KINÉ FLASH PARIS

LE JOURNAL DE TOUS LES PHYSIOTHÉRAPEUTES

numéro 26 - avril 2009

L'Evidence-Based Practice... ...contre les kinés de Molière



Molière se gaussait de l'empirisme et du peu d'efficacité des médecins de son époque. Se moquerait-il aujourd'hui des kinésithérapeutes si nous faisons la sourde oreille à la preuve scientifique qui frappe chaque jour plus fort à notre porte ? Qu'est-ce au juste que cette *Evidence-Based Practice* ? Quels bienfaits peut-on en espérer ? Quels dangers sont à craindre ?

Lire page 4

Miroir ô mon beau miroir, dis-moi si je suis la plus méchante.



Quelle directice de CPAM se pose la question chaque matin?

Lire page 15 |

Quand le hors la loi devient LOI



L'usage précède toujours la Loi. La kinésithérapie n'y échappe pas.

Lire page 16





Profession libérale : ce concept n'est-t-il plus de mise ?

Madame le Ministre, nous sommes fiers de nos traditions, si vous voulez nous enchaîner, nous ne sommes pas bagnards, nous nous déchaînerons ; qui sème le vent récolte la tempête.

Le projet de Loi portant réforme de l'Hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, est amendé de toutes parts, que ce soit par les salariés des Hôpitaux, ou par le Centre National des Professions de Santé avec dix neuf propositions, seules les représentations minoritaires vous cautionnent.

Notre espoir réside sur l'un des fondements de la République, à savoir, la sagesse de l'Assemblée des Sages qu'est le Sénat.

Sur le pont, par tous les vents nous resterons vigilants.

Pari tenu, pour faire valoir nos droits nous sommes prêts, pour faire valoir notre savoir nous devrons nous évaluer, exiger toujours plus pour notre formation, et prouver la valeur de nos acquis.

La loi nous oblige, nous sommes décidés, nous mettrons en œuvre les moyens soyezen bien assurée.

Il doit y avoir des problèmes quel que part, ne pensez-vous pas ?

Une solution, acceptez de négocier avec les représentants élus des professionnels.

Bernard Codet

Faites-nous partager vos bonnes adresses, curiosités, clins d'œil, etc kfp@smkrp.org



Sommaire

Page 3: Fric frac

Page 4 : Les kinés de Molière et l'EBP

Page 10: Dialogue socratique sur l'EBM

Page 13: Évaluation des pratiques professionnelles

Page 14: Science et patience

Page 15: Avoir du cœur...

Page 16: Quand le hors la loi devient LOI

Page 17: DEP pour les poilus

Page 18: En bref

Page 19: Revue de presse

Page 22: Les immortelles d'Audiard

Page 23 : Espace détente

Directeur de la publication : **Bernard Codet**

Rédacteur en chef : **Philippe Cochard**

Comité de rédaction:

Jean-Louis Besse, Claude Cabin, Éric Charuel, Jacques Duboin, Jean-Pierre Lemaître, Dinah Mimoun, Fanny Rusticoni, Michel Rusticoni, Ludwig Serre.

Contact : **kfp@smkrp.org**

Graphisme et mise en page :

Claude Cabin

Crédits photos : Jaques Rannaud, Claude Cabin, snap2objects, Daniel Jarr , Guilherme Silva, Sergio Roberto, John Hughes, Regards de Bretagne ,www.photo-libre.fr.



Fric frac

La bonne morale a encore frappé.

Grâce à son éternelle actualité, elle nous libère, toutes époques confondues, des espaces de réflexion dans nos cerveaux accablés par la crise, par la misère, par la jalousie, avec cet impérissable double avantage de nous placer toujours du bon côté des gentils, et de nous montrer du doigt les vilains, vilains, les méchants, méchants, les exploiteurs, exploiteurs et les vilains méchants exploiteurs qui de surcroît se sont goinfrés d'abominables gains, et qui ont en plus poussé l'indélicatesse jusqu'à dépasser la frontière de la rémunération socialement admissible.



Ouf, je crois que je ne finirai jamais cette phrase, politiquement très incorrecte.

D'abord il y a eu, les vilains méchants profiteurs de banquiers aux stocks options, aux millions de milliards, de milliards de millions, à tel point qu'euxmêmes n'avaient pas prévu de laisser assez de place sur les chèques pour y écrire tous ces zéros.

Puis, le samedi 28 mars 2009, vers neuf heures et quart du matin sur France 2, dans une interview de Pape Diouf, Président de l'Olympique de Marseille (équipe de football bien connue), dans son émission Thé ou Café, Catherine Ceylac posa cette question imparable: « Ne pensez-vous pas que les salaires de certains footballeurs soient....indécents?».

Banquiers et footballeurs, bon d'accord, mais qui d'autre...

Tout à coup, je pense au salaire d'un directeur de CPAM, (tiens je me demande bien pourquoi), avec ses primes de ceci, ses surprimes de cela, et qui ont sans doute toutes augmenté depuis 10 ans, dates du dernier blocage de notre lettre-clé.

Ce salaire, est-il socialement admissible?

Ne devrait-il pas renoncer à ses primes puisque son entreprise est toujours en « déficit »?

À moins qu'il ne pousse à la faillite les cabinets libéraux, qui selon lui sont responsables des dépenses de santé et non les malades qui s'y soignent, de manière à diminuer l'offre de soins et ainsi produire des bilans bénéficiaires.

C'est sûr qu'avec des mentalités pareilles, le troupeau des boucs émissaires va bientôt dépasser celui des

Dommage que dans ce mariage de raison qui nous unit avec la Sécu depuis les années 60, qui à l'époque de la signature de notre première convention avait été bien contente de trouver des professionnels de santé pour assurer les soins de ses assujettis, car n'oublions jamais que la valeur sociale est pour celui qui fait l'acte, et non pour celui qui le rembourse, nous fait vivre depuis 50 ans sous ce précepte du mariage conventionnel :

« Effeuillons d'abord la marguerite, et ensuite, plumons le pigeon ».

Michel Rusticoni



L'Evidence-Based Practice ...

... contre les kinés de Molière

Sommes-nous les kinés de Molière ? Notre manque de savoir scientifique nous vaudraitil d'être brocardé par le grand dramaturge ? Notre statut de professionnel de santé risque-til d'être remis en cause devant notre incapacité à prouver le service rendu de nos techniques? Notre pratique est-elle à ce point empreinte d'empirisme qu'il nous faille nous plonger à corps perdu dans le bain scientiste? Notre salut pourrait alors nous être apporté par l'Evidence-Based Practice (EBP). À l'instar de la médecine qui cède, chaque jour un peu plus, aux chants des sirènes des *Preuves*, la physiothérapie est en passe de s'approprier, elle aussi, cette méthode qui prétend révolutionner notre exercice. Mais qu'est-ce exactement que l'Evidence-Based Practice ? Est-ce un simple

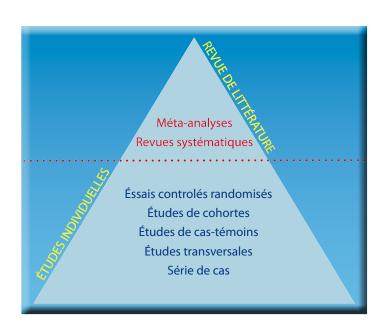


outil ou un nouveau paradigme? S'agit-il d'un dogme chimérique ou le procédé infaillible qui nous mènera vers la connaissance et la reconnaissance? Enfin, cette doctrine est-elle exempte de tout danger?

Evidence-Based Practice: qu'est-ce que c'est?

Il s'agit de la transposition de *l'Evidence-Based Medicine (EBM)*, qui se définit comme « *l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* »¹. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, dont les chefs de file sont les essais contrôlés randomisés en double aveugle et les méta-analyses. Viennent au second rang les études transversales ou de suivi, jugées bien construites.

Hiérarchie des études en fonction du niveau de preuve



Cette méthode a été inventée au Canada, à la Faculté de médecine Mc Master, dans les années 1980. Elle n'était au départ qu'un procédé d'enseignement de la médecine, centré sur l'apprentissage par problème. Plaçant l'étudiant au cœur même de son apprentissage, elle concurrence efficacement l'enseignement magistral et laisse une place plus importante à l'évaluation formative qu'à l'évaluation sommative (évaluation sanction).

C'est dans les années 90 que la méthode se répand dans la pratique médicale.

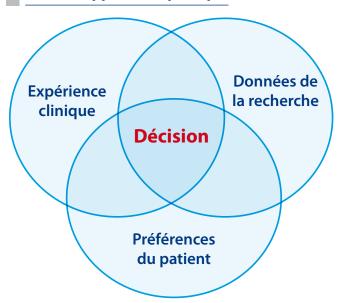
L'EBM apporte une solution aux praticiens, confrontés à l'explosion du nombre de publications, en favorisant à la fois la création de banques de données informatisées accessibles par Internet et une grille d'évaluation de la pertinence des études publiées.

L'utilisation de l'Evidence-Based Practice s'inscrit dans un process à quatre étapes :

- 1) Formuler une question claire et précise à partir d'un problème clinique
- 2) Rechercher dans les bases de données les articles se rapportant au problème posé
- 3) Évaluer la pertinence scientifique des informations recueillies
- 4) Intégrer les preuves sélectionnées dans le plan de traitement personnalisé du patient.

L'Evidence-Based Practice se présente comme un nouveau paradigme - au sens épistémologique du terme - de la pratique de la physiothérapie. Elle propose une nouvelle façon d'apprendre, de concevoir et de pratiquer. La nouveauté s'exprime dans le rejet de l'ancien modèle qui assimile « la bonne pratique » au savoir basé d'une part sur l'expérience non systématisée et d'autre part sur le raisonnement physiopathologique. Elle propose en retour son process à quatre étapes, son système de hiérarchisation des preuves et son schéma d'application pratique.

Schéma d'application pratique



L'EBP dans son concept initial s'abreuve à trois sources :

- La science pour ce qui est des données de la recherche
- Le praticien qui, fort de son expérience clinique, s'attache à se défaire de tout préjugé et se fait arbitre de l'application possible des résultats de ses recherches bibliographiques dans le choix de son traitement ou dans l'élaboration de son diagnostic
- Le patient qui se doit d'être informé et à qui le choix thérapeutique est offert, à condition que ce choix existe.

La pratique de l'EBP impose d'acquérir de nouvelles compétences comme la recherche dans les bases de données et l'appréciation des données statistiques fournies par les études. Nous ne serions trop vous recommander la traduction du « *guide des lecteurs* » de l'Université Mc Master proposé par Pierre Trudelle, sur le site PEDro (Physiothérapie Evidence database)



Tout le monde s'accorde à penser que les kinésithérapeutes se doivent d'améliorer sans cesse leur savoir et leurs compétences afin d'offrir à leurs patients le traitement le plus approprié. La quantité de publications en physiothérapie ne cesse de croître. L'Evidence-Based Practice se propose de nous aider à séparer le bon grain de l'ivraie en favorisant la réflexion critique. Elle veut nous affranchir de notre simple intuition et de l'opinion de nos maîtres. Elle actionne le levier de la chausse-trappe qui fera disparaître les techniques n'apportant pas la preuve de leur utilité. Elle nous enseigne de récuser l'expérience clinique non systématique et l'argumentation physiopathologique comme socle du choix de nos traitements. Elle nous apprend à vénérer la Preuve, indiscutable car scientifiquement prouvée.

Evidence-Based Practice: doit-on douter de « l'évidence »?

Le doute sur l'Evidence-Based Practice commence dès lors que l'on tente de traduire l'expression. Le mot evidence est un faux ami. Il prend en anglais plusieurs acceptions : preuve, trace, témoignage. Les traductions françaises comme « kinésithérapie factuelle ou basée sur les faits ou sur les preuves » peinent à expliquer la pensée pragmatique des auteurs anglo-saxons.

L'Evidence-Based Practice prétend nous guider vers le chemin de la vérité avec comme seule boussole l'évidence de la supériorité des études cliniques systématisées. Pourtant, en physiothérapie comme ailleurs, il apparait dangereux de ne pas s'interroger sur la nature de la vérité.



La démarche de L'Evidence-Based Prac-

tice pourrait apparaître comme cartésienne. Il n'en est rien. Même si Descartes dans le Discours de la Méthode affirme que l'«on ne peut se passer d'une méthode pour se mettre en quête de la vérité des choses». La méthode préconisée est à mille lieues de celle de L' EBP. Pour Descartes comme d'ailleurs aussi pour Spinoza, une idée qui s'impose avec clarté et distinction est une idée vraie, et il n'y à point à chercher audelà. Or pour L'EBP, l'évidence ne suffit pas à faire d'un fait une vérité. Il lui faut des preuves. Elle pourrait ainsi s'associer à Helvétius pour railler Descartes en observant ironiquement : « Descartes a logé la vérité à l'hostellerie de l'évidence, mais il a négligé de nous en donner l'adresse ».

L'Evidence-Based Practice serait-elle alors l'enfant de Claude Bernard et de sa méthode expérimentale ? La réponse est encore une fois négative. Claude Bernard niait la supériorité des statistiques : « les statistiques peuvent être utilisées pour avancer vers la solution, mais elles ne peuvent donner la vérité scientifique ». De plus, contrairement à l'EBP, qui escamote les cohortes minoritaires, Claude Bernard tenait l'exception pour un fait déterminant.

La vérité ne s'impose pas comme absolue

La vérité du champ expérimental s'exprime dans la non-contradiction des preuves de l'expérience. La vérité ne s'impose pas comme absolue. Elle de-

vient relative au progrès des techniques de vérification. Arthur Schopenhauer la décrit ainsi : « Cette vieille erreur, qu'il n'y a de parfaitement vrai que ce qui est prouvé, et que toute vérité repose sur une preuve, quand, au contraire, toute preuve s'appuie sur une vérité indémontrée ».

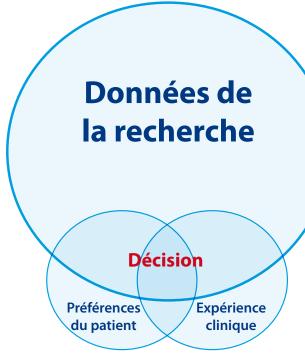
Les fers de lance de l'Evidence-Based Practice sont, nous l'avons vu, les essais contrôlés randomisés en double aveugle et les méta-analyses. Il apparait légitime de s'interroger sur l'efficacité des premiers dans le développement d'un nombre suffisant de preuves en physiothérapie. Le modèle de l'expérimentation en médecine est-il judicieusement transposable à la physiothérapie ? Il nous faudra lutter pour conserver, faire étudier et reconnaitre les critères qui nous apparaissent comme les plus spécifiques de notre activité. En ce qui concerne les méta-analyses, que l'on peut définir comme une approche statistique des résultats d'une série d'études portant sur un même problème, elles peuvent être faussées du fait de la non-publication d'études concluant à une absence de résultats significatifs.

L'utilisation de l'Evidence-Based Practice se trouve de toute façon limité car il existe de très nombreux domaines de la physiothérapie qui resteront toujours inaccessibles aux outils majeurs de l'EBP. Ce sont les « Grey Zones » mises en avant par Naylor².

Une contradiction germe dans l'utilisation de l'Evidence-Based Practice

Une contradiction germe dans l'utilisation de l'Evidence-Based Practice. Bien qu'elle impose à ses disciples un recyclage permanent de leurs savoirs, reconnaissant ainsi le caractère éphémère de la preuve scientifique, elle accorde à cette dernière un statut de vérité inaliénable. Pour les tenants de l'EBP, le questionnement sur le statut de la preuve ne se pose pas. Il est évident, presque intuitif. Il est déterminé par le positivisme scientifique qui postule que la science apporte toujours le progrès. André Gide nous met pourtant en garde : « Croyez ceux qui cherchent la vérité, doutez de ceux qui la trouvent ».

La tentation réductionniste dans la pratique de l'EBP



Le grand risque de l'EBP est qu'elle conditionne à elle seule la prise en charge (le comportement du praticien) : un individu a une pathologie X, à laquelle doit être appliqué un traitement Y dans des conditions de temps et avec des moyens préétablis. Statistiquement, seul un faible nombre de patients répondront aux protocoles. La multiplication d'études tendra alors, soit à l'abandon de certains critères, soit à l'établissement de protocoles infinis, ou tout au moins limités par le nombre d'humains sur terre.

Les outils de l'Evidence-Based Practice, dans les faits, se concentrent quasi-exclusivement sur les essais cliniques randomisés et les méta-analyses. Cette dérive du concept initial est dommageable car le déséquilibre des forces en faveur de la source scientifique fait de l'EBP un concept froid et inhumain.

Certes, nous souhaitons tous une physiothérapie plus scientifique, dont les techniques ne seraient plus sujettes à caution. Néanmoins, un des risques de la pratique de l'EBP est de nous faire oublier que nous soignons avant tout des malades et non des maladies. Dans son application la plus scientiste, elle retire au physiothérapeute ses qualités d'artisan au service du soin. Elle minimise le savoirfaire du professionnel et relègue au second plan la dimension humaine et contextuelle de la relation thérapeutique.



La standardisation de la pratique : risque majeur de l'EBP?

L'utilisation de l'EBP en pratique quotidienne relève de l'utopie. La mise à jour exhaustive et en temps réel pour l'ensemble des pathologies que nous rencontrons dans nos cabinets est irréalisable. La pratique *stricto sensu* de l'EBP serait par trop chronophage. L'EBP est avant tout une méthode d'apprentissage et ne peut prétendre à s'imposer dans notre pratique.

Le grand risque, c'est qu'elle débouche vers des guides de bonnes pratiques estampillés « scientifiquement approuvé ». Alors que les fondateurs de la méthode se proposaient de nous affranchir de l'opinion des maîtres, les dérives de son utilisation nous conduisent droit vers la création d'une nouvelle forme d'autorité. Les nouveaux experts, portant haut l'étendard de la Science et imposant le dictat du « p < 0.05 »*, nous commanderont leurs choix thérapeutiques. Deux dangers sont alors à craindre :

- La menace juridique : les recommandations pourraient devenir opposables en cas de conflit avec un patient. Quelle serait alors la position de nos instances ordinales ?
- La menace économique : c'est l'application coercitive des recommandations de pratique clinique dans un but de contrôle des coûts de la santé. Le premier coup de semonce a été tiré avec l'article concernant l'encadrement du nombre de séances par pathologie dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2009.

^{*: «}p<0.05» représente la signification statistique qui attribue à un médicament ou à une technique physiothérapique un effet thérapeutique plus grand que celui que l'on pourrait attribuer à la chance.



Kiné Flash Paris

Evidence-Based Practice (suite et fin)

Les débats opposant les partisans et les détracteurs de l'Evidence-Based Practice ne doivent pas être considérés comme la querelle des Anciens contre les Modernes. Ils ont le mérite de porter la question sur le substrat, sur l'essence même de notre profession. Nous sommes aujourd'hui à la croisée des chemins. Les choix que nous nous apprêtons à faire, l'issue des combats que nous menons, conditionneront pour longtemps notre avenir. L'EBP nous impose de nous interroger sur le fondement du savoir en physiothérapie et sur les orientations vers lesquelles doivent tendre notre pratique. La preuve scientifique de l'efficacité de telle ou telle technique ne peut s'imposer comme la seule règle. Croiser notre corpus avec des connaissances issues d'autre champ que celui du biomédical sera probablement une voie féconde. Ce questionnement effectué, nous serons alors en mesure de déterminer quel rôle nous donnerons à l'EBP. Si nous parvenons à contourner le piège dogmatique qu'elle nous tend, l'EBP pourrait toutefois nous aider à rationaliser nos techniques, à insuffler vie à notre évaluation des pratiques, à dynamiser notre formation continue et à nous ouvrir la porte d'entrée de l'ère de l'information. Notre capacité à nous approprier cet outil légitimerait, face aux pouvoirs publics, nos prétentions quant à la réingénierie de notre diplôme et faciliterait notre accès à l'Université par la grande porte.

L'Evidence-Based Practice ne résumera jamais la pratique de la physiothérapie. Ce n'est qu'un outil monovalent; elle n'est en rien un couteau suisse. Pourtant, c'est un outil novateur, un outil du XXIème siècle, que nous nous devons de posséder afin de démontrer à tous la maturité de notre profession et de ne jamais être accusés de ressembler aux kinés de Molière.

Claude Cabin

Remerciements à Éric Charuel et Ludwig Serre pour les conseils avisés qu'ils ont bien voulu me prodiguer en vue de la rédaction de cet article.





EBP Kiné : le Blog de la Kinésithérapie factuelle

PEDro: la base de données de la kinésithérapie basée sur les preuves

REHAB+: publications EBP dans le domaine de la réhabilitation

Minerva: revue d'Evidence-Based Medicine

Kinédoc: base documentaire de la kinésithérapie/physiothérapie francophone

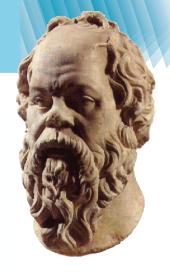
¹ Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine*: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.

² Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. Lancet 1995; 345:840-2.

Dialogue Socratique sur l'EBM

Médecine basée sur la preuve : une controverse socratique

Kineblog pour KFP vous propose une (libre) traduction de « *Evidence based medicine : Socratic dissent* » un texte (sinon prémonitoire à tout le moins une sérieuse mise en garde contre les dérives possibles du concept d'EBM lorsque des technocrates s'en emparent) de David Grahame-Smith, professeur de pharmacologie clinique, Service de Pathologie Clinique, Radcliffe, Oxford, Grande-Bretagne, paru dans BMJ 1995;310:1126-1127 (29 April).



SOCRATE: Dis-moi, l'Enthousiaste (Méta-analytique), il se dit que tu as adopté une nouvelle forme de pratique médicale. En est-il ainsi?

L'ENTHOUSIASTE: En effet, Socrate, et elle est très efficace.

SOCRATE: A-t-elle un nom ou une description?

L'ENTHOUSIASTE: Oui, nous l'avons baptisée « médecine basée sur la preuve ».

SOCRATE: C'est intéressant, quoique le terme soit totalement inélégant. D'autre part je trouve cette appellation quelque peu inquiétante. À vrai dire je pensais que tous les médecins avaient une formation scientifique, une doctrine qui veut qu'on examine la preuve sur laquelle la pratique se fonde. En quoi donc cette mé-

decine basée sur la preuve diffère-t-elle de la pratique traditionnelle?

L'ENTHOUSIASTE: Eh bien, Socrate, un des problèmes est que la plupart des médecins ont une perspective très étroite, se limitant à leur propre expérience et à celle des quelques (rares) confrères avec lesquels ils échangent leurs points de vue. Cela les

conduit parfois à des conclusions erronées.

SOCRATE: Suggères-tu que dans leur étroitesse d'esprit ils échouent à rechercher la preuve qui pourrait les conduire à des conclusions différentes ou bien leur permettre d'adopter des décisions plus pondérées ?

L'ENTHOUSIASTE: Eh bien, Socrate, tu as mis le doigt dessus... là où ça fait mal.

SOCRATE: Comment te débrouilles-tu, l'Enthousiaste, pour arriver à accéder à cette preuve que des médecins plus ordinaires trouvent inaccessible ? Est-elle dissimulée ?

L'ENTHOUSIASTE: Parfois cela arrive. Nous avons des méthodes sophistiquées, utilisant technologies de l'information, pour chercher et compiler les données concernant l'efficacité des traitements et le suivi des patients dans le monde entier. D'autre part il faut savoir que les scientifiques et les médecins ne publient pas toujours les résultats de leurs études, particulièrement si ceux-ci ont été négatifs. Mes confrères et moi avons des techniques pour exhumer de tels résultats, qui peuvent à l'occasion changer l'opinion sur l'efficacité d'un traitement.

SOCRATE: Quelle est la cause d'une telle réticence à publier des résultats négatifs ? La science estelle insuffisante ?

L'ENTHOUSIASTE: Non, la science est souvent tout à fait bonne, mais les journaux et les auteurs ne s'intéressent pas tant que ça à la publication de conclusions négatives; les choses sont beaucoup plus excitantes si elles se révèlent positives.

SOCRATE: Ainsi, l'Enthousiaste, les sentiments ont encore de l'influence en médecine.

L'ENTHOUSIASTE: Que veux-tu dire?

SOCRATE: Je me suis souvent interrogé sur l'application de l'hypothèse zéro aux études destinées à découvrir si un nouveau traitement est efficace.

L'ENTHOUSIASTE: Comment ça?

SOCRATE: Le propos de l'hypothèse zéro n'est-il pas de présumer que le nouveau traitement n'est pas meilleur que l'ancien ou même que l'incurie thérapeutique ? C'est donc le début de l'application des statistiques à des problèmes pratiques.

L'ENTHOUSIASTE: Je n'avais pas idée que tu étais si versé en statistiques.

Dialogue Socratique (suite)

SOCRATE: Je ne le suis pas. L'hypothèse zéro relève du sens commun, quoiqu'un peu alambiquée. Les statistiques sont d'une autre nature. Mon opinion est que je n'ai jamais rencontré de médecin qui pratique la médecine en parfait accord avec l'hypothèse zéro, non plus (et ceci est plus pertinent) qu'un médecin qui l'applique de façon totalement dépassionnée aux recherches sur l'efficacité des traitements. Tous les médecins que je connais souhaitent vivement que leurs nouveaux traitements fonctionnent, qu'il s'agisse de patients individuels ou bien de groupes de patients lors d'essais cliniques. Est-il véritablement possible de théoriser sur la preuve de l'efficacité en suivant un ensemble de règles tandis qu'on approche les aspects pratiques des tests cliniques des traitements suivant un autre corpus?

L'ENTHOUSIASTE: Eh bien, c'est précisément le propos des études en double aveugle, des essais cliniques randomisés : supprimer des études cliniques le biais généré par les motifs que tu viens de décrire.

socrate: Ainsi la médecine basée sur la preuve va fondamentalement changer la manière dont les médecins évaluent leurs traitements ?

totalement, mais cela aidera les médecins à adopter une vision plus large des résultats des études cliniques et de leur pratique et évitera la tendance des médecins à trop faire confiance à leur propre expérience, forcément

limitée, qui peut présenter des défauts en raison de leur échantillonnage trop faible et de leurs souvenirs imparfaits. Nous avons donc développé des méthodes statistiques et un raisonnement qui nous permettent d'examiner de façon dépassionnée les résultats d'une pratique médicale donnée.

SOCRATE: Cela me semble admirable. Cependant je ne saisis toujours pas pourquoi des médecins choisiraient de pratiquer selon une méthode basée sur des impressions personnelles inadéquates plutôt que selon la méthode plus objective et englobante que tu me décris.

L'ENTHOUSIASTE: Peut-être bien parce que dans la pratique médicale l'expérience personnelle a une très forte influence sur les décisions prises par le médecin.

SOCRATE: Serait-ce donc là l'expression d'un conflit entre la science et l'art médical?

L'ENTHOUSIASTE: Possible.

SOCRATE: Cela s'applique-t-il au diagnostic comme au traitement?

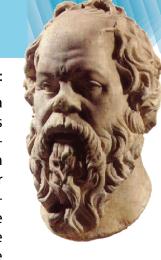
L'ENTHOUSIASTE: Pourquoi posestu cette question?

SOCRATE: Parce que mes amis médecins mettent toujours l'accent sur l'importance de l'expérience et de la reconnaissance d'un schéma pour fonder un bon diagnostic. Serais-tu d'accord?

L'ENTHOUSIASTE: Je suis d'accord dans une assez large mesure, quoiqu'il existe des diagnostics qui pourraient être améliorés par l'application de la méthodologie que j'ai décrite dans le domaine de l'évaluation des traitements.

SOCRATE:

Pendant la formation des jeunes médecins, met-on l'accent sur cette différence entre l'impact de l'expérience personnelle



dans l'art du diagnostic par opposition à l'influence trompeuse dans l'évaluation du résultat pratique.

L'ENTHOUSIASTE: Je ne le pense pas.

SOCRATE: Qu'apprennent donc les médecins en premier et sur quels aspects de la médecine s'attache-t-on le plus pendant la formation médicale?

L'ENTHOUSIASTE: Indubitablement sur toutes les matières qui permettent de préciser le diagnostic de la maladie.

SOCRATE: Dont une part importante est l'aspect expérimental?

L'ENTHOUSIASTE: En effet.

SOCRATE: Peut-être alors les jeunes adoptent l'art expérimental du diagnostic de leurs professeurs et espèrent à tort (fallacieusement?) appliquer la même approche aux traitements, ce qui comme tu l'as expliqué est une mauvaise habitude.

L'ENTHOUSIASTE: Il faudra que je pense à ça.

SOCRATE: Dis-moi, appliques-tu toi-même les fruits de ton travail?

L'ENTHOUSIASTE: Malheureusement non. Je suis si occupé à appliquer cette nouvelle méthodologie à l'évaluation de la pratique

Dialogue Socratique (suite et fin)

médicale que je n'ai plus le temps de voir des patients moi-même.

SOCRATE: Je compatis. Je consacre tant de temps à la philosophie critique dans l'abstrait qu'une application pratique est devenue impossible. Je dois t'avertir que tes confrères, comme les miens, pourraient ne pas toujours apprécier tes bonnes intentions.

Même maintenant mes détracteurs ont l'ambition de me faire un procès pour pensée subversive. Tu dois te rendre compte que si tu n'es pas toi-même constamment confronté aux infinies variations de la clinique et de sa réponse aux traitements, et si tu n'as pas affaire chaque jour à tes patients, tu seras en proie à la critique de ceux qui s'y consacrent.

suis rendu compte tout récemment et je ne sais pas trop comment réagir. L'affaire est particulièrement critique parce que la cause de la médecine basée sur la preuve a été kidnappée par ceux qui maintenant gèrent notre pratique médicale.

SOCRATE: Où est donc leur intérêt ?

L'ENTHOUSIASTE: Ils sont particulièrement soucieux d'obtenir un bon rapport qualité/prix et souhaitent être sûrs que les actes médicaux sont efficaces et valent leur prix.

SOCRATE: Ainsi il doit y avoir un grand nombre de médecins qui pratiquent une médecine hors de prix, pour qu'un tel dispositif soit mis en place?

L'ENTHOUSIASTE: Sans doute.

SOCRATE: Je n'aurais jamais pensé que ces mots franchissent tes lèvres. Ceci mis à part, de toute façon, es-tu bien certain que les motivations des gestionnaires soient aussi pures et intellectuelles que tu l'imagines ?

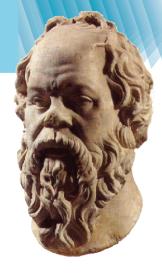
L'ENTHOUSIASTE: Comment pourrait-il en être autrement?

SOCRATE: N'est-ce pas le travail d'un gestionnaire que de s'assurer que les soins soient dispensés de la façon la moins coûteuse possible ? Et tous les politiciens n'exhortent-ils pas les acheteurs à obtenir le meilleur coût ?

L'ENTHOUSIASTE: Bien évidement.

SOCRATE:

Dans ce cas, que perçoivent-ils comme étant le principal obstacle à leur but?



L'ENTHOUSIASTE: Le manque de preuve quant à ce qui est réellement efficace.

SOCRATE: Ce serait formidable s'il en était ainsi, mon crédule ami, mais j'en doute. Le principal obstacle qu'ils perçoivent est une profession médicale anarchique dépensant son argent d'une manière inutile et inconsidérée. Ils voient votre adorée médecine basée sur la preuve comme le moyen de menotter les médecins et de les contraindre à leur bon vouloir. Ceci, j'en suis certain, est la raison pour laquelle ils sont si enthousiastes à son propos.

Fais donc bien attention, mon Enthousiaste, à n'être point le dupe du jeu politique mené actuellement dans le monde de la santé. Souviens-toi que la ciguë est parfois au bout du voyage...

Traduction: Eric Charuel, webmaster de <u>www.kineblog.net</u> (actualités, lectures et humeurs d'un kinésithérapeute parisien), un blog qui propose depuis 2006 une sélection de liens d'intérêt et de textes peu connus concernant l'exercice de la masso-kinésithérapie, de son environnement et des champs connexes ou transversaux y afférant... pour éclairer la réflexion des praticiens.

NB: Cette traduction est certainement perfectible (si certains se sentent en mesure de m'aider à la rendre moins "littérale", notablement si un contresens est relevé, merci d'avance de soumettre vos suggestions en écrivant à kineblog@gmail.com).

Le texte original est publié sur le site de la BJM (British Medical Association), l'article est gratuit mais il faut s'enregistrer pour y accéder :



Évaluation des Pratiques Professionnelles Vers la mise en place de son organisation



Derrière une appellation qui pourra faire frémir certains, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) n'a rien d'une monstrueuse opération tendant à contraindre davantage les professionnels : si celle-ci, appliquée au secteur de la santé, a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé, elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention, et plus généralement la santé publique. L'EPP est, de par sa définition connue en santé par son application au niveau médical, un outil de formation des professionnels. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, elle laisse entrevoir cette possibilité de transformation des professionnels, faisant passer ceux-ci d'agents de santé à acteurs et auteurs en santé.

En offrant la possibilité d'une analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques, les masseurs-kinésithérapeutes entrent dans une démarche d'auto-construction, de leurs pratiques et de l'ensemble de la profession, qu'ils

soient praticiens, enseignants et ou chercheurs : de cette nouvelle construction, de la maturation d'une identité, du masseur-kinésithérapeute d'aujourd'hui pourra naître peut-être le physiothérapeute de demain.

L'EPP ne viendra pas seule et la démarche conceptuelle doit être travaillée, accompagnée, nourrie : il s'agit de l'organiser pour une part, de la mettre en œuvre d'autre part. Les Conseils Régionaux de l'Ordre ont cette mission d'organisation. Pour réussir, cette organisation devrait miser sur un déploiement assis sur l'ensemble des forces de la profession impliquées dans le champ d'action de l'EPP, qu'il s'agisse des syndicats professionnels, des organismes de formation, des réseaux de soins. À l'instar de la formation continue, dans laquelle l'EPP se situe, c'est dans le tissu professionnel et professionnalisant existant que doit être mise en œuvre l'EPP.

Dans cette perspective, une rencontre est organisée le 5 mai 2009 à partir de 14 heures à la Mairie du XV^{ème} arrondissement de Paris, afin de rassembler l'ensemble des auteurs franciliens d'une profession en mouvement, les praticiens, les organisations et groupements professionnels.

Ludwig Serre

Vous souhaitez participer à cette rencontre, retrouvez tous les renseignements ici



Science et patience

Elle avait dans le regard cette frivolité qui vous rend dingue et, dans le pied, l'autorité absolue de vous prouver que la fesse ne sert pas uniquement à s'asseoir, et que l'impact du *pedis latinus* dans la cible du fondement n'empêche pas la fêlure d'être congénitale. Voilà bien toute la science, elle vous séduit par son écume et vous convainc par son savoir.

Qu'avons-nous fait du nôtre?

Avons-nous dilué nos fondamentaux dans la banalité du quotidien?

Trop longtemps étouffée par une nomenclature qui masquait nos compétences, ringardisée par des honoraires socialement cons, et des conditions économiques brûlant nos énergies à nous épuiser à entretenir des relations avec des partenaires sociaux fascinés par la



tentative de nous assassiner à chacune de nos rencontres, la profession se réveille peut-être.

Sonneurs de cloches depuis toujours, les syndicats professionnels ont tenté de synthétiser toutes les individualités. Un challenge difficile car, hélas, toutes les oreilles n'entendent pas le tocsin.

La grande réussite des syndicats a été la reconnaissance du titre d'ostéopathe. Il nous a projetés vers le premier accès direct du patient dans nos cabinets.

Mais il aura fallu partager cette reconnaissance avec d'autres. Le partage est équitable avec les médecins. Mêmes responsabilités, mêmes territoires de compétences. Les MK ostéopathes peuvent traiter des pathologies.

Il n'en n'est pas de même pour les « ni-ni ». Le titre est partagé, mais pas les compétences. Ils ne peuvent agir que sur le plan fonctionnel avec interdiction de « traiter » des pathologies, notamment de toucher au rachis cervical, et au domaine pelvi-périnéal.

« Traiter » du fonctionnel reviendrait-il à « traiter » des gens qui n'en n'ont pas besoin ? Le marché me paraît bien maigre.

Je n'ai jamais reçu à ce jour de patients qui soient entrés dans mon cabinet en me disant qu'ils ne souffraient de rien et qu'ils n'avaient pas besoin de moi, en me donnant 50 € pour ça. Sauf peut-être pour me remercier de ce que j'avais fait pour eux, mais là je fantasme...

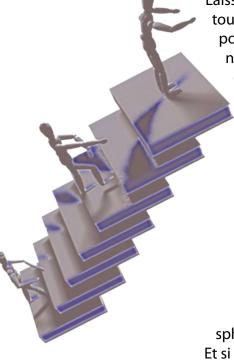
Laissons faire le temps, et son impitoyable sélection. Vers quelles mains vont se tourner les patients avides de sécurité, vers le porteur d'un titre qui ne peut proposer des choses que lorsqu'on n'a besoin de rien, ou bien vers un professionnel de santé doublement qualifié qui répond à la plainte et soigne la pathologie ?

Les syndicats sont des outils précieux pour faire évoluer notre profession vers une autonomie plus responsable, plus franche, basant sur des travaux scientifiques de très haute qualité notre besoin d'émancipation.

En retour nous devons évaluer ce qu'il y a de plus efficace dans la richesse de nos pratiques, organiser un corps de connaissances, élaborer des méthodes propres fondées sur des relations objectives et vérifiables, créer un domaine du savoir et mettre en place des évaluations par la preuve.

Ce nouveau langage de la profession n'est certes pas dans notre pratique quotidienne, plus proche des gens et moins ésotérique, mais c'est parce que nous saurons parler ce jargon, même sans en comprendre toutes les finesses, que la kinésithérapie sera respectée dans les plus hautes sphères de l'État.

Et si l'augmentation de mes honoraires est à ce prix, je serai abscons.



Kiné Flash Paris N° 26 avril 2009 Michel Rusticoni

Avoir du cœur ou ne pas avoir de cœur,

telle est la question?

Après 38 ans de travail, je pensai avoir tout subi de la sécurité sociale. Non respect de la convention de 2000 qui devait aboutir en 2006. Blocage des tarifs pendant 6 ans dans les années 80. Baisse du ticket modérateur dans les années 70, ce qui a dévalorisé nos actes. Tracasseries pour 2 actes effectués le même jour. Réduction de cotation. Problème concernant l'envoi des ordonnances. Perte d'une partie de l'ASV, qui devait nous donner un complément de retraite suite à nos tarifs ridiculement bas, qui résultait de ce conventionnement. (il y a plus de 10 ans le Docteur HEULEU estimait qu'une rééducation d'une articulation méritait d'être rémunérée à 100 Francs).

Cette liste n'est pas exhaustive.

Mais jamais encore une réclamation d'indus suite à une application différée d'un accord sur l'augmentation des lettres clés avec refus de reconnaître notre

bonne foi bien que les logiciels de remboursement avaient été mis à jour sur un plan national.



Que d'acharnement à notre égard!

Madame BABEL en nous regardant le matin dans la glace nous pouvons nous dire que nous traitons aussi nos patients avec notre cœur, car au-delà du traitement nous leur apportons souvent réconfort et soutien moral.

Oui, Madame, les professionnels que nous sommes travaillent ainsi.

Mais, pouvez-vous le comprendre ? Car pour vous, se regarder dans la glace c'est se demander quel mou-



ton vais-je bien pouvoir tondre ce matin pour augmenter mes objectifs qui sont essentiellement comptables même si vous le présentez de manière légale. En effet, ou la publication de la nouvelle NGAP a volontairement été décalée, ce que je ne crois pas, ou lorsque vous vous êtes rendu compte de ce retard vous avez sauté sur l'occasion pour nous réclamer ces indus.

Cette manière de faire est d'une bassesse inqualifiable.

Madame, du haut de votre tour, vous pensez avoir la puissance, (affirmation facile mais elle permet d'évacuer notre rancœur) pour tenter de nous écraser, mais sachez que notre dévouement à l'égard de nos patients et leur reconnaissance seront toujours plus forts que vos mesquineries.

Quand le hors la loi devient LOI

On entend toujours parler de l'évolution de la société, sans jamais fournir d'outils pour la mesurer. Aujourd'hui la Loi nous procure un référentiel indiscutable.

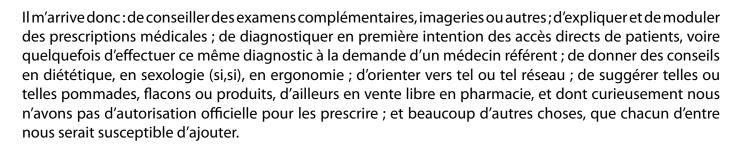
Un jugement en bonne et due forme qui a condamné un masseur-kinésithérapeute en 1999 pour exercice illégal de l'ostéopathie, pourrait servir dix ans plus tard au même MK à pouvoir justifier de sa pratique ostéopathique.

Comme quoi une condamnation pourrait conduire à la validation des acquis.

Fort de cette réflexion, je me mets à l'ouvrage pour lister dans ma pratique quotidienne tous mes interdits par la Loi.

Aujourd'hui ils me plongent dans un cul de basse fosse, mais demain ils dresseront sans doute et sans vergogne ma statue dans les squares municipaux, où mon buste d'airain, fièrement couronné par un pigeon factionnaire, trônera au milieu d'une foule devenue indifférente à la gloire éphémère d'un héros avant-gardiste.

De manière à ne pas utiliser les mots qui fâchent, je me mets à l'ombre, si je puis dire, du grand Michel Audiard, et c'est ainsi que : « je ne prescris pas, mais je conseille, et je ne dénonce plus, mais j'évoque ».



Ces suggestions bien banales dans notre pratique quotidienne n'ont qu'un seul but, la qualité des soins. Le transfert de compétences devient urgent à l'heure des déserts médicaux. Notre formation initiale doit conquérir nos marches d'empire, et notre formation continue doit faire sonner les trompettes de la renommée.

L'esprit de la « bordure line » ne se conçoit que par la rigueur de l'intention de valider ces territoires par la preuve.

Effectuer aujourd'hui ces prénotions, ne sont en fait que des anticipations de bon sens, qui prouvent que l'usage précède toujours la Loi.

Hier sur le banc de l'infamie, demain sur les bancs de l'Assemblée, est le sort réservé aux héros homologués par les pavés d'honneur d'une « Cohn Bendite » aiguë.

Pérennisons l'usage, nos héritiers écriront la Loi.

Michel Rusticoni

AGENDA



11 avril – 26 avril 2009	Vacances scolaires		
28 avril 2009 – 19h00	Soirée information étudiants 3° année IFMK – Union Régionale IdF		
29 avril 2009 – 9h30	Commission Socio-Professionnelle Régionale		
30 avril 2009 – 18h30	Conférence CIROMK IdF – Éthique et kinésithérapie		
1er mai 2009	Fête du travail		
12 mai 2009 – 20h30	Assemblée Générale Union Régionale IdF FFMKR		

Kiné Flash Paris

DEP pour les poilus!

Pas de DEP pour moins de 30 séances?

Ce principe bien qu'officiel ne s'applique pas toujours.

Un patient pour une rééducation du rachis cervical et de l'épaule droite me demande si j'accepte l'article 115.

Article 115, article 115??... Ah oui les ACVG*. Il y a bien longtemps que je n'en ai pas eu.

- Nous prenons rendez-vous.
- Aucun numéro de téléphone sur le carnet de soins gratuits.
- À ma demande, le patient me le fournira car je veux joindre cet organisme pour savoir comment il faut pratiquer et être sûr qu'il n'y a pas de DEP à faire.
- Erreur de ma part. En effet la réponse a été que j'adresse le bulletin au médecin conseil sans que je sois obligé de proposer une cotation.

J'ai tout de même coté AMS 9,5.

La réponse a été favorable.

Pourtant la Loi est la Loi, mais une fois de plus je m'aperçois qu'elle n'est pas toujours appliquée.

*ACVG (Anciens combattants et victimes de guerre).

Jacques Duboin

SYNDICAT DES MKR DE PARIS: COTISATIONS 2009

	Cotisation 2009	Quote-part départementale	Quote-part fédérale
Tarif individuel	308€	73€	235€
Tarif réduit *	270€	46€	224€
1 ^{ère} adhésion, nouveaux diplômés, retraités, salariés	49€	10€	39€
Étudiants 3° année d'IFMK	15€	0€	15€

^{*} Associés, conjoints, plus de 60 ans



En bref



Mon cabinet au Canada

Les députés ont adopté, le 5 mars, un article de la loi HPST, portant sur la reconnaissance mutuelle des titres et diplômes de professionnels de santé entre le Québec et la France. Les autorisations d'exercice seront délivrées individuellement, après avis des Ordres respectifs. Cela concerne les professions médicales, paramédicales et les pharmaciens.



Le projet de loi HPST exécute les Conseils Départementaux de l'Ordre des kinés

Si le texte apporte des éléments favorables au bon fonctionnement des Ordres des professions de santé (statut du conseiller ordinal, droit de contrôle des conseils nationaux sur les budgets des conseils départementaux, certification par un commissaire aux comptes pour le budget des conseils nationaux, modification du mode de renouvellement des conseillers, etc...), un amendement prévoit la suppression du niveau départemental pour notre Ordre professionnel. Vive colère et réaction du CNO et de tous les syndicats. Même Objectif Kiné qui avait pourtant prêté allégeance à Roselyne Bachelot, affirme son indignation. L'ensemble de la profession pèsera de tout son poids pour voir cet amendement retiré lors de l'examen du projet de Loi par les sénateurs.



Les députés donnent vie aux ARS

L'Assemblée a voté la création des Agences Régionales de Santé. Elles regrouperont les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ainsi que les pôles « santé » et « médico-social » des DRASS et des DDASS (Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales), les GRSP (Groupements Régionaux de Santé Publique), les MRS (Missions Régionales de Santé) et, dans leur versant sanitaire, les CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie). Les ARS devraient devenir, pour le meilleur ou pour le pire, nos interlocuteurs privilégiés. Elles assureront en effet le pilotage de la prévention, de la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire, de l'offre de soins hospitalière, ambulatoire et médico-sociale, de

la santé au travail, des PMI, de la médecine scolaire et des centres de santé. L'Île-de-France, devrait faire partie des régions pilotes qui expérimenteront le fonctionnement des ARS dès 2009.



Réingénierie du diplôme : toujours l'impasse

Les syndicats restent toujours en désaccord avec le gouvernement sur l'intégration universitaire de la formation initiale du masseur-kinésithérapeute. La FFMKR entend ne pas démordre de la nécessité de promouvoir le grade de Master qui « correspond au niveau d'exigence professionnelle ». La DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) qui gère le dossier souhaite réduire le masseur-kinésithérapeute à un simple technicien en proposant une licence professionnelle.



La loi HPST se présente au Sénat

Le prochain examen du projet de Loi par les sénateurs a amené la FFMKR à faire valoir ses propositions d'amendements face à un texte qui « signe une étatisation des soins de ville à travers une volonté délibérée d'affaiblissement des conventions nationales signées avec l'Assurance maladie ». la FFMKR a également demandé au rapporteur de supprimer la disposition introduite par Yves BUR à l'Assemblée Nationale et visant à supprimer les Conseils départementaux de l'Ordre.

Lire les propositions de la FFMKR ici



Un projet de décret contre les fraudes à la sécu

C'est un arsenal de mesures répressives contre les fraudeurs à l'Assurance Maladie qui vient d'être présenté : sanctions plus dissuasives et proportionnées à la gravité des infractions, création des peines « planchers » en cas de fraude avérée. Le décret attribue des prérogatives régaliennes au directeur de caisse primaire qui pourra, dans les cas les plus graves, s'affranchir de l'avis de la commission des pénalités. Attention, un kinésithérapeute qui facturerait des actes fictifs se verra infliger une amende égale à la moitié du plafond mensuel de la Sécu, soit 1.430 euros.

Revue de presse









par Claude Cabin et Philippe Cochard



Une infirmière soupçonnée d'avoir détourné 800.000 euros à la Sécurité sociale

L'infirmière niçoise, âgée de 47 ans, a reconnu les faits lors de sa garde à vue. La fraude s'est prolongée durant deux ans en 2007 et 2008. Entre actes fictifs et surfacturés, «Elle était sûre de se faire attraper un jour. Son attitude était une forme de suicide professionnel et social», a dit Me Philippe Soussi, son avocat.

La fraude à la sécu est en passe d'être sévèrement renforcée. Pas la peine de tremper tout le bras dans le pot de confiture pour se faire attraper : le petit doigt suffira.





Prévention du risque de chute chez la personne âgée

La prévention des chutes est un enjeu de santé publique. Les chutes des personnes âgées seraient à l'origine de 12.500 décès par an en France. Dans 40 % des cas, c'est une chute qui entraîne un placement en institution. Le Pr Gilles Kemoun, chef du service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Poitiers, vient de mettre au point une méthode de prévention intitulée «Padchute» qui permet d'évaluer les différents facteurs de risque. Un médecin, un kinésithérapeute et un ergothérapeute sont chargés de contrôler les aptitudes physiques de la personne âgée, ses comportements et l'aménagement de son habitat. Des activités physiques adaptées sont également proposées, comme le fait d'apprendre à se relever.

Les kinésithérapeutes se doivent d'être les leaders de cette prise en charge, au risque de se voir, une fois encore, déposséder d'un créneau thérapeutique pour lequel ils sont à l'évidence les plus compétents.



Une proposition de Loi veut abroger les franchises médicales

S'appuyant sur « les exigences du onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946 » (la nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »), les sénateurs communistes et du Parti de gauche ont déposé une proposition de Loi visant à abroger les franchises médicales. Au nom de l'« accès aux soins » et étant donné « le contexte de crise économique actuel », ce texte estime qu'il est « urgent » de « lever l'ensemble des obstacles et des limitations à l'accès aux soins, à commencer par les franchises médicales ».

0,50 € la séance de kiné, c'est pourtant pas cher payé.





Laure Manaudou arrête la natation mais pas la pub!

Après avoir été l'égérie de la marque Lancel, Laure se met au service de LPG. Le slogan : « Je fais une pause avec la natation... pas avec la beauté LPG ». Le montant du contrat n'a pas été dévoilé mais la durée si : il court jusqu'en 2013.

Reste à savoir si les cuisses de Laure ont vraiment besoin de massages anti-capitons?





Le Médiateur de la République s'empare de la santé

Avec seulement deux mois et demi d'existence, le pôle Santé du Médiateur de la République a déjà reçu plus de 1.040 appels dont la majorité concernait des demandes d'éclairage sur une situation individuelle (accidents médicaux). Ce pôle est constitué de personnels médicaux, d'experts et d'une cellule de médiation.



Revue de presse (suite)

par Claude Cabin et Philippe Cochard

N'y aurait-il pas la tentation de court-circuiter les instances Ordinales des professions de Santé qui sont pourtant les mieux à même d'informer le public et d'enregistrer les plaintes des patients ?

19 mars



Incitations au DE : Les Syndicats de médecins libéraux échappent à l'amende

La Cour d'Appel de Paris vient d'annuler une décision du Conseil de la concurrence d'avril 2008 qui avait condamné sept d'entre eux à une amende totale de 814.000 € pour avoir incité leurs adhérents à majorer leurs tarifs entre 2001 et 2005. « Ceux qui ont voulu bâillonner le syndicalisme médical, en nous privant de l'arme de la consigne tarifaire et en nous mettant à genoux financièrement, n'y sont pas parvenus. C'est très important pour la suite de notre action », confie le Dr Michel Chassang. Bien que l'Assurance Maladie ne soit pas à l'origine de cette procédure, la décision de la Cour d'Appel de Paris sonne comme un nouveau revers pour elle, une semaine après l'arrêt de la Cour d'Appel de Grenoble reconnaissant aux « spécialistes en médecine générale » la possibilité d'user du CS pour leurs consultations.

Éradiquer les syndicats des professionnels de santé libéraux doit être le rêve de tous les dirigeants de la sécu. L'arbre à plié mais n'a pas rompu.





L'Assurance-Maladie privée de Conseil d'Administration

Le Tribunal Administratif de Paris a annulé l'arrêté de nomination des membres du conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Le gouvernement va renommer un conseil provisoire par arrêté et faire appel du jugement. Le tribunal a jugé que l'attribution d'un siège au syndicat UNSA sur le contingent réservé aux institutions intervenant dans le domaine de l'assurance-maladie qui comprend l'UNAPL n'était pas conforme à la Loi. Le gouvernement avait fait ce geste

en direction de l'UNSA car cette dernière ne pouvait siéger en tant que syndicat de salariés représentatif (statut réservé à la CGT, la CFDT, FO, la CFTC et la CGC).

Ici comme ailleurs, se pose le problème de la représentativité syndicale. Conseillerons-nous à l'UNSA de gonfler ses rangs par l'adjonction de « membres associés »...?





Les salariés français toujours champions de l'absentéisme

La moyenne nationale de l'absentéisme tourne autour de 7%. La palme revient à la fonction publique avec plus de 10%. Une politique répressive ne semble pas faire preuve d'efficacité dans la lutte contre ce fléau. Une démarche préventive notamment en travaillant sur l'ergonomie des postes de travail et en responsabilisant les salariés sur le coût des arrêts de travail à travers un décompte mensuel apparait plus efficace.

Une autre méthode serait peut-être le versement d'une allocation journalière de $45,21 \in$, servie à partir du $90^{\text{ème}}$ jour d'arrêt de travail...





Déficit de la sécu en hausse mais pas d'augmentation de la CSG ou de la CRDS

Alors qu'à la mi-mars le déficit de la Sécurité Sociale flirtait avec les 18 milliards d'euros, Eric Woerth promet un arbitrage lors du prochain PLFSS cet automne. « On verra alors où en est cette dette et on arbitrera. Tout ce que je peux dire, c'est que l'intention du gouvernement n'est pas d'augmenter la CSG ou la CRDS. Nous ne l'avons pas fait l'an dernier. C'est une conviction ».

Alors, où va-ton trouver l'argent manquant ? Dans les poches des professionnels de santé libéraux, comme d'habitude!



Revue de presse (suite et fin)

par Claude Cabin et Philippe Cochard









Prise en charge de la dépendance : le coup de semonce des syndicats

Le gouvernement présentera un projet de Loi sur le « cinquième risque » au mieux à l'automne. La crise met à mal le financement d'une aide accrue pour les personnes âgées. Associations et syndicats craignent une réforme à minima. Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, les dépenses d'APA vont doubler en trente ans. Les promesses de campagne de Nicolas Sarkozy (accélérer l'ouverture de places dans les maisons de retraite, réduire les sommes restant à la charge des personnes hébergées, réformer l'APA en profondeur dans un sens plus favorable aux classes moyennes, mettre en place des incitations pour la souscription d'assurances privées) sont compromises par la crise.

Il serait pourtant politiquement dangereux de tondre une nouvelle fois encore les classes moyennes en leur laissant la pleine charge du financement de la perte d'autonomie de leurs proches.





Bisphénol A: à quel saint se vouer?

Ce composé chimique qui intervient dans la fabrication de nombreux récipients en plastique dont les tétines de biberons, a été l'objet d'une campagne alarmante suite à l'annonce des six principaux fabricants de biberons américains de l'exclure de leurs produits. Il agirait entre autres comme perturbateur endocrinien. Interpellée, Roselyne Bachelot à rappelé les résultats des études, menées par l'Afssa, qui ont conclu à des « risques sanitaires négligeables ».

Une fois encore il faut arbitrer entre le principe de précaution et la fragilité de la preuve scientifique.

Les patients encouragés à négocier les tarifs

« N'hésitez plus à négocier avec les médecins », conseille Le Parisien à ses lecteurs. Le quotidien observe ainsi que « les patients sont de plus en plus nombreux à obtenir des ristournes auprès de leur médecin ». Les patients peuvent consulter et comparer les tarifs pratiqués par les médecins sur le site Internet de l'Assurance maladie et un devis doit leur être remis pour tout acte dépassant 70 €.

Super, la séance de kiné en vente chez Lidl! Rappelons à nos patients que la qualité des actes a un coût et qu'ils s'exposent à la voir baisser s'ils refusent d'en payer le prix.





Les infirmières ont vendu leur liberté d'installation

En échange d'une revalorisation des tarifs de 5,3 %, les infirmières ont accepté que l'installation des professionnels soit strictement régulée. Dans les zones « très sous-dotées », des mesures d'incitation à l'installation et au maintien d'activité sont également prévues. Il est vrai que les disparités de répartition des infirmiers libéraux sont particulièrement criantes. Leur densité varie de 1 à 6 selon les régions. On compte jusqu'à 330 professionnels pour 100.000 habitants dans les départements du pourtour méditerranéen, contre moins de 70 en banlieue parisienne ou dans la Marne.

Honoraires sous tutelle, pratique de plus en plus réglementée, et maintenant liberté d'installation encadrée, les français n'auront plus que leur yeux pour pleurer lorsque le temps viendra où tous les professionnels de santé seront salariés!



Les immortelles d'Audiard commentent l'actualité

Ségolène Royal s'excuse du discours prononcé l'année dernière au Sénégal par le Président Sarkozy..., et réitère à l'attention du Premier Ministre espagnol





À travers les innombrables vicissitudes de la France, le pourcentage d'emmerdeuses est le seul qui n'ait jamais baissé

Une veuve en or, film de Michel Audiard (1969), dit par Claude Rich



LES PROPHÉTIES DE SAINTE KITOUCHE, PATRONNE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES

avril 2009

Dès aujourd'hui de ton kiné tu profiteras Ce médicament de deux mains immédiat Aux vecteurs naturels te thérapeuteras Le pinacle de l'Europe en fera bientôt la Loi Et de ton kiné, un physiothérapeute naîtra

Petits et grands

maux d'Ordre

Le Conseil National de l'Ordre infirmier a fixé sa cotisation 2009 à 75 euros, ce qui représente un revenu prévisible de 38 millions d'euros. L'Ordre des médecins, quant à lui, a calculé que son revenu devait être de 60 millions pour garantir son indépendance.

Surprenante, la demande du gouvernement, intervenue le 14 avril 2009, d'une réduction du montant de la cotisation des infirmiers ! Précis, les propos de Madame Annie Podeur, directrice de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) : « Je vous serais reconnaissante de m'adresser votre programme d'actions justifiant d'un tel besoin de financement ».

Bel exemple d'ingérence dans une Institution que l'on a voulue autonome, à moins que l'on ne soit pas pressé de la voir trop indépendante...

Espace détente



Pavillon Puebla

Ce restaurant a été repris au printemps 2007 par Vincent Cozzolli, l'ancien patron du très réputé « Chez Vincent » de la rue du Tunnel.

Le soir uniquement, dans un cadre privilégié au milieu du parc des Buttes Chaumont – salle spacieuse et feutrée, terrasse aux beaux jours – vous y dégusterez une cuisine italienne raffinée, agrémentée d'arômes méditerranéens d'une fraîcheur incomparable, au son des airs d'opéra entonnés par le chef lui-même.

Le spectacle est essentiellement dans l'assiette : on ose à peine troubler l'harmonieux désordre qui s'offre aux yeux ; le ravissement se confirme dès la première bouchée.

Pavillon Puebla - Da Vincenzo Cozzoli

Parc des Buttes Chaumont - face au 43 avenue Simon Bolivar 75019 Paris

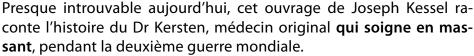
01 42 02 22 45





Les mains du miracle

Joseph Kessel (1960)



Son principal client, Heinrich Himmler, ReichsFürhrer SS est responsable de la Gestapo dans les pays occupés. Le dignitaire nazi souffrait de crises terribles que seul Kersten pouvait soulager. En échange de cette efficacité thérapeutique, il soutira de nombreuses libérations de prisonniers ou d'otages.

La physiothérapie bienfaitrice de l'humanité, avant même qu'elle n'existe.

L es brèves de cabinet

Réelles, authentiques et vécues : chroniques ordinaires de la vie du cabinet de physiothérapie

Mounir entre chez le kiné. Ce dernier ne retrouve pas la jovialité habituelle de son ami qui semble très préoccupé.

- Qu'est-ce qui ne va pas aujourd'hui, Mounir ?
- Oh si tu savais! J'ai du romantisme!
- Mon cher Mounir, je ne te connaissais pas si sensible.
- Hé oui, j'ai du romantisme au bras, j'ai du romantisme au pied...



