise en place d'un petit déjeuner dans les écoles soit réellement un levier d'amélioration de la santé des enfants et n'ait en aucun cas un effet délétère.



Les défis de l'accompagnement des personnes de grand âge

Par Jean-Pierre Zana, cadre de santé Kinésithérapeute, Ergonome – Expert

Les personnes en perte d'autonomie passeront en France de 1,387 million en 2020 à 1,479 million en 2025 et 2,2 millions en 2050.

Les plus de 85 ans seront 4,8 millions en 2050. En France comme pour un grand nombre de pays européens et sur la quasi-totalité de la planète, il se profile de manière inéluctable et insuffisamment audible - une société de la longévité - une société dans laquelle les personnes de Grand Âge seront la norme.



Le défi du politique sera de concevoir une société avec et pour les personnes de grand âge ou prendre le risque d'une rupture profonde de notre société...

C'est avant tout et d'abord une bonne nouvelle ! Nos sociétés modernes et humanistes nous permettraient-elles une espérance de vie accrue et rendue possible à travers de nombreux progrès engendrés par les sciences et techniques, les connaissances du vivant et des pays « plus apaisés » ? Cependant, cette société du Grand Âge ne s'improvise pas. Elle va exercer et exerce déjà des bouleversements inédits dans les moindres aspects de nos organisations et systèmes de solidarité. Vieillir en bonne santé en proposant un accompagnement renouvelé des personnes âgées dans notre vie sociale, économique et citoyenne sont des enjeux majeurs qui ne peuvent plus être mis de côté ou expédiés à travers quelques bonnes intentions épisodiques. Notre capacité individuelle, familiale et collective nationale et territoriale à relever ces défis est à l'évidence une mise à l'épreuve immense. Quelques questionnements me semblent indispensables pour que les professionnels de santé indispensables, tels que les aides à domicile, les personnels soignants des structures de soins privés et publics et surtout nous les kinésithérapeutes (acteurs indispensables de l'autonomie de nos patients), puissent se préparer à l'accueil de ces populations croissantes.

L'organisation du système de santé semble aujourd'hui en décalage avec les besoins et les attentes des patients ; les

difficultés d'accès aux soins sont d'ordre multiple : financière, culturelle, territoriale, délais d'attente, la qualité des prises en charge... Ces éléments connus ou révélés à travers la crise reflètent un malaise des citoyens face à un système de santé opaque et cloisonné dans lequel s'orienter est devenu très complexe.

La crise sanitaire a montré la résilience, la force de mobilisation des acteurs de terrain et de l'État.

Elle a aussi permis de mettre en lumière et pointer l'opacité, les inégalités territoriales de notre système : la multiplication des structures et les fonctionnements en silo de santé et social.

Les acteurs professionnels eux-mêmes insistent sur les difficultés à suivre et prendre la mesure des évolutions du secteur depuis une dizaine d'années.

Ces dysfonctionnements se répercutent sur les prises en charge des patients, sur les coûts et sur la qualité des soins.

« Plus de sept Français sur dix se disent mal informés sur ce sujet, «mal préparés d'un point de vue financier, au risque de dépendance, que ce soit pour eux-mêmes (66%) ou pour leurs proches (63%)», enquête (La Mutualité française 2018) »

Essays en 3 points synthétiques défis de l'accompagnement du Grand Âge :

Les Défis du nombre (où quelques repères et enjeux macro et micro économiques)

Le vieillissement de la population n'est pas un phénomène nouveau. Le nombre de seniors double presque tous les 50 ans depuis 1920 et leur part dans la population est passée de 9% en 1920 à 20% en 2018. En 2030, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans. Plus précisément, le vieillissement s'est accéléré depuis 2011, année où la première génération du baby-boom 1 a atteint l'âge de 65 ans. En 2021, moins de 3% des 65-74 ans résident en institution, cette part augmentant avec l'âge pour atteindre +de 21 % parmi les 85 ans ou plus. Près des deux tiers des personnes résidant en institution sont ainsi âgés de 85 ans ou plus. Parallèlement, la fréquence des affections de longue durée (ALD) prises en charge par la Sécurité sociale a augmenté : 43% des 65 ans ou plus vivants à domicile ont au moins une ALD. Par ailleurs, 75% des seniors vivant en institution sont en ALD en 2015. Toutefois, cet allongement de l'espérance de vie – positif - ne se traduit pas forcément par une amélioration de la durée de vie en bonne santé.

Ce défi du nombre est inédit dans l'Histoire de nos sociétés et organisations humaines. Jamais nous n'avons eu à accompagner, aider, soigner, une si grande partie d'entre nous si âgées.

Approche du « défi du nombre » par des points de repère macroéconomiques

En 2018 : environ 30 milliards d'euros de dépenses correspondant à la perte d'autonomie des personnes âgées. Au sein de ces 30 milliards, la dépense publique atteint 23,7 milliards d'euros (assurance maladie soit près de 80% de la dépense totale et 7 milliards aux ménages). L'accompagnement du Grand Âge est éminemment une question collectrice de solidarité collective et non individuelle. La dépense publique en faveur du grand âge représente 1,1 % du PIB en 2014, 1,2 % en 2018. Alors que les dépenses publiques de protection sociale représentent 34,3% du PIB. La France consacre une part faible de ces dépenses au grand âge par rapport à ses partenaires européens (Source rapport Grand Âge 2019).

Approche du défi du nombre économique du point de vue de chaque individu

La perte d'autonomie génère des restes à charge trop élevés (étude de la fédération française Mutualité 2018) ; l'hébergement que les ménages sont majoritairement mis à contribution, avec 3,8 milliards d'euros financés sur un total de 7,1 milliards d'euros de dépenses. Le coût d'un hébergement en établissement coûte en moyenne 89.100 euros pour trois ans, soit près de 2.500 par mois en moyenne. Sur cette période, les aides publiques cumulées représentent 17.000 euros, les ménages doivent donc financer 72.000 euros en moyenne. En cinq ans, leur reste à charge atteint 120.000 euros pour un prix total de 148.400 euros. Les disparités régionales étant importantes, un habitant du département de l'Essonne aura à sa charge plus de 150.000 euros sur cinq ans !

Pour rappel, un reste à charge mensuel moyen de 1 850 euros en Ephad.

Des nombreux restes à charge sur les services et soins à domicile

À domicile, le coût est très variable d'un département à l'autre et l'intervention des aidants informels est clé. Les inégalités territoriales majeures sont de plus insupportables et peu connues. Par exemple, selon les politiques sociales des départements, le même montant d'Apa couvre dans le Finistère 66 heures subventionnées par mois auprès des personnes les plus dépendantes, contre 98 heures dans le Jura, soit un écart de 32 heures. Mais qu'en est-il du financement public d'un nouveau risque de protection sociale – 5e branche ? Ne faudrait-il pas renforcer la conduite partenariale de la politique du grand âge ? Les moyens de plus en plus fragmentés et méconnus tant des usagers que des professionnels n'aboutissent-ils pas à un manque d'efficacité limitée pour la dépense publique ?

Le défi du système de la prise en charge ou le défi du rapprochement social et de la santé

La réalité sur le terrain est complexe ; de nombreuses tensions pèsent sur les intervenants et leurs personnes qui ne savent pas toujours comment agir de la meilleure manière afin de réaliser « les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût ». Les politiques envers les personnes âgées et les personnes handicapées visent à favoriser l'autonomie, l'inclusion, le parcours de vie de la personne, en respectant au mieux ses choix. Or, l'effectivité de ces démarches trouve souvent des limites pour de multiples raisons, mais l'une tient à notre organisation du service public sur le territoire, à la répartition des rôles entre acteurs et au sein des acteurs. Pour les personnes concernées et leurs entourages, l'organisation administrative de l'Etat et des collectivités locales, le système de financement et l'action des opérateurs de services de santé et sociaux ne sont pas fluides. Force est de constater que les meccanos administratifs et les aides financières qui ont fait l'objet de multiples mesures ne répondent plus suffisamment pas aux besoins des personnes et des acteurs et sont désormais sources de confusion pour les individus et d'accroissement de nombreuses inégalités individuelles, territoriales voire de perte de chance majeure.

Le service rendu à la personne en matière d'autonomie dans sa globalité est encore à construire au niveau des évaluations, dans la définition des réponses, les instances d'attribution des aides individuelles, et du suivi des prestations... Les modalités tarifaires de la santé et du social actuelles ne participent-elles pas à augmenter l'écart entre ce que l'on appelle la médecine de ville, la médecine hospitalière et médico-sociale ?

Ne serait-il pas temps d'inciter à la qualité et à la coordination plutôt qu'au volume ? Un grand nombre de systèmes de santé dans le monde a fait évoluer les modalités de financement vers des modèles de paiement alternatifs avec des objectifs doubles : renforcer la rémunération à la performance et à la qualité et créer des incitatifs à l'intégration et à la coordination des parcours. Sur la base des expérimentations en France et des retours d'expérience étrangers, des modalités de paiement alternatives ne devraient-elles pas être développées pour faciliter coordination, qualité et efficacité ?

Un Dernier Point majeur et sensible serait les relations entre les professionnels eux-mêmes... Ne faudrait-il pas lancer un appel à un changement de paradigme profond entre les professionnels et intentionnels – une nouvelle alliance entre la santé et le social ?



Le défi du politique : faire société avec et pour les personnes de âges ou un risque rupture profonde de notre société

Au XXI^e siècle, on ne fait pas « société » comme avant : nous ne sommes plus, à raison, dans la massification avec les risques totalitaires, ultras consuméristes que nous avons connus. Il s'agit de respecter l'individualisme, tout en contrôlant ses dérives d'atomisation du social, donc de privilégier l'individuation et de voir comment celle-ci s'articule avec le collectif, en créant précisément des nouvelles manières de faire solidarité.

Quelques idées qui méritent nos réflexions :

- Changer de regard sur la personne âgée et affirmer sa citoyenneté pleine et entière.
- Rendre visible la personne âgée et handicapée (concept d'autonomie).
- Faire évoluer notre cadre de vie pour inclure les personnes âgées (Grand Âge).
- Mobilité, logement, vie quotidienne : faciliter l'accès des personnes âgées à l'innovation.
- Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en organisant une réponse efficace aux actes de maltraitance.

- Pouvoir choisir librement de rester à son domicile.
- Répondre à l'ensemble des besoins d'accompagnement de la personne âgée.
- Lutter contre l'isolement de la personne âgée et des aidants.
- Faciliter les démarches des proches aidants.
- Mieux concilier rôle de proche aidant et vie professionnelle : un enjeu du dialogue social en entreprise.
- Mobiliser des bénévoles et des jeunes auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ne serait-il pas temps de mobiliser les professionnels de santé ? L'attention plus particulière portée aux parcours de vieillissement et à un soutien personnalisé ne doit pas faire oublier les profondes inégalités persistant selon les catégories sociales et selon les territoires. En l'absence de tout espoir d'augmentation significative des moyens, la coordination des parcours et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales sont clairement les deux chantiers prioritaires de la période.

Pour en savoir plus

Libault D. - Concertation Grand Âge et autonomie - Oct 2019 Téléchargement : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/>

El Khomri – Grand âge et autonomie – Plan de mobilisation Nationale en faveur de l'attractivité des métiers de grand-âge – Oct 2019, téléchargement : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/personnes-agees/article/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-l-attractivite>



Accès direct : « L'avenir de la profession ? »

Par Xavier Dufour

Le parcours de soin est devenu un casse-tête dans les déserts médicaux, mais aussi dans les grandes villes. Obtenir un rendez-vous chez le médecin ou chez le kiné est difficile et les sites de prise de rendez-vous en ligne n'y changent pas grand-chose. C'est dans ce contexte que la députée Stéphanie Rist a proposé l'accès direct en kinésithérapie pour toutes les pathologies dans le cadre du PLFSS. Ceci permettra de réduire les délais et les consultations médicales « inutiles ».

Ceci complète l'annonce faite le 9 septembre 2019 par Madame Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé. Le but était de permettre aux patients de bénéficier d'un accès direct aux kinésithérapeutes sous protocole de coopération pour deux pathologies ; les entorses de cheville et la lombalgie aiguë. Précisons que les expérimentations ont été perturbées par l'épidémie de Covid19. Le projet aurait pu ne pas voir le jour, mais Stéphanie Rist propose une expérimentation sur 6 départements dans un premier temps pour mettre en œuvre l'accès direct en kinésithérapie dans un cadre de parcours coordonné. Les kinésithérapeutes sont invités à s'impliquer avec dynamisme dans cette voie afin de participer au désengorgement des services d'urgence, mais surtout à l'émancipation de la profession par une participation active à la santé publique. Iriez-vous chez le généraliste pour avoir son avis pour aller chez le dentiste ? Cela vous semble ridicule nous aussi. C'était la règle il y a 50 ans, jusqu'à ce que les dentistes deviennent une profession médicale à compétence définie, c'est l'enjeu que notre profession doit poursuivre pour son émancipation.

SOMMES-NOUS PRÊTS ?

À l'évidence pas totalement ! Il existe un grand nombre de confrères et consœurs qui ne sont pas totalement prêts pour de multiples raisons. Étant organisme de formation, il nous appartient de vous proposer des alternatives pour pouvoir prendre ce virage avec assurance et sécurité, pour le bien des patients et le développement de la profession. Si la réforme de 2015 a fait évoluer le cursus en ce sens, nombre des plus jeunes comme les anciens sont souvent frileux par manque d'expérience ou d'assurance dans ce type d'exercice professionnel. Si certains sont prêts et aptes, c'est le plus souvent grâce à leurs expériences ou à des formations complémentaires.

« Primum non nocere », rappelons ce vieil adage qui nous invite à la prudence « premièrement ne pas nuire ». Pour cela il est indispensable de se poser la question de l'indication de la kinésithérapie, savoir quels patients peuvent être pris en charge et ceux qui doivent être réorientés sur une consultation spécialisée. Premièrement, les kinésithérapeutes doivent progresser dans le diagnostic d'exclusion s'appuyant sur les red flags puis dans le diagnostic différentiel pour affiner le traitement. Précisons qu'à notre sens, cela n'est pas forcément fait aujourd'hui par les kinésithérapeutes, mais pas toujours plus par les médecins sur bon nombre de pathologies de l'appareil locomoteur. La main est le prolongement du cerveau. Notre pensée doit donc guider nos actions et nos tests cliniques. C'est à travers une « enquête policière » que nous devons définir qui est responsable du motif de consultation du patient. Une fois cette étiologie définie, il appartient au kinésithérapeute de proposer le meilleur traitement s'il le peut ou de réadresser le patient pour des examens complémentaires ou une consultation médicale si un doute persiste.

Deux e-learning sur l'accès direct sont déjà disponibles sur notre site itmp.fr ; les traumatismes de la cheville et la lombalgie aiguë. D'autres sont déjà en construction sur l'épaule, les cervicalgies ou les gonalgies.

ENTORSE DE CHEVILLE

En cas de traumatisme au niveau du pied et de la cheville, la principale contre-indication reste la fracture de la cheville ou du moyen pied. En 1992, Stiell a proposé des critères cliniques simples, mais précis, les règles d'Ottawa pour la cheville. L'utilisation de ces règles permet de réserver un examen radiologique aux seuls cas suspects de fractures. En plus de ce diagnostic d'exclusion, il est indispensable de compléter par un diagnostic différentiel pour écarter d'autres pathologies comme une rupture du tendon d'Achille par le signe de Thomson ou une luxation des tendons fibulaires. Le traitement est à l'appréciation du kinésithérapeute qui devra évaluer la pertinence d'une immobilisation par contention souple ou par immobilisation amovible dont il possède le droit de prescription. La suite de la prise en charge reste la même que celle déjà pratiquée, favoriser la cicatrisation tissulaire, assurer une bonne mobilité des éléments articulaires de la



cheville et du médio-pied puis réaliser une reprogrammation sensorimotrice pour prévenir les récurrences.

LOMBALGIE

Les drapeaux rouges peuvent être résumés par l'acronyme TINTIV qui doit nous inviter à chercher des signes cliniques ou signes d'appel pour chacun d'entre eux :

- Traumatique
- Infectieux
- Neurologique
- Tumoral
- Inflammatoire
- Vasculaire

En l'absence de diagnostic d'exclusion, il est indispensable de poursuivre sur les diagnostics différentiels dans le cadre de la

lombalgie afin de proposer le traitement spécialisé pour obtenir la meilleure efficacité dans le traitement en s'appuyant sur le modèle bio-psycho-social.

Le prochain E-learning sera sur l'épaule en collaboration avec l'épaule au top animé par Frédéric Srouf et Geoffroy Nourissat pour leur expertise clinique dans ce domaine et Itmp pour sa maîtrise pédagogique.

FORMEZ-VOUS !

Depuis toujours, nos formations cherchent à préparer à l'accès direct que ce soit dans nos formations courtes autour du rachis, de la cheville ou dans nos cursus de thérapie manuelle ou de kinésithérapie du sport. La formation vers l'accès direct est un enjeu fort porté par les URPS MK IDF et bien d'autres institutions de la profession avec lesquelles nous collaborons activement pour l'évolution de notre profession.

Pour tous ceux qui souhaitent progresser dans cette voie et accroître leurs compétences thérapeutiques, les formations ITMP sont accessibles sur notre site www.itmp.fr

DES FORMATIONS PENSÉES POUR VOUS

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

**D.U.
ERGONOMIE***

KINÉ SPORT

**THÉRAPIE
MANUELLE**

- **EVIDENCE BASED PRACTICE:**
Enseignement basé sur les preuves scientifiques
- **ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**
À travers des cas cliniques
- **SUPPORTS ÉCRIT, VIDÉO, ATLAS DES TECHNIQUES**
- **6 BINÔMES PAR FORMATEUR**
- **E-LEARNING POUR OPTIMISER VOS
CONNAISSANCES À VOTRE RYTHME**
- **VALIDATION UNIVERSITAIRE***

Mémoire

Physiomuseum le musée du futur

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

Un musée n'est pas forcément physique et obsolète. En dehors du musée physique, nous travaillons à la mise en place d'un musée virtuel utilisant toutes les dernières technologies qui est éminemment futuriste.

Pour répondre aux interrogations légitimes que peuvent se poser nos confrères l'année 2021 marquée par la pandémie nous a impacté directement puisque les collectivités territoriales ont évité les contacts, mais nous avons avancé tout de même. Nous avons commencé à travailler sur la partie immergée de l'iceberg : la préparation des ouvrages que nous classons par thèmes et auteurs, etc. avec l'aide l'AFPA. La réception de nouvelles pièces de collection comme celles que vous découvrez en photo : pins kiné des années 1970/80 ; tables des années 80 de Franco et Fils et flammes.

Nous avons toujours besoin de vous.



Pin's



Timbres

POUR PARTICIPER

Adhérez au musée en payant votre cotisation de 40€ ou une donation d'un montant supérieur : 100€ vous permet une fois déduit l'avantage fiscal de véritablement donner 37€.

Envoyez-la à l'ordre de l'AMK
au 2 ter place des Anciens Paradoux
31130 Balma

MERCI À NOS PARTENAIRES

Allcare Innovation (Bourg-les-Valence)
FFMKR 31
CDO31
Franco et Fils (Pougues-les-eaux)
Mairie de Toulouse
Andil Toulouse
AFPA Balma

Les hommes qui ont fait la Kinésithérapie

Albert Bénichou : un homme combatif et créatif

Par Alain Garnier, Président du physiomuseum

Albert Bénichou surnommé Bob par sa famille et ses élèves est né en 1918 en Algérie alors département français où il passe sa jeunesse. Son bac en poche il part à Lyon effectuer ses études de médecine dans le service santé de l'armée. Elles furent interrompues par la guerre. Son régiment est évacué en Algérie qui fut rapidement libéré par les Américains. Il se porte volontaire dans le premier bataillon de choc constitué par le général De Lattre de Tassigny et pour citer le général Glavany qui lui remit la décoration suprême de Commandeur de la Légion d'honneur, il effectue une guerre exemplaire :

- Libération de la Corse avec son commando à bord du sous-marin le Casabianca, puis l'île d'Elbe, débarquement de Provence ; campagne de France jusqu'en Alsace et Allemagne.

Plusieurs blessures en tant que militaire de réserve, nombreuses actions pendant la guerre d'Algérie

A la fin de la guerre, il démissionne pour reprendre ses études de médecine, mais rencontre Boris Dolto de l'EFOM qui l'influença énormément avec lequel il se lia d'amitié et s'inscrit en kinésithérapie. En 1949 il obtient son diplôme et s'installe en libéral afin d'améliorer son efficacité il fait des stages à l'étranger notamment en Angleterre où il étudie l'ostéopathie qu'il intègre à sa pratique quotidienne.



Démonstration au sein de son école MTM en compagnie de Patrick Fried

Dans son école, les professeurs sont littéralement au service des étudiants. Ce sont eux qui servent à table durant les repas...



Bob commande un régiment de choc pendant la guerre

Albert Bénichou crée la première école d'ostéopathie en France

C'est par hasard qu'il crée l'école qui deviendra la première école structurée à enseigner l'ostéopathie en France : la MTA. Il fait intervenir Denis Brookes, ostéopathe diplômé de la B.S.O. à Londres, mais surtout élève de Kimberley aux USA.

Dans les années 80 la MTA, pour des raisons administratives devient MTM.

C'est en tant qu'élève, à Courcouronnes au sud de Paris que j'ai pu apprécier sa pédagogie et son humanité. Il mêlait enseignement pratique et convivialité jamais retrouvée par ailleurs.

Par exemple, les professeurs servaient aux étudiants les repas pris en commun et la partie de pétanque avec Bob précédait les cours de l'après-midi !

Je tenais à rendre hommage à cet homme qui a toujours défendu l'idée que l'ostéopathie et la kinésithérapie étaient liées. La MTM continue le travail de Bob sous la houlette de son fils aîné André, de Patrick Fried et des enseignants formés à l'école.



**merci à son fils André Bénichou pour ses apports photographiques*

Fiabilité intra et inter-évaluateur du Modified Functional Reach Test et du sens positionnel du tronc pour les patients ayant une hémiparésie après un accident vasculaire cérébral

MOTS-CLÉS

AVC
Equilibre
Proprioception
Sens positionnel
Tronc

RÉSUMÉ

Introduction. – Après un accident vasculaire cérébral (AVC), les déficits sensorimoteurs du tronc doivent être testés. Cependant, les qualités psychométriques des tests au niveau du tronc ont été peu étudiées. L'objectif était d'évaluer la fiabilité intra et inter-évaluateur du Modified Functional Reach Test (MFRT) et du test de sens positionnel du tronc chez des personnes présentant une hémiparésie post-AVC.

Méthode. – Quinze participants présentant une hémiparésie post-AVC en phase subaiguë ont été inclus. Le MFRT et le test de sens positionnel du rachis ont été évalués par deux physiothérapeutes lors d'une première session. Après un repos de 2 à 4 h, une seconde session similaire a été réalisée. La fiabilité a été évaluée par le calcul de l'indice de corrélation intra-classe (ICC) et l'analyse de Bland et Altman.

Résultats. – Pour le MFRT, les fiabilités moyennes inter-évaluateur ($0,70 \leq ICC \leq 0,86$) et intra-évaluateur ($0,64 \leq ICC \leq 0,91$) étaient bonnes à excellentes. Pour le test de sens positionnel, la fiabilité inter-évaluateur était excellente pour la mesure de l'erreur verticale ($ICC = 0,77$) et mauvaise pour l'erreur horizontale ($ICC = -0,03$). La fiabilité intra-évaluateur était mauvaise à faible ($-0,03 \leq ICC \leq 0,43$).

Discussion/conclusion. – Le test MFRT est suffisamment fiable pour être utilisé en pratique clinique pour évaluer l'équilibre assis. En revanche, le test de sens positionnel du rachis semble très difficile à appliquer dans de bonnes conditions en cas d'AVC.

Niveau de preuve : 3.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

AUTEUR CORRESPONDANT

A-V. Bruyneel
Haute Ecole de santé Genève,
HES-SO Haute Ecole
spécialisée de Suisse occidentale,
Rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge, Suisse
Adresse e-mail : Anne-violette.bruyneel@hesge.ch

INTRODUCTION

Les déficits de force musculaire, des fonctions proprioceptives et de contrôle du tronc sont très fréquents suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) [1–3]. Ils semblent fortement liés aux activités fonctionnelles debout (équilibre, locomotion, transfert), aux risques de chutes et à la récupération sensomotrice [4,5]. Étant donné ce lien et la potentielle valeur prédictive des déficits du tronc sur le statut fonctionnel des patients, il est recommandé de tester les capacités au niveau du tronc dès le début de la prise en charge du patient après un AVC [2]. De plus, une méta-analyse a mis en évidence que les exercices du tronc doivent être une priorité de la rééducation [1].

Pour obtenir un examen objectif de qualité, le choix des tests doit être guidé principalement par la faisabilité dans le contexte clinique et par les qualités psychométriques [6]. Trois revues de littérature ont mis en évidence que les tests fiables au niveau du tronc considérés sont principalement des échelles ordinales qui évaluent la capacité des patients à réaliser une tâche après un AVC [7–9]. Toutefois, ces approches sont moins sensibles que les analyses quantitatives de l'activité d'équilibre assis [10] et elles n'intègrent pas l'évaluation de la fonction proprioceptive [11]. Cependant, les études de fiabilité sont très peu nombreuses pour ces tests.

Les troubles proprioceptifs chez les patients avec une hémiparésie post-AVC auraient plusieurs origines. D'une part, la spasticité et les faiblesses musculaires semblent induire une moins bonne sensibilité des capteurs [12] et, d'autre part, le système nerveux central traite l'information de façon anormale suite à la lésion hémisphérique [13]. Par rapport à des sujets asymptomatiques, les patients ont une augmentation de l'erreur

En partenariat avec
Kinésithérapie
la revue

Extrait du N°231 Mars 2021



positionnelle (statosthésie) au niveau des membres [14–16], alors que la kinesthésie (seuil de détection de mouvement) est difficile à évaluer car elle nécessite des outils mécaniques complexes [17]. En cas d'AVC, les déficits proprioceptifs semblent influencer négativement la stabilité des articulations, la coordination, le contrôle postural et l'apprentissage [18,19], ce qui constitue un frein à la récupération sensori-motrice [20]. Seules quatre études ont testé le sens positionnel du rachis après un AVC, qui consiste à évaluer la capacité à repositionner le tronc dans une position cible sans support visuel [4,5,21,22]. Par rapport à des sujets sains, les patients semblent présenter une augmentation de l'erreur positionnelle du rachis en phase subaiguë [21] et chronique qui serait liée à la capacité d'équilibre debout [4]. Le sens positionnel du rachis serait amélioré suite à une rééducation par imagerie motrice [22] ou par des exercices de transferts de poids en position assise [5]. Ces résultats doivent toutefois être considérés avec prudence car aucune étude de fiabilité n'a été menée sur l'évaluation de la fonction proprioceptive du tronc pour des personnes après un AVC, alors que ces tests sont considérés comme fiables pour des sujets sains et lombalgiques [23,24].

En cas d'AVC, les tests quantitatifs évaluant l'activité d'équilibre assis stable et instable ont montré une asymétrie d'appui [25] et des difficultés de contrôle du tronc [26,27] qui affectent l'équilibre debout [2,27] et la marche [28]. Suite à des exercices améliorant l'équilibre assis, la fonction motrice debout était meilleure [5,29], ainsi que les fonctions des membres supérieurs [30]. Seule la fiabilité du Modified Functional Reach Test (MFRT) a été évaluée [31]. Ce test consiste à évaluer l'équilibre assis dynamique lors d'un déplacement du tronc dans différentes directions. La fiabilité intra-session était modérée à excellente sur 10 sujets, sans que les fiabilités intra- et inter-évaluateur n'aient été testées. Considérant l'importance des caractéristiques de faisabilité clinique d'un test [6], le MFRT a l'avantage d'être simple à réaliser, court et peu coûteux.

L'objectif de cette étude était l'évaluation de la fiabilité (intra et inter-évaluateur) du MFRT et d'un test de sens positionnel du rachis pour des patients ayant une hémiparésie post-AVC.

Notre hypothèse était que le MFRT et le test de sens positionnel du rachis ont des indices de corrélation intra-classe (ICC) supérieurs à 0,70 ce qui permet d'utiliser ces tests en pratique clinique [32].

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Population

La population cible correspondait aux sujets ayant une hémiparésie post-AVC et étant âgés de 50 à 75 ans. Les sujets devaient avoir eu un épisode unique d'AVC, maximum trois mois avant le recrutement (phase subaiguë), et être en situation de stabilité médicale. Le choix de la phase subaiguë est justifié par le potentiel de récupération élevé et par les recommandations d'évaluation précoce des troubles du tronc [2,33]. Pour la compréhension des consignes des tests, les sujets devaient avoir un résultat au Mini-Mental State Examination (MMSE) supérieur à 22 [21]. De plus, ils devaient être capables de tenir assis pendant 30 s de manière autonome [5]. Les sujets étaient exclus s'ils avaient d'autres pathologies affectant l'équilibre, des pathologies ou des douleurs rachidiennes et des complications médicales.

Tous les sujets ont été recrutés dans le service de neuro-rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève. Le patient était informé oralement de l'étude, puis après un délai de réflexion de 24 h, il avait une explication complémentaire avant de signer, s'il le souhaitait, le formulaire de consentement. Pour favoriser un consentement libre, c'est une personne indépendante au service qui réalisait cette étape. Cette étude a obtenu l'accord de la commission cantonale d'éthique de la recherche (CCER Genève – 2018-02026).

Design

Le design est de type observationnel pour une étude de fiabilité (Fig. 1).

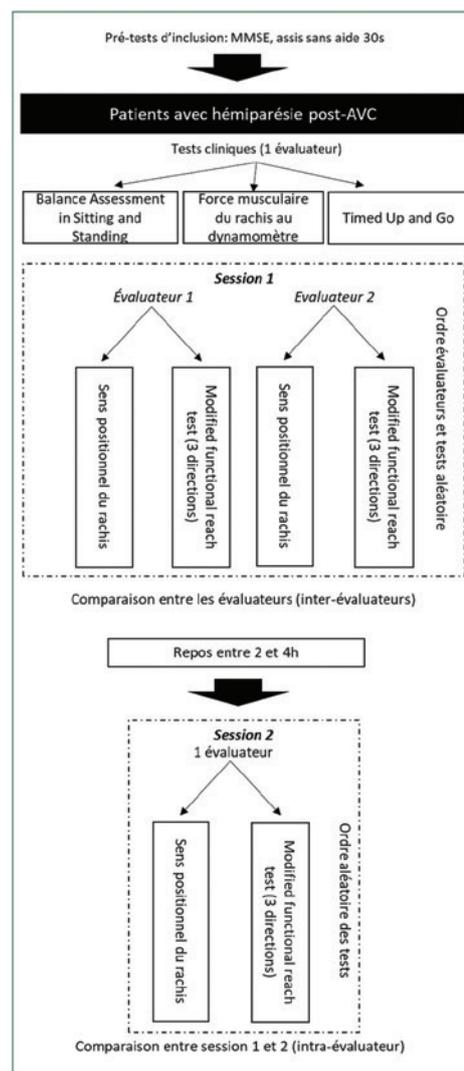


Figure 1. Schéma expérimental de l'étude.

Une première visite permettait de réaliser des tests cliniques d'inclusion et de caractérisation des sujets. Lors de la première session de tests, deux évaluateurs (physiothérapeutes expérimentés en neurologie) ont testé le MFRT et le sens positionnel du rachis auprès de tous les sujets. Après 2 à 4 h (consigne de se reposer), le premier évaluateur répétait la même session de tests dans la même journée. La première session de tests durait 1h et la deuxième session 20 min. L'ordre des évaluateurs et des tests était aléatoire. Les évaluateurs étaient en aveugle pour les données recueillies par l'autre évaluateur.

Procédure des tests

Tests cliniques de caractérisation

L'équilibre debout et assis était testé par le Balance Assessment in Sitting and Standing (BASS) [34]. La phase statique consistait à tester les réactions posturales des sujets en position debout et assise lors d'une poussée externe dans quatre directions (devant, derrière, gauche et droite). Pour la phase dynamique, trois objets étaient placés sur le sol (devant/gauche, devant et devant/droite) et le sujet devait les ramasser. Une note de « 0 » (le sujet a besoin d'un support externe) à « 4 » (stable sans aide externe) était attribuée pour le statique et de « 0 » (pas de possibilité de prendre les objets) à « 3 » (objets ramassés sans aide externe) pour la partie dynamique. La note totale était sur 14 points.

La force du tronc a été testée à l'aide d'un dynamomètre à pression. Cette méthode est considérée comme fiable dans le cas de l'hémi-parésie post-AVC [35,36]. Le sujet était en position assise stable. Le dynamomètre était successivement placé sur la partie latérale du tronc – zone sous-axillaire (test de l'inclinaison parétique puis non parétique), sur le sternum (test de flexion) et sur la vertèbre T4 (test d'extension). Le sujet devait pousser contre le dynamomètre pendant une durée de 5 s. La valeur maximale de force était relevée en Newton (N). Pour favoriser une bonne fiabilité, l'évaluateur stabilisait son membre dans l'axe du dynamomètre, contre le mur. Deux essais ont été réalisés avec un repos de 30 s entre chaque test.

Enfin, le Timed Up and Go a été évalué pour la mobilité fonctionnelle [37]. Le participant était assis sur une chaise (avec accoudoirs), il se levait, devait marcher 3 m, réaliser un demi-tour dans 1 m², puis re-marcher 3 m avant de revenir s'asseoir sur la chaise. Au départ, l'espace entre les pieds correspondait à la largeur du bassin. Pour se lever ou pour s'asseoir, les participants pouvaient utiliser les mains et avoir une aide technique pendant le test. La durée pour réaliser la tâche était mesurée en secondes. Ce test possède une bonne fiabilité chez les patients présentant une hémi-parésie [37].

Description du MFRT

Le MFRT était réalisé dans un environnement calme. Le participant était en position assise sur un tabouret, le côté non parétique était positionné de profil par rapport au mur, pieds à plat sur le sol, avec les hanches, les genoux à 90° de flexion [31]. L'épaule du côté du mur était en flexion à 90°, coude tendu, poing fermé et la position de l'articulation métacarpophalangienne était notée sur le mur (repère 1). Le sujet se penchait le plus loin possible vers l'avant avec le bras à l'horizontal en gardant l'équilibre (Fig. 2). Le repère de l'articulation métacarpophalangienne était alors noté dans cette nouvelle position (repère 2). La distance entre les deux repères était alors relevée.

Le sujet était ensuite assis dos au mur, membres supérieurs le long du corps. L'emplacement de l'acromion était noté (repère 1) avant que le sujet ne se penche le plus loin possible vers le côté non parétique ou parétique grâce à une inclinaison du tronc. Dans cette position, la position de l'acromion était à nouveau notée (repère 2) et la distance horizontale, par rapport au repère 1 était relevée. Le sujet effectuait deux essais d'entraînement, avant de réaliser trois mesures successives dans chaque direction.

Description du test de sens positionnel du rachis

La procédure du test de sens positionnel du rachis était basée sur une étude de fiabilité sur des sujets sains [23] et sur des études utilisant ce test en cas d'hémi-parésie post-AVC [4,5,21]. Le sujet était dans un environnement calme, en position assise stable standardisée sur tabouret. Les pieds étaient sur le sol, écartés de la largeur du bassin. Le patient avait les yeux fermés pour éviter un feedback visuel. Derrière le patient, était positionnée une table à réglage électrique pour ajuster la hauteur du pointeur laser sur un repère (le physio-thérapeute inscrivait une croix au crayon dermique sur la vertèbre cible T12). Le sujet faisait une flexion du tronc jusqu'à une position cible de 30° et maintenait cette position pendant 5 s afin de la mémoriser. Lors du maintien de la position, l'évaluateur réglait la hauteur de la table, de manière à ce que la projection du laser, fixée sur la table, converge avec le centre de la croix (Fig. 3). Le sujet revenait en position neutre et faisait 2 rotations successives du tronc avant de se repositionner dans la position cible. La divergence entre la projection du laser et le centre de la croix était mesurée verticalement et horizontalement avec une règle rigide. Le patient faisait un essai d'entraînement suivi de trois tests réels successifs.

Traitement des données et statistiques

Le traitement des données consistait pour la force musculaire à normaliser les données avec le poids du sujet selon la formule suivante :

$$\text{Force musculaire} = (\text{Valeurs force (N)}) = \frac{\text{Valeur mesurée (N)}}{\text{poids (kg)}} \times 100$$

La moyenne des différents essais était calculée pour chaque test (force musculaire, MFRT et sens positionnel), à chaque session (session 1 et session 2) et pour chaque évaluateur (évaluateur 1 et évaluateur 2). Les statistiques descriptives consistaient à calculer

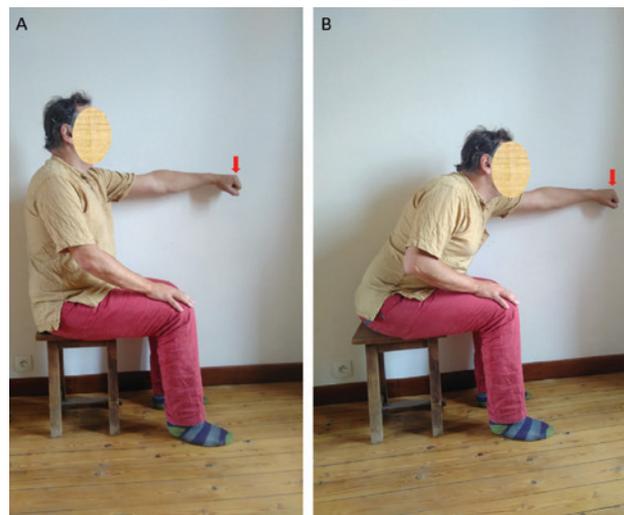


Figure 2. Description du Modified Functional Reach Test pour le déplacement antérieur.

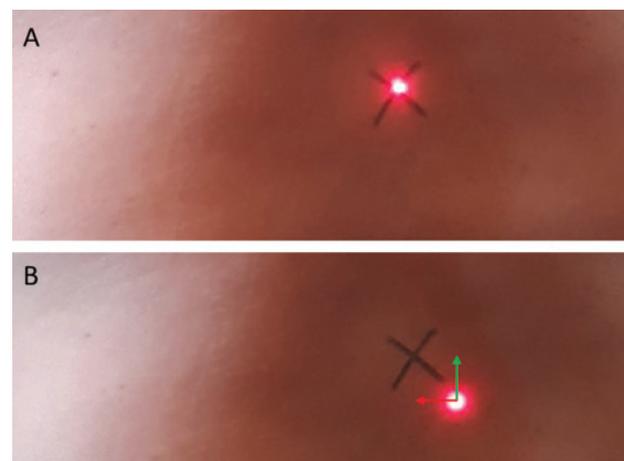


Figure 3. Test de sens positionnel. La figure A représente la position cible donnée par l'évaluateur. Dans cette position, la projection du laser correspond au centre de la croix marquée sur T12. La figure B représente la phase où le patient dit retrouver la position cible. Il y a une divergence entre la projection du laser et le centre de la croix. L'erreur positionnelle horizontale (en rouge) et verticale (en vert) est alors mesurée.

des moyennes et des écart-types pour les variables quantitatives et des fréquences pour les variables qualitatives.

Pour évaluer la fiabilité intra-évaluateur du MFRT et du test de sens positionnel, la concordance des données entre la session 1 et la session 2 était testée par le modèle ICC (3,k)[38]. La fiabilité inter-évaluateur était évaluée par la concordance des données entre l'évaluateur 1 et l'évaluateur 2 testée par le modèle ICC (2,k). Une valeur d'ICC inférieure à 0,40 était considérée comme mauvaise, entre 0,40 et 0,59 faible, entre 0,60 et 0,74 bonne et supérieure à 0,75 était excellente [39]. Pour chaque ICC, l'intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) a été calculé. Afin d'apprécier les erreurs en termes d'unités de mesure, si l'ICC était supérieur ou égal à 0,60, l'erreur standard de mesure (ESM – unité de mesure) était calculée selon cette formule :

À partir de l'ESM, le Changement Minimal Détectable (CMD) a été calculé selon la formule suivante : $\text{CMD} = \text{ESM} \times 1,96 \times \sqrt{2}$. Les statistiques ont été réalisées sur le logiciel SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, V.22.0, 2020).

Une analyse graphique de Bland et Altman a été réalisée pour évaluer l'erreur systématique. La limite d'accord à 95 %

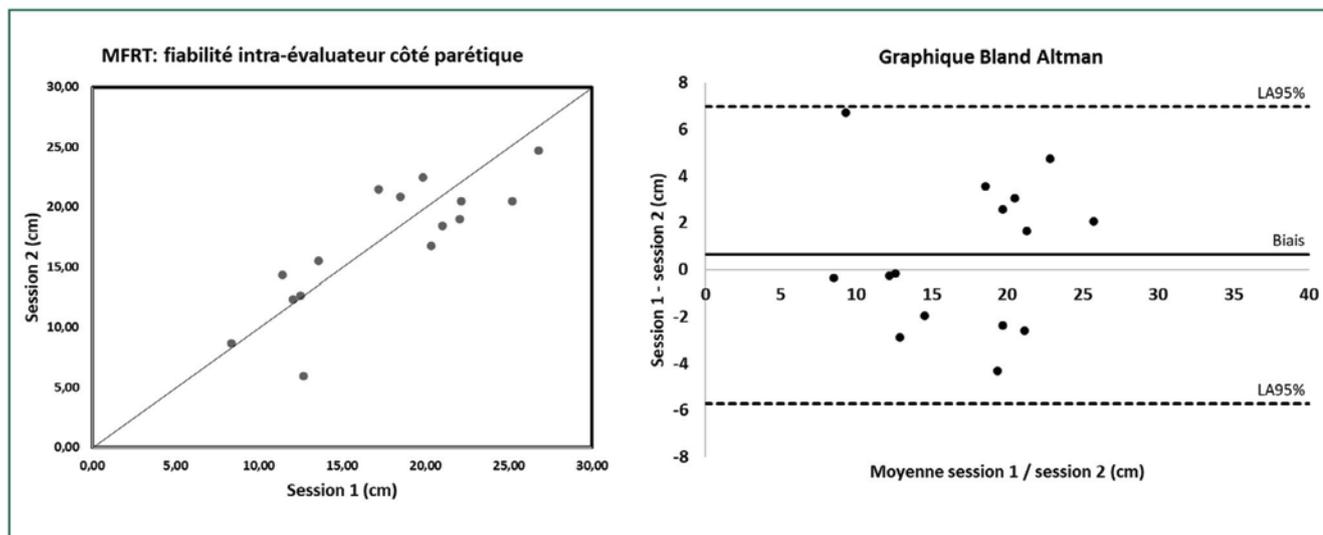


Figure 4. Fiabilité intra-évaluateur pour le *Modified Functional Reach* test lors l'inclinaison est réalisée du côté parétique. La droite correspond à l'équité parfaite théorique. Le graphique de droite représente l'analyse de Bland et Altman avec les limites d'agrément à 95 % (LA95 %) et le biais.

(LA95 %) représentait 2 écart-types au-dessus et en dessous de la moyenne des différences (biais) soit entre les sessions, soit entre les évaluateurs.

RÉSULTATS

Quinze sujets ont été inclus dans cette étude (âge : $60,9 \pm 9,5$ ans). Le groupe comprenait neuf hommes et six femmes ayant eu un AVC ischémique depuis moins de trois mois. L'hémi-parésie était du côté gauche pour 10 des 15 sujets. Les caractéristiques démographiques et les résultats aux tests cliniques sont décrits dans le Tableau I. Le BASS avait un score total moyen de $12,2 \pm 3,15$ sur 14 points. Les participants ont obtenu un sous-score statique de $3,8 \pm 0,3$ sur 4 points pour la position assise et $3,1 \pm 1,1$ sur 4 points pour la position debout. En dynamique, le score était de $2,9 \pm 0,4$ sur 3 points pour la position assise et de $2,2 \pm 1,1$ sur 3 points pour la position debout. Deux sujets n'ont pas pu réaliser le TUG car leur niveau moteur était trop faible.

Modified Functional Reach Test

La fiabilité inter-évaluateur était excellente pour l'évaluation du déplacement dans les directions antérieure (ICC = $0,81[0,51-0,93]$, ESM = 2,9 cm, CMD = 8,0 cm) et du côté parétique (ICC = $0,86[0,62-0,95]$, ESM = 2,2 cm, CMD = 6,0 cm, Tableau II). En revanche, la fiabilité était « bonne » lorsque la direction non parétique était testée.

Les résultats étaient plus variables pour la fiabilité intra-évaluateur. Ainsi, les ICC étaient excellents pour le déplacement antérieur (ICC = $0,75[0,30-0,92]$, ESM = 5,6 ; CMD = 15,4 cm, Tableau II) et pour le côté parétique (ICC = $0,91[0,73-0,97]$, ESM = 1,7 cm ; CMD = 4,6 cm, Fig. 4), alors que l'ICC était bon pour le déplacement du côté non parétique (Tableau II).

L'analyse de Bland Altman montrait une différence moyenne inférieure à 0,75 cm entre les évaluateurs et inférieure à 2,6 cm entre les sessions ainsi qu'une LA95 % inférieure entre 3,1 cm et 14,5 cm (Tableau IV).

Sens positionnel du rachis

La fiabilité inter-évaluateur était bonne pour la mesure de l'erreur verticale (ICC = $0,77[0,46-0,92]$, ESM = 0,4 cm ; CMD = 1,2 cm, Fig. 5), alors qu'elle était mauvaise pour l'erreur horizontale (Tableau III).

Lorsque la fiabilité intra-évaluateur était testée, l'ICC était faible pour l'erreur verticale et mauvais pour l'erreur horizontale (Tableau III).

Tableau I. Caractéristiques démographiques du groupe.

Variabiles	Résultats (n = 15)
Âge (années)	$60,9 \pm 9,5$
Taille (cm)	$171,8 \pm 8,9$
Poids (kg)	$73,5 \pm 14,6$
Genre (nombre)	9 hommes/6 femmes
Côté parétique (nombre)	5 droits/10 gauches
Mini Mental State Examination (score/30)	$25,9 \pm 2,4$
Balance assessment in sitting and standing position	$12,2 \pm 3,1/14$
Force du tronc côté parétique (%)	$29,7 \pm 10,2$
Force du tronc du côté non parétique (%)	$31,3 \pm 9,0$
Force antérieure du tronc (%)	$36,7 \pm 12,5$
Force postérieure du tronc (%)	$46,1 \pm 15,6$
Timed Up and Go test (s)	$22,0 \pm 19,2$

Les données sont représentées par les moyennes et les écart-types pour les données quantitatives et nombre de sujets pour les données qualitatives

L'analyse de Bland Altman montrait une différence moyenne inférieure à 0,1 cm entre les évaluateurs et inférieure à 0,4 cm entre les sessions (Tableau IV).

DISCUSSION

La proprioception est évaluée en pratique clinique par les tests de fonction proprioceptives (statesthésie, kine sthésie) et d'activité d'équilibre [11,40]. L'approche complémentaire des tests de fonction et d'activité liés à la proprioception est pertinente étant donné que les personnes après un AVC ont des atteintes variées et peu corrélées entre elles [41].

Pour le MFRT, les résultats ont confirmé notre hypothèse d'ICC > 0,70 pour toutes les directions de déplacement du tronc, excepté pour le côté non parétique entre la session 1 et 2.

L'erreur systématique était faible alors que la LA95 % était supérieure à 10 cm pour le déplacement antérieur. Pour le test

Tableau II. Fiabilité intra et inter-évaluateur pour le Modified Functional Reach test (cm).

Fiabilité inter-évaluateur					
Paramètres	EVA 1 (cm)	EVA 2 (cm)	ICC _(2,k) [IC95 %]	ESM (cm)	CMD (cm)
Antérieur	34,8 ± 9,1	34,6 ± 6,7	0,81 _[0,51-0,93]	2,9	8,0
Parétique	17,6 ± 5,5	17,6 ± 5,8	0,86 _[0,62-0,95]	2,2	6,0
Non parétique	18,0 ± 4,6	17,3 ± 5,1	0,70 _[0,31-0,89]	2,8	7,7
Fiabilité intra évaluateur					
Paramètres	Session 1 (cm)	Session 2 (cm)	ICC _(3,k) [IC95 %]	ESM (cm)	CMD (cm)
Antérieur	34,8 ± 9,1	32,2 ± 7,3	0,75 _[0,30-0,92]	5,6	15,4
Parétique	17,6 ± 5,5	16,9 ± 5,3	0,91 _[0,73-0,97]	1,7	4,6
Non parétique	18,0 ± 4,6	15,8 ± 4,9	0,64 _[0,02-0,87]	2,8	7,6

EVA : évaluateur ; ICC : indice de corrélation intra classes ; ESM : erreur standard de mesure ; CMD : Changement Minimal Détectable.

Tableau III. Fiabilité intra et inter évaluateur pour le sens positionnel du tronc.

Fiabilité inter évaluateur					
Paramètres	EVA 1 (cm)	EVA 2 (cm)	ICC _(2,k) [IC95 %]	ESM (cm)	CMD (cm)
Erreur verticale	1,1 ± 0,8	1,0 ± 0,9	0,77 _[0,46-0,92]	0,4	1,2
Erreur horizontale	0,8 ± 0,7	0,6 ± 1,1	0,08 _[0,47-0,57]	NA	NA
Fiabilité intra évaluateur					
Paramètres	Session 1 (cm)	Session 2 (cm)	ICC _(3,k) [IC95 %]	ESM (cm)	CMD (cm)
Erreur verticale	1,1 ± 0,9	0,8 ± 0,6	0,44 _[0,19-0,67]	NA	NA
Erreur horizontale	0,8 ± 0,7	0,4 ± 0,4	-0,03 _[0,43-0,63]	NA	NA

EVA : évaluateur ; ICC : indice de corrélation intra-classes ; ESM : erreur standard de mesure ; CMD : Changement Minimal Détectable ; NA : non applicable.

Tableau IV. Analyse de Bland et Altman.

		Évaluateur 1 vs. Évaluateur 2		Session 1 vs. Session 2		
		n = 15	Différence moyenne (biais)	LA95 %	Différence moyenne (biais)	LA95 %
MFRT	Antérieur (cm)		0,2	10,2	2,6	14,5
	Parétique (cm)		0,0	3,1	0,6	6,3
	Non parétique (cm)		0,7	3,8	2,2	9,5
Sens positionnel	Vertical (cm)		0,1	1,2	0,4	1,8
	Horizontal (cm)		0,1	2,5	0,3	0,8

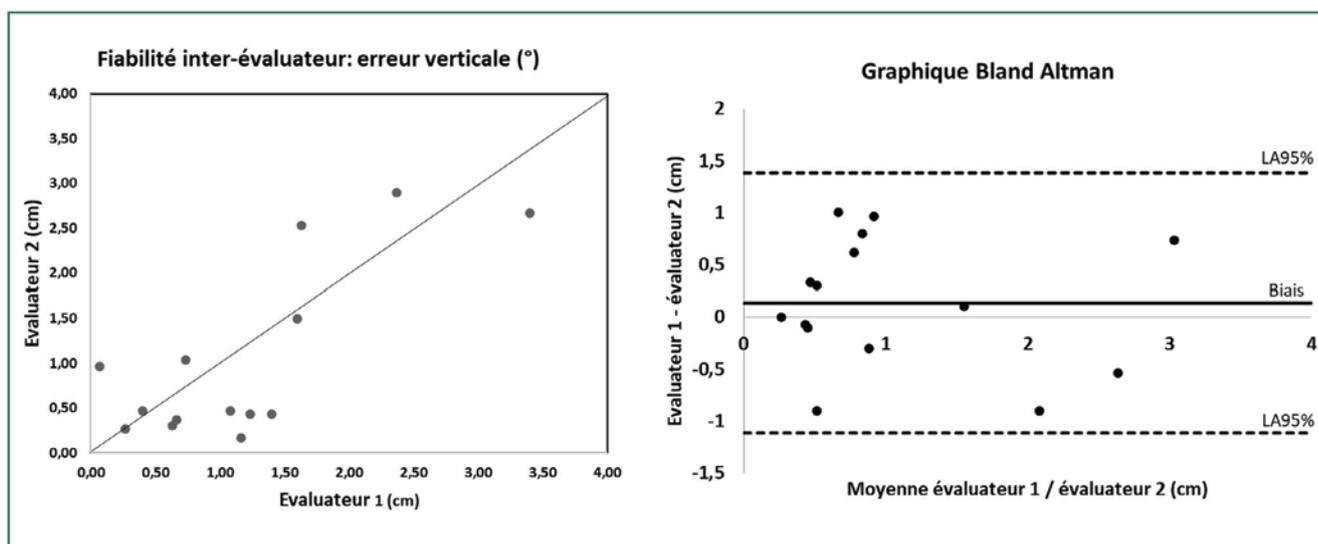


Figure 5. Fiabilité inter-évaluateur pour l'erreur verticale du test de sens positionnel. La droite correspond à l'équité parfaite théorique. Le graphique de droite représente l'analyse de Bland et Altman avec les limites d'agrément à 95 % (LA95 %) et le biais.

de sens positionnel du tronc, seule la fiabilité inter-évaluateur de l'erreur verticale est supérieure à 0,70. Ces résultats contrastés mettent en exergue toute l'importance d'évaluer les qualités psychométriques des tests dans le contexte de l'hémiplégie post-AVC avant de les utiliser en recherche et en pratique clinique.

Le MFRT a l'avantage de dissocier les capacités d'équilibre assis lors d'une auto-déstabilisation dans trois directions. Ce point est essentiel car, suite à un AVC, les personnes ont des asymétries importantes en position assise lors des déplacements des membres supérieurs selon que le mouvement est réalisé vers le côté parétique ou non parétique [42].

La fiabilité inter-évaluateur du MFRT était bonne à excellente et donc suffisante pour utiliser ce test en pratique clinique. Néanmoins, lorsque les participants réalisaient un mouvement vers l'avant ou vers le côté non parétique, les ICC étaient plus faibles et les IC 95 % étaient plus élevés que dans l'étude de Katz-Leurer et al. [31]. Cependant, cette étude menée sur 10 sujets présentant une hémiplégie post-AVC en phase subaiguë, a testé la concordance des résultats entre deux essais successifs pour une même session. De ce fait, l'écart temporel entre les essais 1 et 2 était inexistant ce qui limite le biais lié à la fatigue inhérente aux autres activités des sujets sur une journée. Lors de l'évaluation intra-évaluateur, le choix de l'intervalle de temps entre deux sessions doit être suffisamment long pour éviter le biais de mémorisation pour l'évaluateur et suffisamment court pour que la situation clinique des participants soit stable. La durée appropriée entre deux tests pour la fiabilité intra-évaluateur est de 1 jour maximum en phase d'AVC subaiguë [43] et de 7 jours en phase chronique [44]. L'intervalle choisi était de 2 à 4h ce qui garantissait une stabilité du participant tout en permettant un repos entre les sessions. Les meilleurs résultats observés pour la fiabilité inter-évaluateur ainsi que lors d'un «test-retest» [31] par rapport à la fiabilité intra-évaluateur observée dans notre étude suggèrent que le MFRT serait particulièrement sensible au moment de réalisation des tests. Lorsque deux sessions sont séparées sur une même journée, il n'est pas possible d'exclure une fatigue induite par d'autres activités (malgré les consignes de repos) et par la durée des tests de l'étude (1h20). D'un point de vue clinique, le respect du même horaire entre deux sessions de tests pourrait donc favoriser une meilleure fiabilité intra-évaluateur.

Les résultats du test de sens positionnel du rachis sont plus contrastés. Alors que Enoch et al. [23] ont observé une excellente fiabilité inter-évaluateur chez des sujets sains et lombalgiques, Petersen et al. [24] ont observé une fiabilité «test-retest» plus faible pour des sujets asymptomatiques. C'est pour cette raison que nous avons choisi la méthode d'Enoch et al. utilisant un test au laser qui semblait plus fiable [23]. En cas d'AVC, nous avons observé que seule la fiabilité inter-évaluateur de l'erreur verticale était supérieure à 0,70 et donc utilisable en pratique clinique. Lors des tests, l'erreur horizontale a également été relevée, alors que ce n'est habituellement pas le cas [5,22]. Learman et al. ont proposé la dissociation de l'erreur positionnelle du tronc selon les directions car ils avaient observé que l'erreur horizontale était corrélée à la Berg Balance Scale et à la Postural Assessment Scale for Stroke, ce qui n'était le cas pour l'erreur verticale [21]. Étant donné l'asymétrie générée par l'hémiplégie et ces différences, la dissociation de l'erreur selon les directions pouvait donc s'avérer pertinente. Mais, la fiabilité étant trop faible, l'évaluation de l'erreur positionnelle horizontale semble ne pas pouvoir être utilisée pour la pratique clinique.

Lors de la réalisation de la méthode au laser, l'évaluation de l'erreur positionnelle est centrée sur un seul point de repère au niveau du rachis. Alors que cette technique est fiable pour des sujets sains [23], elle ne semble pas assez précise pour des personnes ayant une hémiplégie post-AVC. D'autres moyens ont été utilisés dans ce contexte, tels qu'un système tridimensionnel ou électromagnétique d'analyse du mouvement [4,21,45] ou encore les inclinomètres digitaux [5,22]. Cependant, la fiabilité de ces outils n'a pas été évaluée dans le cas de l'AVC et ils

sont moins facilement accessibles en pratique clinique (coût et extraction des données).

Chez les sujets sains, l'erreur positionnelle dépend d'une part de l'âge des sujets et d'autre part de la méthode du test

[46]. Ainsi, pour l'évaluation des membres supérieurs, l'erreur positionnelle est moins importante lorsque c'est le membre ipsilatéral qui est repositionné que lorsque la consigne a été donnée pour le membre controlatéral. Pour le tronc, une seule méthode est possible : la position cible est maintenue pendant 5 s, puis le patient réalise les mouvements avant de se repositionner dans la position cible, ce qui correspond à la méthode ipsilatérale. Cette procédure fait donc appel à la proprioception, mais, également à la concentration et à la mémoire [46]. De ce fait, les troubles cognitifs présents en cas d'hémiplégie post-AVC peuvent constituer une limite à la bonne réalisation du test et expliquer les plus faibles fiabilités que pour des sujets sains [23]. Les études utilisant le test de sens positionnel du tronc pour des personnes ayant une hémiplégie n'ont pas précisé l'état cognitif des sujets

[4,5,21,22]. Or, selon Gobble et al. [46], les cliniciens doivent être prudents lorsque la correspondance ipsilatérale est utilisée pour évaluer l'acuité proprioceptive des individus qui sont susceptibles d'avoir des troubles de la mémoire. En effet, dans ce cas, une partie de l'erreur positionnelle mesurée pourrait refléter les déficits cognitifs ou de mémoire.

Le choix de l'utilisation d'un test en pratique clinique dans le domaine de l'AVC doit être guidé par quatre éléments essentiels : l'objectif de la mesure, les capacités du patient, les qualités psychométriques et la faisabilité du test [6].

Pour le MFRT et le test de sens positionnel, la faisabilité est bonne car la durée est courte, le coût est faible, l'entraînement des évaluateurs est facile et l'équipement est simple. Cependant, ces tests ne sont applicables que pour des patients ayant une atteinte cognitive faible et suffisamment de stabilité en position assise. De plus, les résultats montrent que le MFRT présente des qualités de fiabilité suffisantes pour réaliser le test, mais, qu'elles sont insuffisantes pour le test de sens positionnel du tronc. Étant donné le lien entre les fonctions proprioceptives et les activités d'équilibre assis et debout [4], il est nécessaire que de futures études explorent d'autres tests de statesthésie du tronc.

Les limites de cette étude étaient liées au recrutement, aux déficits cognitivo-moteurs des sujets et à la méthodologie « en aveugle ». Les atteintes importantes aux niveaux moteurs et/ou cognitif des patients hospitalisés limitaient le nombre de sujets répondant aux critères d'inclusion et pouvant intégrer l'étude. De ce fait, la taille de l'effectif est réduite et les résultats doivent être considérés avec prudence. Nous avons volontairement choisi la phase subaiguë car les enjeux de récupération sont maximaux à cette période-là [2,33]. Étant donné le lien potentiel entre les déficits proprioceptifs et d'équilibre du tronc avec les capacités motrices [4], l'évaluation en phase subaiguë est indispensable pour mettre en place précocement une rééducation du tronc adaptée [1]. De plus, nous souhaitons développer une étude avec une applicabilité forte en centre de rééducation et nous avons donc ciblé la population habituellement rééduquée. Toutefois, pour réaliser ces tests dans de bonnes conditions, les prérequis de maintien autonome de la position assise pendant 30 s et de MMSE > 22 devaient être respectés d'une part pour la faisabilité motrice du test et d'autre part pour la compréhension de consignes [31]. De ce fait, les participants avaient des atteintes modérées et les résultats ne peuvent pas être transposés aux patients ayant des atteintes plus sévères. Malgré les critères d'éligibilité strictes, certains sujets ont eu des difficultés à réaliser les tests, principalement par la fatigue. Enfin, l'approche méthodologique « en aveugle » a été respectée entre les évaluateurs, mais pas pour la fiabilité intra-évaluateur alors que c'est un critère qui doit normalement être respecté selon les critères COSMIN. Toutefois, pour respecter les conditions cliniques des tests et l'applicabilité,

il est difficilement envisageable qu'une tierce personne relève les mesures.

CONCLUSION - PERSPECTIVES

Cette étude a pour originalité d'avoir centré les évaluations sur l'activité d'équilibre assis et sur la fonction proprioceptive du tronc pour des patients après un AVC, dans un contexte où ces capacités semblent fortement liées à la motricité fonctionnelle et à la récupération. Les résultats ont montré que le MFRT peut être utilisé en pratique clinique pour évaluer les capacités de contrôle du tronc en dynamique. Ce test a l'avantage de dissocier la capacité de contrôle du tronc lors d'un déplacement vers la côté parétique et non parétique ainsi que vers l'avant. Le test de sens positionnel du rachis présente une fiabilité acceptable pour la pratique clinique lorsque le test est réalisé entre deux évaluateurs pour tester l'erreur positionnelle verticale. En revanche, la fiabilité inter-évaluateur de l'erreur horizontale et la fiabilité intra-évaluateur semblent insuffisantes pour utiliser cette mesure. Les résultats sont transposables uniquement à des patients présentant des atteintes modérées en phase subaiguë et devront être confirmés à l'avenir par une étude incluant un plus grand nombre de participants. Ce travail constitue une base pour développer des tests proprioceptifs du tronc de qualité qui pourront ensuite être intégrés dans la recherche et la pratique clinique afin de développer une stratégie thérapeutique du tronc mieux adaptée après un AVC.

Éthique

Cette étude a obtenu l'accord de la commission cantonale d'éthique de la recherche (CCER Genève – 2018-02026).

Source de financement

Cette étude a été financée par le fonds de recherche interne du domaine santé de la HES-SO (projet 02-A18).

Déclaration de liens d'intérêts

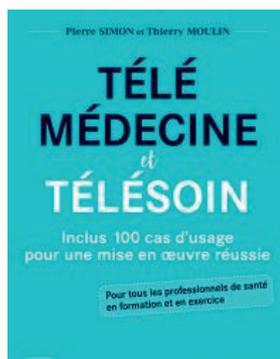
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Van Criekinge T, Saeys W, Halleman A, Velghe S, Viskens P-J, Vereeck L, et al. Trunk biomechanics during hemiplegic gait after stroke: a systematic review. *Gait Posture* 2017;54:133–43. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2017.03.004>.
- [2] Kong KH, Ratha Krishnan R. Truncal impairment after stroke: clinical correlates, outcome and impact on ambulatory and functional outcomes after rehabilitation. *Singapore Med J* 2019;2:1-14. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019153>.
- [3] Quintino LF, Franco J, Gusmão AFM, Silva PFDS, Faria CDCDM. Trunk flexion and extensor muscle performance in chronic stroke patients: a case-control study. *Braz J Phys Ther* 2018;22:231–7. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.12.002>.
- [4] Ryerson S, Byl NN, Brown DA, Wong RA, Hidler JM. Altered trunk position sense and its relation to balance functions in people post-stroke. *J Neurol Phys Ther* 2008;32:14–20. <https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e3181660f0c>.
- [5] Jung K, Kim Y, Chung Y, Hwang S. Weight-shift training improves trunk control, proprioception, and balance in patients with chronic hemiparetic stroke. *Tohoku J Exp Med* 2014;232:195–9.
- [6] Potter K, Fulk GD, Salem Y, Sullivan J. Outcome measures in neurological physical therapy practice: part I. Making sound decisions. *J Neurol Phys Ther* 2011;35:57–64. <https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e318219a51a>.
- [7] Bruyneel AV. Tests cliniques d'évaluation de l'équilibre assis et des tâches de transfert pour les patients atteints d'une hémiparésie secondaire à un accident vasculaire cérébral : revue de littérature. 2017;17(191):14-23. n.d. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.08.021>.
- [8] Sorrentino G, Sale P, Solaro C, Rabini A, Cerri CG, Ferriero G. Clinical measurement tools to assess trunk performance after stroke: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:772–84. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05178-X>.
- [9] Verheyden G, Nieuwboer A, Van de Winckel A, De Weerd W. Clinical tools to measure trunk performance after stroke: a systematic review of the literature. *Clin Rehabil* 2007;21:387–94. <https://doi.org/10.1177/0269215507074055>.
- [10] Perlmutter S, Lin F, Makhosou M. Quantitative analysis of static sitting posture in chronic stroke. *Gait Posture* 2010;32:53–6. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2010.03.005>.
- [11] Han J, Waddington G, Adams R, Anson J, Liu Y. Assessing proprioception: a critical review of methods. *J Sport Health Sci* 2016;5:80–90. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2014.10.004>.
- [12] Yang J-M, Kim S-Y. Correlation of knee proprioception with muscle strength and spasticity in stroke patients. *J Phys Ther Sci* 2015;27:2705–8. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2705>.
- [13] Son SM, Kwon YH, Lee NK, Nam SH, Kim K. Deficits of movement accuracy and proprioceptive sense in the ipsi-lesional upper limb of patients with hemiparetic stroke. *J Phys Ther Sci* 2013;25:567–9. <https://doi.org/10.1589/jpts.25.567>.
- [14] Niessen MH, Veeger DH, Koppe PA, Konijnenbelt MH, van Dieën J, Janssen TW. Proprioception of the shoulder after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:333–8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.08.157>.
- [15] Lin S-I, Hsu L-J, Wang H-C. Effects of ankle proprioceptive interference on locomotion after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:1027–33. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.01.019>.
- [16] Yalcin E, Akyuz M, Onder B, Kurtaran A, Buyukvural S, Ozbudak Demir S. Position sense of the hemiparetic and non-hemiparetic ankle after stroke: is the non-hemiparetic ankle also affected? *Eur Neurol* 2012;68:294–9. <https://doi.org/10.1159/000342025>.
- [17] Niessen MH, Veeger DH, Meskers CG, Koppe PA, Konijnenbelt MH, Janssen TW. Relationship among shoulder proprioception, kinematics, and pain after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90:1557–64. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.04.004>.
- [18] Santos GLD, Souza MB, Desloovere K, Russo TL. Elastic tape improved shoulder joint position sense in chronic hemiparetic subjects: a randomized sham-controlled crossover study. *PLoS ONE* 2017;12:e0170368. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170368>.
- [19] Afzal MR, Byun H-Y, Oh M-K, Yoon J. Effects of kinesthetic haptic feedback on standing stability of young healthy subjects and stroke patients. *J Neuroeng Rehabil* 2015;12. <https://doi.org/10.1186/s12984-015-0020-x>.
- [20] Yousif N, Cole J, Rothwell J, Diedrichsen J. Proprioception in motor learning: lessons from a deafferented subject. *Exp Brain Res* 2015;233:2449–59. <https://doi.org/10.1007/s00221-015-4315-8>.
- [21] Learman KE, Benedict JA, Ellis AR, Neal AR, Wright JA, Land-graff NC. An exploration of trunk reposition error in subjects with acute stroke: an observational design. *Top Stroke Rehabil* 2016;23:200–7. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1138671>.
- [22] Oh D-S, Choi J-D. The effect of motor imagery training for trunk movements on trunk muscle control and proprioception

- in stroke patients. *J Phys Ther Sci* 2017;29:1224–8. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.1224>.
- [23] Enoch F, Kjaer P, Elkjaer A, Remvig L, Juul-Kristensen B. Inter-examiner reproducibility of tests for lumbar motor control. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:114. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-114>.
- [24] Petersen CM, Zimmermann CL, Cope S, Bulow ME, Ewers-Panveno E. A new measurement method for spine reposition sense. *J Neuroeng Rehabil* 2008;5:9. <https://doi.org/10.1186/1743-0003-5-9>.
- [25] Tasseel-Ponche S, Yelnik AP, Bonan IV. Motor strategies of postural control after hemispheric stroke. *Neurophysiol Clin* 2015;45:327–33. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2015.09.003>.
- [26] van Nes IJW, Nienhuis B, Latour H, Geurts ACH. Posturographic assessment of sitting balance recovery in the subacute phase of stroke. *Gait Posture* 2008;28:507–12. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2008.03.004>.
- [27] Genthon N, Vuillerme N, Monnet JP, Petit C, Rougier P. Bio-mechanical assessment of the sitting posture maintenance in patients with stroke. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2007;22:1024–9. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2007.07.011>.
- [28] Morishita M, Amimoto K, Matsuda T, Arai Y, Yamada R, Baba T. Analysis of dynamic sitting balance on the independence of gait in hemiparetic patients. *Gait Posture* 2009;29:530–4. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2008.12.005>.
- [29] Moon S-J, Kim T-H. Effect of three-dimensional spine stabilization exercise on trunk muscle strength and gait ability in chronic stroke patients: a randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation* 2017;41:151–9. <https://doi.org/10.3233/NRE-171467>.
- [30] Lee B-K. Influence of the proprioceptive neuromuscular facilitation exercise programs on idiopathic scoliosis patient in the early 20s in terms of curves and balancing abilities: single case study. *J Exerc Rehabil* 2016;12:567–74. <https://doi.org/10.12965/jer.1632796.398>.
- [31] Katz-Leurer M, Fisher I, Neeb M, Schwartz I, Carmeli E. Reliability and validity of the modified functional reach test at the sub-acute stage post-stroke. *Disabil Rehabil* 2009;31:243–8. <https://doi.org/10.1080/09638280801927830>.
- [32] Henrica C. W. de Vet, Terwee C., Mokkink L. B., Knol D. L. *Mesurement in clinical medicine: a practical guide*. Cambridge university press; 2011.
- [33] Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: the stroke recovery and rehabilitation roundtable taskforce. *Neurorehabil Neural Repair* 2017;31:793–9. <https://doi.org/10.1177/1545968317732668>.
- [34] Huang C-Y, Song C-Y, Chen K-L, Chen Y-M, Lu W-S, Hsueh I-P, et al. Validation and establishment of an interval-level measure of the balance assessment in sitting and standing positions in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2016;97:938–46. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.01.014>.
- [35] Karthikbabu S, Chakrapani M. Hand-held dynamometer is a reliable tool to measure trunk muscle strength in chronic stroke. *J Clin Diagn Res* 2017;11:YC09–YC12. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/28105.10672>.
- [36] Aguiar LT, Martins JC, Lara EM, Albuquerque JA, Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM. Dynamometry for the measurement of grip, pinch, and trunk muscles strength in subjects with subacute stroke: reliability and different number of trials. *Braz J Phys Ther* 2016;20:395–404. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0173>.
- [37] Chan PP, Si Tou JI, Tse MM, Ng SS. Reliability and validity of the timed up and go test with a motor task in people with chronic stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2017;98(11):2213–2220. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.03.008>.
- [38] Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med* 2016;15:155–63. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>.
- [39] Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess* 1994;6:284–90. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>.
- [40] [26-011-D-10] - Doi : 10.1016/S1283-0887(16)73532-8.
- [41] Kenzie JM, Semrau JA, Hill MD, Scott SH, Dukelow SP. A compos-ite robotic-based measure of upper limb proprioception. *J Neuroeng Rehabil* 2017;14:114. <https://doi.org/10.1186/s12984-017-0329-8>.
- [42] Messier S, Bourbonnais D, Desrosiers J, Roy Y. Weight-bearing on the lower limbs in a sitting position during bilateral movement of the upper limbs in post-stroke hemiparetic subjects. *J Rehabil Med* 2005;37:242–6. <https://doi.org/10.1080/16501970510026007>.
- [43] Gray VL, Ivanova TD, Garland SJ. Reliability of center of pressure measures within and between sessions in individuals post-stroke and healthy controls. *Gait Posture* 2014;40:198–203. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2014.03.191>.
- [44] Gasq D, Labrunée M, Amarantini D, Dupui P, Montoya R, Marque P. Between-day reliability of centre of pressure measures for balance assessment in hemiplegic stroke patients. *J Neuroeng Rehabil* 2014;11:39. <https://doi.org/10.1186/1743-0003-11-39>.
- [45] Liao C-F, Liaw L-J, Wang R-Y, Su F-C, Hsu A-T. Electromyography of symmetrical trunk movements and trunk position sense in chronic stroke patients. *J Phys Ther Sci* 2015;27:2675–81. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2675>.
- [46] Goble DJ. Proprioceptive acuity assessment via joint position matching: from basic science to general practice. *Phys Ther* 2010;90:1176–84. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090399>.

Par Pascal Turbil



LES SOINS À DISTANCE

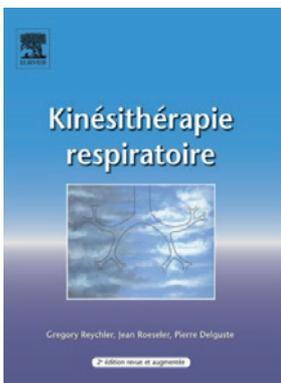
De nombreux professionnels de santé n'étaient pas préparés à pratiquer la médecine et les soins à distance pour accompagner les patients Covid, positifs ou non, dans le respect du confinement. Cet ouvrage propose à qui souhaite pallier ces lacunes d'intégrer d'emblée les bonnes pratiques du télésoin et de la télé médecine quel que soit le mode d'exercice. Ces nouvelles pratiques doivent être soutenues par des connaissances

et des recommandations sur les nombreux cas d'usage de la télésanté c'est pourquoi, en s'appuyant sur l'expérience de la crise sanitaire récente, Télé médecine et Télésoin expose en trois parties toutes les données à connaître ainsi que les principaux cas d'usage de la télésanté dans chaque spécialité médicale :

- Introduction à l'ensemble des pratiques conformes au Code de la santé publique et au Code de la sécurité sociale : téléconsultation, télésurveillance, téléexpertise, télésoin pharmaceutique, etc.
- Présentation des services de l'e-santé : DMP, logiciels, robots en santé, etc.
- Une variété de cas d'usage pour refléter toutes les situations.

Il intègre également les conclusions du Ségur de la santé et aborde tous les domaines médicaux impactés par ces nouvelles pratiques : soins primaires, spécialités médicales et chirurgicales, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc. Cet ouvrage présente la doctrine de la Télésanté en 2021. Il peut être le compagnon des enseignants et des étudiants en santé au cours du cursus universitaire qui intègre désormais l'enseignement du numérique en santé.

Télé médecine et télésoin, par Pierre Simon et Thierry Moulin ; éditions Elsevier Masson ; 22 €



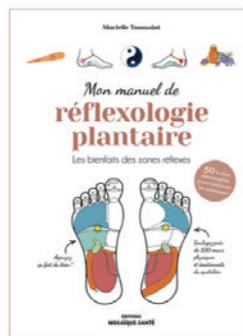
UNE RÉFÉRENCE ANATOMIQUE

Afin de traduire ces observations en appréhendant le corps dans son ensemble, Jacky Gauthier propose une introduction sur les fascias, des images présentant le muscle de façon analytique et dans son environnement, ainsi que des analyses réalisées pendant la dissection. Très illustré et présenté sous forme de fiches pour une compréhension plus aisée, cet ouvrage rigoureux offre toutes les informations en lien avec les muscles, le squelette et les

articulations pour comprendre le mouvement et le fonctionnement du corps humain. Il est certainement le support de vulgarisation le plus complet dans ce domaine grâce au nombre de muscles détaillés.

Ouvrage de référence sur l'anatomie et la physiologie, il s'adresse aux étudiants dans les domaines du sport (diplômes d'éducateurs, STAPS) et de la santé (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers, chiropracteurs, ostéopathes), ainsi qu'aux sportifs désireux de connaître le fonctionnement de leur corps et la myologie.

L'indispensable de l'anatomie, par Jacky Gauthier ; éditions Amphora ; 44,95 €



LA SANTÉ, C'EST LE PIED !

Sur et sous nos pieds, orteils compris, se reflète chacun de nos organes. Basée sur les principes de l'énergétique chinoise, la réflexologie plantaire agit sur les méridiens et sur la circulation d'énergie dans l'organisme par le massage de ces zones réflexes. De la déprime à l'angine, en passant par l'anxiété et l'acné, les petits maux physiques et émotionnels du quotidien peuvent rapidement être soulagés grâce à cette technique ancestrale

facile à appliquer. Ce manuel pratique accessible à tous permet ainsi de traiter efficacement près de 100 affections courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Pour chaque pathologie, vous trouverez la liste des zones réflexes à travailler, leurs actions et le type de massage à réaliser (doux, tonique, lent, profond, etc.). Plus de 150 schémas en couleur vous aident également à repérer facilement les zones à masser. Chaque trouble est aussi abordé sous l'angle des cinq éléments de la tradition chinoise, de leur relation à chaque organe et de leurs affinités avec les huiles essentielles, que l'on peut associer pour renforcer l'effet des massages réflexes. L'auteur, Murielle Toussaint, est journaliste spécialisée dans le domaine de la santé et naturopathe. Elle est l'auteure de nombreux ouvrages aux éditions Mosaïque-Santé, notamment Mon cahier de lithothérapie, Mon cahier de lithothérapie pour soigner les enfants, Mon cahier de lithothérapie locale, Les points qui guérissent et Mon cahier de réflexologie plantaire.

Mon Manuel de réflexologie plantaire, par Murielle Toussaint ; éditions Mosaïque-Santé ; 15,90 €

LE CORPS ET CE QU'IL FAUT EN SAVOIR



En parfaite conformité avec le programme de DFASM (diplôme de formation approfondie en sciences médicales) s'inscrivant dans la R2C 2021 cet ouvrage rassemble l'ensemble des connaissances indispensables à acquérir en médecine physique et de réadaptation. Il présente dans le détail les items du programme relevant de cette spécialité et comporte deux parties :

- une partie Connaissances divisée en 2 sous-parties : la première sous-partie rassemble les connaissances de base et la seconde développe tous les items spécifiques de médecine physique et de réadaptation. Chaque chapitre commence par les situations de départ un tableau de hiérarchisation des connaissances en rangs A et B puis développe la thématique avec l'indication des rangs au fil du texte (les rangs C sont abordés) étayée de points clés tableaux et figures de rubriques sur les notions à retenir et d'un accès aux textes des recommandations et sites internet par flashcodes ;
- une partie Entraînement qui propose des cas cliniques et des questions isolées corrigés et commentés avec indication des rangs offrant un outil performant d'autoévaluation.

Cette 7^e réédition encore plus didactique est une remise à jour complète de l'ensemble des données. En phase avec les pratiques et recommandations les plus récentes elle s'enrichit également de nouvelles illustrations et propose un accès à des vidéos ainsi qu'à une banque d'images en ligne. Accédez à la banque d'images de cet ouvrage : l'ensemble des illustrations y sont regroupées et accessibles facilement via un moteur de recherche. Et retrouvez d'autres fonctionnalités.

Médecine physique et de réadaptation, par Cofemer ; éditions Elsevier Masson ; 33 €

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**.



 **FERROXX®**

Contactez votre revendeur de confiance

info@ferrox.it • +39 (0)4 38 77 70 99

www.ferrox.it



Réeduca

13-15 OCTOBRE 2022

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES - PAV 5.2 & 5.3



LA RÉÉDUCATION
en
mouvement

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



salonreduca.com