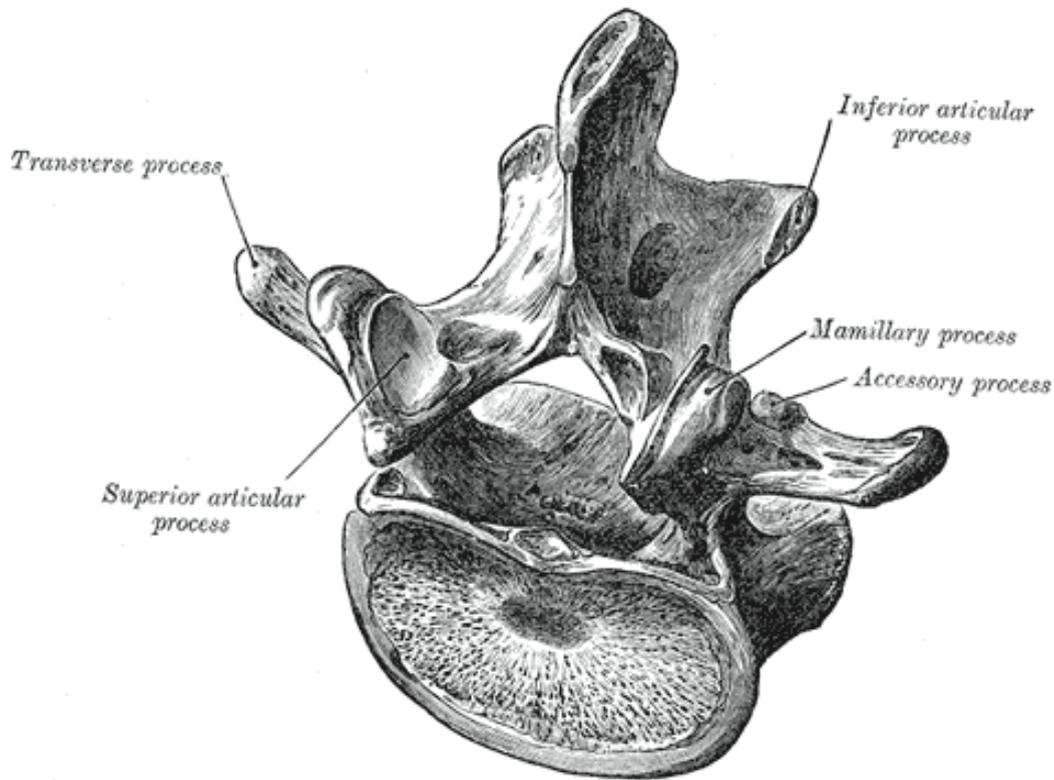




LE JOURNAL DES ÉTUDIANTS KINÉS N°49



VIE ETUDIANTE

LES TUTORATS

ZOOM

L'ESPRIT CRITIQUE

FNEK

Témoignages d'étudiants

Réforme de l'entrée en
études

DOSSIER S2F

Les Frais de Scolarité : une
thématique régionale,
bientôt nationale ?

INTERNATIONAL

HUMANITAIRE



FNEK
Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie

ÉDITO

Numéro 49

Décembre 2018

Rédactrices en Chef :

Juliette SENET, Vice-Présidente
en charge de la Publication et

Chargée de Mission Drom-Com

Lou MASSELIN, Vice-Présidente
en charge de la Communication et
Chargée de mission Réseau

Comité de Relecture :

Ensemble du comité de
relecture & Chacun des
membres du bureau
national de la Fédération
Nationale des Etudiants en
Kinésithérapie.

*Pour faire partie du comité de
relecture envoyez un mail à :*
communication@fnek.fr

Conception et Maquette, Editrice en Chef :

Juliette SENET

Régie Publicitaire :

Réseau Pro Santé
M. TABTAB, Directeur
6, av de Choisy - 75013 Paris
01 53 09 90 05
contact@reseauprosante.fr
reseauprosante.fr

L'ÉDITO DE LA RÉDACTION

Bonsoir !

Ce numéro se veut résolument tourné vers la recherche, les avancées de notre profession et de nos études...En somme, tourné vers "le scientifique", dans tout ce que ce large thème implique pour notre formation !

Nous nous sommes aussi grandement appuyées sur les différentes commissions de la FNEK pour la rédaction des articles de ce journal. En effet, il nous paraît essentiel de construire le journal que vous tenez entre vos mains autour du travail de rédaction des étudiants. Les commissions de la FNEK sont sources de travaux et d'échanges qui sont hors du commun. Le Pôle Communication-Publication tient particulièrement à **remercier chaque membre des commissions** Réseau et Enseignement Supérieur pour leur travail en collaboration et le temps fourni pour rendre des articles innovant et qui trouvent une place si particulière dans ce numéro.

Beaucoup de questions nous sont parvenues sur le devenir de la PACES, nous tentons d'y répondre dans l'article sur l'enseignement supérieur (*page 12*). Dans la même lignée, nous recevons aussi beaucoup de questions sur l'humanitaire. Un article témoignage d'une mission illustre très justement la réalité du terrain (*page 14*).

Nous attendons par mail : publication@fnek.fr, vos retours et propositions sur et pour les BDK, celui que vous lisez, celui que vous allez lire, celui que vous voulez lire.

En vous souhaitant un très bon début d'année 2019 et le meilleur pour les 365 jours à venir !

Bonne lecture,

**Les Louiettes
VP Communication
& VP Publication**



La Fédération Nationale des
Etudiants en Kinésithérapie
vous présente ses

Meilleurs Voeux 2019

LE MOT DU PRESIDENT

Bonjour à toutes et à tous,

Les actualités de la FNEK sont en ce moment très nombreuses : réforme de la PACES et suppression du Numerus Clausus, financement de notre formation, mise en place du service sanitaire, intégration universitaire...

Dans ce numéro, vous trouverez beaucoup d'articles dédiés à ces différents sujets, que les pôles concernés ont rédigé avec les commissions correspondantes, afin qu'ils soient accessibles compréhensibles au plus grand nombre de personnes possible.

Nous voici maintenant arrivés à la moitié du mandat du bureau national qui arrive à pile six mois depuis l'élection début juillet. L'assemblée générale correspondante de mi-mandat va avoir lieu fin janvier à Nantes, tout le bureau continue les dossiers repris après les vacances. Le travail ne manque pas, nous avons tous été heureux de remettre la main à la pâte après cette pause de Noël bien méritée !

Les échéances à venir pour la seconde moitié du mandat sont nombreuses dans les différents pôles : la campagne de communication sur l'exercice à l'international est maintenant bien entamée, les rendez-vous au ministère s'enchaînent pour le pôle S2F, et les tours de réseaux pour vous rencontrer et discuter avec vous sont toujours plus nombreux !

Au nom de toute la FNEK, j'espère que vous avez passé de très belles fêtes de fin d'années et que vos partiels se sont déroulés sans encombre.

A très vite,
Dans le prochain numéro du BDK !



**Antoine Dugast,
IFMK AP-HP, K3
Président**



FNEK

Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie

CAMPAGNE DE
COMMUNICATION
PARTICIPATIVE
INTERNATIONALE

**JANVIER
2019**

SUR FACEBOOK

> CMV Mediforce

propose aux professionnels de santé une offre complète de solutions financières répondant à leurs besoins de financement et d'investissement.

Notre savoir-faire, apporter des réponses personnalisées à l'ensemble des besoins de nos clients :

- > Expertise dans les financements des professions libérales de santé.
- > Diversité de l'offre de financement adaptée à chaque spécialité.
- > Prise en charge totale de votre projet par un interlocuteur dédié.
- > Des correspondants de proximité dans chaque région.
- > Taux préférentiels réservés aux praticiens libéraux.



Contactez-nous...

Nos conseillers sont à votre écoute pour tous vos besoins de financement.

 N° Vert 0 800 233 504

Appel gratuit depuis un poste fixe

Vous pourrez découvrir toute notre offre de produits, faire des simulations, demander un crédit sur notre site

www.cmvmediforce.fr



* Offres sous réserve d'acceptation par CMV Médiforce

CMV Médiforce - SA au capital de 7 568 120 €
123 rue Jules Guesde - TSA 51 111 - 92683 Levallois-Perret Cedex.
Siège Social : 1, bd Haussmann - 75009 Paris - RCS Paris 306 591 116
SIRET 306 591 116 00034 - ORIAS 07 02 88 60 - APE 6491 Z
Document non contractuel



Le financement
des professionnels
de santé

SOMMAIRE

7/ FNEK

Témoignages
Réseau

10/ ZOOM

L'esprit critique

12/ ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Des changements en cours,
La réforme de l'entrée en
études

14/ INTERNATIONAL

Humanitaire

16/ COMM'

18/ VIE

ETUDIANTE

Le Tutorat

20/ L'ARTICLE

28/ DOSSIER S2F

34/ EN IMAGE

Dernier trimestre 2018



LA FNEK VUE PAR ET POUR LES ETUDIANTS

TÉMOIGNAGES

Tu sais ce que c'est la FNEK, un peu, beaucoup, passionnément, à la folie ou pas du tout ? Tu en entends parler parfois, mais tu as du mal à te représenter ce que ça peut être d'aller en événement et de participer directement à tous les projets qu'elle met en place ? **C'est ton jour de chance !**

La **Commission Réseau** a recueilli spécialement des témoignages d'étudiants de tous horizons et de toute époque, sur leur premier événement FNEK et comment ils l'ont vécu. En voici un petit échantillon, **enjoy !**

TÉMOIGNAGE 1

Bonjour bonjour à tout le réseau :)

J'ai entendu parler de la FNEK lorsque j'ai commencé un petit peu à sortir de ma ville. J'avais rencontré des gens du réseau au Gala 'K, et lorsqu'on m'a proposé de venir à l'AG de mi mandat de Brest en janvier 2018 pour représenter les Nord'IKE, j'ai accepté, pour revoir les copains ! Lors de cet événement, j'avais adoré la bonne ambiance, le fait de pouvoir parler à n'importe qui, l'absence de hiérarchie, et de distance entre les gens du réseau peu importe leur fonction ! J'avais aussi beaucoup apprécié les temps hors AG, par exemple les Groupes de Travail, où chacun pouvait parler librement et était écouté ! Cependant, pour un premier événement, les points de trésorerie, vérif' aux comptes, étaient très rébarbatifs... Ce n'était peut être pas le premier événement idéal niveau accessibilité !

Et donc, je suis revenu pour ce que j'avais aimé : pouvoir s'exprimer librement et auprès de tous, être écouté, et bien sûr pour la bonne ambiance ! <3

Hadrien, K3 à Amiens

TÉMOIGNAGE 2

Bonjour bonjour à tout le réseau :)

Suite à votre petite demande de témoignage, je viens vous partager le mien !

J'ai entendu parler de la FNEK via une amie à moi, très proche également de la FNEK et qui a rejoint la commission réseau cette année. J'ai réalisé mon premier événement FNEK le 19 octobre dernier, en allant au congrès de la SONICK. C'était un chouette événement, qui m'a donné goût à l'associatif (un peu plus en tout cas).

Je suis venue, par esprit de curiosité dans un premier temps. Je n'avais pas envie de commencer par une Assemblée Générale, j'avais peur de ne pas tout suivre, de ne pas tout comprendre, donc je me suis dit qu'un congrès (pour commencer) serait plus aisé. Et ça l'a été ! Et mieux, ça m'a donné envie d'aller plus loin et de faire une AG.

Lors de cet événement, j'ai adoré la sympathie de toutes les personnes présentes, la facilité d'accès aux informations : une question trouve une réponse et même des ressources externes où me renseigner. J'ai apprécié la disponibilité des admins, des membres du bureau et les formations. Ces dernières sont ultra utiles et pertinentes, ce n'est pas barbant ou ennuyant et ça donne envie de se former à son tour. On peut discuter avec facilité avec les formateurs, on peut échanger sur des problématiques, des idées et former de véritables échanges, c'est un réel plaisir.

Pourquoi je reviendrai ? Parce qu'à moins d'être subitement devenue raisonnable, j'ai beaucoup trop apprécié l'expérience pour ne pas retenter. C'est l'occasion d'apprécier un peu plus notre formation, de s'informer en toute simplicité et en appréciant s'enrichir, sur de divers et multiples sujets. Faudrait être fou pour ne pas reprendre une part d'un tel gâteau !

Anonyme

TÉMOIGNAGE 3

Bonjour bonjour à tout le réseau :)

Au départ, je n'avais pas entendu parler de la FNEK, mais lors des IKE d'il y a fort longtemps (mes premiers IKE en 2014 où j'étais en K1) il y avait une bande de joyeux lurons Lillois qui hurlaient à pleins poumons : Il est moins le quart ! Et ils parlaient sans relâche du CLOCK (Congrès de la FNEK de juin 2014). Suite aux IKE, me voici en direction de Lille, pour ce fameux congrès du CLOCK, avec une rennaise, un nantais et un berckois ! J'y suis allé pour découvrir le monde associatif, Lille, les formations et la bonne ambiance FNEKarde.

C'était un super moment, j'en garde de très bon souvenir. Un événement avec des formations de qualité, qui abordaient des sujets variés. Une très bonne équipe d'organisation. Un accueil chaleureux. Des personnes que j'ai pu rencontrer et garder en ami formidables ! Que de bons souvenirs !

Pourquoi suis-je revenue à la FNEK ? Parce qu'il est toujours moins le quart quelque part ? ;). Blague à part, je laisse ma place aux jeunes. Mais je soutiens les actions de la FNEK, et j'espère qu'elle continuera à progresser, à s'améliorer et à défendre les valeurs des étudiants en Masso-Kinésithérapie ! A l'époque y avait ce slogan aussi, car la FNEK, c'est vous !

Bises rennaises !

Tiphaine INVERNIZZI

TÉMOIGNAGE 4

J'ai entendu parler de la FNEK en K1 lors des élections du BDE, une amie est devenue VP FNEK et depuis je n'ai jamais arrêté d'en entendre parler.. Et je ne m'en lasse pas !

Mon premier événement était le Weekend d'été 2018 à Strasbourg (<3)

J'y suis allé car ils avaient besoin d'une VP COMM' de remplacement et comme la VP FNEK m'avait beaucoup parlé de cette grande famille, je me suis retrouvée embarquée dans cette folle (!) aventure. Ce qui m'a le plus plu : c'est l'ambiance ultra conviviale et l'ouverture d'esprit de tout le monde. Les gens débordent de love, et on y apprend des trucs vraiment intéressants ! Et encore je n'ai pas tout découvert...

Ce qui m'a le moins plu : "non mais je te promets l'organisation c'est facile" ... à la recherche de mon sommeil... Ah le traquenard ! Pourquoi revenir ? Parce que de toute façon dormir c'est tricher. Plus sérieusement quand on l'a testé on ne s'en passe plus, essaye pour voir tu comprendras !

Anonyme

Tu n'es pas bien sûr d'avoir compris ce que c'est un événement FNEK ? Viens retrouver plein d'autres témoignages en flashant ce [QR code](#) ! Et si tu en veux plus, nous n'avons qu'une chose à te dire : à très bientôt en événement !

Car en effet, la FNEK c'est VOUS !

Par la
La Commission Réseau 2018-2019



ZOOM

L'Esprit Critique en masso-kinésithérapie, une compétence à développer

L'esprit critique est un élément qui prend de l'ampleur au sein de nos Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK), mais également dans la société, dans sa globalité, avec notamment l'explosion des fake news et de leurs dénonciations.

Qu'est-ce que l'esprit critique ?

L'esprit critique, ou *critical thinking* (pensée critique) correspond aux facultés intellectuelles nous permettant de raisonner rationnellement et objectivement ainsi que de comprendre les liens logiques entre les idées. Il s'agit d'une posture intellectuelle qui va, pour celui qui l'applique, faire se poser un minimum de questions sur une information, et les raisons d'y adhérer. La différence entre faire preuve ou non d'esprit critique vient de la volonté d'utiliser ses outils critiques (réflexions) pour mettre en question des affirmations, des préjugés, des opinions.

L'esprit critique est, par certains auteurs, définis comme l'aspect technique de la pensée critique qui comprend également des attitudes propres telles que la tendance à être critique.

L'esprit critique s'inscrit dans un concept plus large, celui de la zététique désignant les chercheurs de la vérité, et se définissant comme un scepticisme provisoire. Ce concept considère le doute comme un moyen et non comme une fin, donc le doute est **provisoire** et méthodique, on suspend temporairement notre jugement pour rester objectif.

Daniel Kahneman décrit deux systèmes de réflexion : le système 1 intuitif qui permet de prendre des décisions rapides, contrairement au système 2 où nous voulons vraiment être sûrs en se basant sur des preuves vérifiables, et donc une méthode rigoureuse donc beaucoup plus long.

Dans le système 1, on va notamment faire confiance à des experts pour minimiser les chances de se tromper. En passant au système 2 on ne s'expose plus à l'argument d'autorité (fait de croire une personne à tort du fait de son statut) puisqu'on analyse les faits, des données et non plus celui qui les expose.

La pensée critique c'est définir les stratégies globales du système intuitif, la méthode du système analytique et les conditions qui font passer du système 1 au 2.

Quand nous repérons des **arguments fallacieux***, on pense obligatoirement en système 2, ou on met en gros doute les propos émis. Il faut aussi faire attention aux biais de conformation ; si une information va dans le sens de nos opinions, on a moins tendance à la remettre en doute (et passer en système 2)

Pourquoi est-ce important dans notre formation et notre métier ?

La kinésithérapie tend à se scientifier, avec le développement de la recherche en physiothérapie et la création et l'expansion, suite à la réforme des études, d'un module d'initiation à la recherche.

Les résultats « scientifiques » concernant différentes thématiques, notamment les méthodes de traitement, ou d'évaluation en rééducation sont de plus en plus vulgarisées. Bien souvent cela se fait au détriment d'explications et d'informations concernant la méthode de recueil de ces informations.

Au-delà de savoir critiquer un article au travers d'une grille de lecture critique, il faut être capable de faire preuve de discernement, notamment quand des articles concluent sur une signification significative. En effet une différence statistiquement significative, n'implique pas nécessairement d'impact en pratique clinique.

Dans notre formation, il faut avoir conscience que certains de nos formateurs ne font que peu preuve d'esprit critique, notamment des professeurs appartenant à des associations affiliées à des méthodes de rééducation, et donc c'est à nous d'avoir ce doute. Prenons par conséquent le temps de douter, même de nos cours et d'autant plus plus s'ils nous paraissent géniaux.

Mais au-delà de ça, il est important de garder un esprit critique dans sa vie citoyenne et quotidienne. En effet, que pensez-vous :

Quand vous entendez un discours politique en campagne électorale ?

Quand on vous dit que le muesli est dangereux pour la santé s'il n'est pas bio ?

Quand on vous dit que l'homéopathie ça marche ?

Quand on vous dit que les voitures électriques sont moins polluantes ?

Quelques pistes pour développer l'esprit critique

L'AFIS (Association Française pour l'Information Scientifique) apporte un éclairage sur des sujets de société qui sont traités de manière pseudo-scientifique et font l'objet de désinformation ou polémiques, notamment autour de la santé.

L'association – Observatoire zététique (www.zetetique.fr), avec des chaînes YouTube comme Hygiène mentale traite de Pensée Critique, Scepticisme et Etude scientifique des phénomènes dits "paranormaux", mais aussi de ses notions dans un sens général.

La Miviludes (www.derives-sectes.gouv.fr) observe et analyse le phénomène sectaire, coordonne l'action préventive et répressive des pouvoirs publics à l'encontre des dérives sectaires, et informe le public sur les risques et les dangers auxquels il est exposé.

« L'art d'avoir toujours Raison » d'Arthur Schopenhauer présente des méthodes pour avoir raison peu importe s'il s'agit de la vérité, au travers de 38 stratagèmes qui peuvent berner notre esprit critique si on ne les connaît pas.

« Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles » de Nicolas Pinsault et Richard Monvoisin : manuel subversif, proposant aussi bien des outils critiques que des analyses approfondies de différentes thérapies manuelles très en vogue.

Cours d'autodéfense intellectuelle de « Université Grenoble Alpes » disponibles sur YouTube.



Yoann Galharret
VP Scientifique
K3 IFMK Bordeaux

Avec la participation de **Guillaume Rousson** (membre de la commission Scientifique)



Enseignement Supérieur

Des changements en cours, La réforme de l'entrée en études

Depuis la réforme de la formation de masso-kinésithérapie de septembre 2015, l'entrée en formation se fait via trois voies d'accès. La principale est la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), qui représente notre voie majoritaire d'accès aux études. Le reste des places en IFMK est accordé aux L1 Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) et L1 Sciences Technologies et Santé (STS).

Le 18 septembre 2018, le président de la république accompagné des deux ministres, de la santé et de la solidarité, et de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation, annonçait la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS). Dans ce cadre, ils ont souligné l'importance de revoir le système dès sa base qui est la formation des professionnels de santé.

Cette transformation porte principalement sur trois volets :

- 1- Recruter des étudiants de profils divers et leur permettre une orientation progressive ;**
- 2- Repenser l'entrée en études, en s'appuyant sur les cursus de formation déjà existants;**
- 3- Appuyer cette refonte par des éléments fondamentaux (l'intégration des formations à l'université, la formation à la recherche, et centrer les cursus sur l'acquisition de compétences et l'adaptation à l'évolution constante des techniques).**

La problématique toute particulière de la PACES, à l'origine d'un fort gâchis humain, et d'une mauvaise orientation de l'étudiant, a été mise en évidence par la volonté de sa suppression. Il est donc nécessaire de repenser l'entrée en études de masso-kinésithérapie et son articulation avec les années de formation en IFMK (4 années).

Aujourd'hui, la PACES est un système dans lequel seuls peu d'étudiants réussissent. L'évaluation est brutale, tournée vers une quantité démesurée de savoirs théoriques, que l'étudiant doit engranger sans se pencher sur des compétences telles que les qualités humaines et le relationnel, compétences nécessaires à l'exercice de son futur métier. Cela est incohérent dans un système où la finalité des études est un métier tourné vers le soin de l'autre.

Il se pose aussi la question du bien-être de ces étudiants en santé, de l'impact de ce système de sélection, et du retentissement psychologique sur les étudiants au moment de leur études, ainsi que sur ces mêmes étudiants en tant que futurs professionnels de santé.

C'est ainsi, que se voit réformée, par conséquence directe, l'année d'entrée en études de masso-kinésithérapie, en association avec les filières de Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie (MMOP). C'est donc au côté de ces 4 filières de la PACES que le modèle d'entrée en études de masso-kinésithérapie doit se transformer (MMOPK). Il est nécessaire d'adapter les métiers et les formations aux enjeux de demain. Les étudiants doivent avoir la possibilité de coopérer et d'évoluer d'un cursus à un autre. Il faut pour cela décloisonner les formations, les centrer sur les compétences et favoriser la mutualisation de cours.

Actuellement, nous avons un système de formation permettant l'entrée en études de nombreux profils étudiants, avec un parcours en IFMK professionnalisant et laissant une place prépondérante aux stages pratiques, à l'apprentissage

de la langue anglaise médicale et à l'initiation à la recherche. C'est dans ce cadre et avec les volontés du gouvernement que doit se mettre en place un nouveau modèle d'entrée en études, favorisant davantage la diversité de profils étudiants et l'orientation de ces derniers, mais aussi le travail en interprofessionnalité.

Un modèle a été proposé par le gouvernement, intégrant cette nouvelle année d'entrée en étude à l'université en tant que première année au sein d'un système de licence. La masso-kinésithérapie serait donc accessible après une première année à l'université. Pour cela il est nécessaire de s'appuyer sur les licences pré-existantes et de créer de nouvelles licences en rapport avec la santé :

-**La PACES sera remplacée par un parcours licence dénommé "majeure santé"**. La majeure santé correspond à une licence dans laquelle la majorité des enseignements sont des enseignements de santé, complétés par d'autres domaines (en petite proportion). Par exemple, des enseignements pourraient être du domaine du droit, de l'économie, ou des sciences, etc...

-Pour compléter ce parcours licence et ainsi ouvrir des voies supplémentaires d'entrée en études de santé, **un parcours licence dénommé "mineures santé" va être créé**. La mineure santé correspond à une licence (déjà existante ou à créer) dans laquelle la majorité des enseignements sont de d'autres domaines, complétés par ceux de santé (en petite proportion). Par exemple, une licence en sciences humaines pourrait se voir ajouter une petite part d'enseignements en santé.

L'ajout d'enseignements en minorité dans ces deux nouveaux parcours licences pourront ainsi permettre aux étudiants de se réorienter vers d'autres métiers.

C'est **dans ce modèle global des majeures et mineures santé que les filières MMOPK doivent s'intégrer** pour permettre aux étudiants de s'orienter en filière de santé de la PACES qui sera supprimée.

La FNEK a donc proposé sa contribution concernant la forme que devrait revêtir ce modèle d'entrée en étude de santé, ainsi que son organisation avec le parcours en IFMK pré-existant.

■ **La PACES sera
remplacée par
un parcours licence
dénommé "majeure
santé"**.
■



Marine Bercy & Léo Langlais
IFMK CEERF & Orléans, K4
Pôle enseignement supérieur
1ère VP Enseignement supérieur &
CM Enseignement supérieur

HUMANITAIRE

Une mission avec Kinésithérapeutes Du Monde

Je suis depuis deux mois en mission au Cameroun avec Kinésithérapeutes Du Monde (KDM). **L'objectif global d'une mission KDM est d'améliorer la prise en charge du handicap en aidant au développement des métiers de la rééducation par la formation, la sensibilisation et en soutenant et participant à l'organisation fonctionnelle et matérielle des structures partenaires.**

La mission au Cameroun est itinérante et se déroule sur une année (deux kinésithérapeutes vont se relayer) auprès de trois partenaires : une **école de kinésithérapie**, un **réseau hospitalier** et un **centre médico-social**.

En plus des objectifs globaux d'une mission KDM, l'axe plus spécifique de cette mission est d'**améliorer les compétences des kinésithérapeutes dans l'encadrement de stagiaires** car de nombreuses écoles de kinésithérapie fleurissent au Cameroun. Ainsi, j'ai débuté mon action auprès des formateurs d'une école de kinésithérapie. Les objectifs étaient d'évaluer et d'apporter des clés pédagogiques aux formateurs, d'organiser les périodes de stage au sein des différentes structures partenaires de la mission et de réaliser un livret de stage permettant d'améliorer le suivi des étudiants.



Puis à quelques kilomètres de Yaoundé, dans le premier hôpital, le but était de renforcer les compétences de la kinésithérapeute en place, d'organiser le service de rééducation (fiche de bilan et de suivi des patients, accessibilité aux soins de kinésithérapie ainsi que réalisation de matériel) et de soutenir la structure dans la promotion de la rééducation (journées de sensibilisation pour le personnel et la population locale). Je suis depuis peu dans l'Ouest du Cameroun où je vais intervenir dans trois hôpitaux appartenant au même réseau de soin. Le travail sera sensiblement le même que dans le premier hôpital (sensibilisation, renforcement de compétences, aménagement du plateau technique).

Je terminerai en intervenant au sein d'un centre médico-social qui a déjà bénéficié d'un partenariat avec KDM par l'envoi de deux kinésithérapeutes et une ergothérapeute.



Depuis le début de la mission, les différents partenaires ont tendance à me mettre en posture de « supérieure hiérarchique » et sont donc très en attente de « mon intervention ». Parfois cela peut être déroutant et source d'une certaine pression car je ne me sens pas toujours à la place qu'ils m'attribuent. Je ne cesse de leur rappeler que je suis **avant tout leur collaboratrice** et que **sans leur implication, l'intervention de KDM n'aboutira pas à une action pérenne** d'autant plus que le temps passé dans chaque structure est faible (deux périodes de cinq semaines pour chaque structure). Ainsi, il faut pouvoir créer un **réel échange** avec les acteurs locaux et **intervenir avec beaucoup de modestie** ; donc mon regard extérieur et critique vis à vis de leurs compétences et de l'organisation mise en place me permet de les soutenir dans **l'émergence d'actions de développement**. Il est important avant tout de créer une dynamique, une impulsion en m'appuyant sur mes collègues camerounais : **leur motivation et leur engagement est une des clés de la réussite de la mission**. Malgré l'implication des kinésithérapeutes et les précautions prises pour éviter de les décrédibiliser auprès des autres professionnels et des patients, il est triste de voir que l'**effet « peau blanche »** est un facteur important de crédibilité et que les compétences des collègues ne sont pas reconnues à leur juste valeur : les initiatives apportées par mes collègues sont parfois peu

HUMANITAIRE

encouragées alors que les mêmes propositions reçoivent plus d'approbations lorsque j'en suis la porte parole. C'est toute la complexité d'une mission : savoir valoriser les professionnels en place vis à vis des médecins et des patients afin de leur redonner leur place à part entière.



Cette aventure professionnelle revêt aussi un caractère personnel et il est, je pense, très important pour le volontaire de **partir avant tout pour son enrichissement**.

Du point de vue professionnel, il s'agit d'une **expérience clé** dans ma carrière qui pourra servir de tremplin pour la suite de mes projets en France. Au niveau personnel, c'est tout simplement... exquis. La rencontre d'une autre culture qui permet de sourire de pratiques qui semblent désuètes pour nous, français, mais aussi d'un autre côté de **prendre du recul sur sa vie et les habitudes que nous avons prises**. Il est important de **savoir s'adapter** à toutes les situations et de pouvoir facilement rire des plus déroutantes. Partir dans le contexte de cette mission me permet de faciliter les échanges car la solitude sous-entend une plus grande réceptivité aux rencontres d'autant plus que les camerounais sont très accueillants et m'accompagnent dans la découverte touristique de l'environnement, mais aussi des traditions et des cuisines locales.



Je suis avant tout leur collaboratrice et que sans leur implication, l'intervention de KDM n'aboutira pas à une action pérenne d'autant plus que le temps passé dans chaque structure est faible. Ainsi, il faut pouvoir créer un réel échange avec les acteurs locaux et intervenir avec beaucoup de modestie.

Même si, au-delà de ce tableau peut-être trop idyllique, il y a régulièrement des moments plus difficiles soit par la sensation de ne pas être capable d'atteindre les objectifs fixés, soit par le fait d'être loin de ses proches (et notamment de mon mari), je dirais que cela fait aussi parti de la mission. **Le volontaire qui s'engage nécessite une réflexion personnelle approfondie avant d'envisager un départ.**

Comme j'aime à le dire, l'inconnu est effrayant, on ne peut se lancer dans une aventure comme celle-ci sans certaines appréhensions... mais cela ne doit pas être un frein car, cet inconnu est ce qui **permet de se remettre en question, de toujours se maintenir en éveil et, par ces biais, de construire sa vie.**



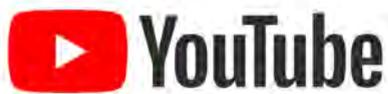
Mathilde Ernould
MKDE

Volontaire en Mission pour KDM
(partenaire de la FNEK)

LE PÔLE COMMUNICATION T'INVITE A NOUS SUIVRE !



LA FNEK SUR INSTAGRAM :
LA_FNEK !



ÉVIDEMMENT, TU NOUS SUIS DÉJÀ SUR
LE FB ET LE YT **FNEK** !

TU PEUX AUSSI AVOIR DES INFOS SUR NOTRE
SNAPCHAT OU PAR NOTRE **NEWSLETTER** !

N'HÉSITE PAS À CONTACTER NOTRE VP
COMMUNICATION :

COMMUNICATION@FNEK.COM



NEWSLETTER 14



LA FNEK SUR TWITTER : **@LA_FNEK** !

Dès l'obtention du Diplôme

Si vous exercez en libéral, un conseil, adhérez à une AGA

L'ANGAK est la 1ère Association Nationale de gestion Agréée des MK



Bénéficiez de notre cotisation minorée de **40 €** si vous dépendez du régime fiscal Micro BNC *

Avantages à l'Adhésion :

- A votre service une aide comptable, juridique et fiscale
- Des formations gratuites d'initiation à la comptabilité
- Une information juridique et fiscale par l'Infomail et l'Eco gestion
- Un logiciel de comptabilité gratuit Compta Expert
- Un guide de Comptabilité et fiscalité
- Une aide technique à la gestion
- La disponibilité de toute une équipe à votre service



Angak : 8 rue de Périole - B.P 85817 - 31505 - TOULOUSE cedex

Tel : 05 61 99 52 10 - Mail : info@angak.com - Site : www.angak.fr

* Conditions d'éligibilité au régime Micro BNC sur notre site

TUTORAT

Tutorats d'années supérieures

Kesako ?

Définition du tutorat par la FNEK :

Le Tutorat est un système de compagnonnage **établi entre des étudiants** dans le but de produire un guidage, un partage des connaissances, de pair à pair.

Il repose sur un investissement étudiant volontaire soutenu par une pédagogie enrichie par l'expérience et par des formations. Il s'inscrit dans une dynamique d'approfondissement et d'innovation perpétuelle, que ce soit dans son concept ou dans sa réalisation, dans la continuité des enseignements prodigués lors de la formation initiale, tout en conservant une approche propre. Le Tutorat vise à la connaissance et à l'intégration des savoirs nécessaires à notre formation, et non à la production de notions dépassant notre préparation à l'entrée dans le monde professionnel, sur les plans aussi bien pratiques que théoriques.

Le Tutorat évolue dans le sens commun des **volontés tripartites** de l'administration des instituts, de l'étudiant tuteur, et de l'étudiant suivi.

Les objectifs globaux de ce système sont de **faciliter le parcours des étudiants** (tuteurs et suivi) au sein de leur cursus de formation initiale, mais aussi de les préparer le plus efficacement possible au monde professionnel qui les attend, ainsi que de permettre la création d'un environnement de travail optimal et favorable par tous les moyens à disposition. »

Etat des lieux

Nous avons la chance dans nos réseaux d'avoir un nombre de tutorats d'années supérieurs qui est important par rapport aux autres filières de santé, celui-ci est de **37 tutorats présents ou en cours de création cette année (2018-2019) sur les 48 instituts existant en France**. La particularité des tutorats de notre réseau est que chacun est vraiment unique et répond à des besoins qui sont propres aux étudiants en fonction de leurs instituts. Ils peuvent être centrés sur une promotion comme sur plusieurs. Ils peuvent aussi bien concerner la **pratique** que la **théorie** et apporter une **plus-value dans la formation**. Dans les tutorats, on peut retrouver par exemple un système de

ronéo (entraide pour la prise de notes), des corrections d'annales, la rédaction de guides ou bien des examens blancs supplémentaires par exemple. Il existe pour certains de ces tutorats des compensations pour ses tuteurs sous formes de validation d'option, il existe aussi des subventions pour certains d'entre eux.

Le rôle de la FNEK

Les tutorats d'années supérieures peuvent parfois rencontrer quelques difficultés que ce soit pour leurs mises en place, sur la motivation des participants, sur son organisation, sur la présentation de celui-ci à l'institut. Pour pallier à toutes ces problématiques la FNEK se veut force d'accompagnement des tutorats et leur donner toutes les chances de réussir pour pouvoir se dynamiser le plus possible.

Pour cela plusieurs dispositifs sont mis en place

Depuis le mandat 2017/2018, est voté au bureau national, un responsable du tutorat pour la FNEK, le **Vice-Président en charge du Tutorat**. Vous pouvez le contacter pour toutes questions, informations ou précision par mail à tutorat@fnek.fr

Il existe aussi depuis cette année de mandat 2018-2019, la création des **Tutorats Tour**, qui sont coordonnés entre la VP formation et le VP tutorat de la FNEK (que nous vous présentions dans le numéro 48 *ndlr*). Ce Tutorat Tour est adaptable pour tous les tutorats quelle que soit leurs niveaux ou leurs difficultés, de la mise en place jusqu'à un niveau expert de celui-ci, des formateurs feront le déplacement pour venir vous former et vous aidez comme cela à pu déjà être fait pour Marseille, Brest, Bordeaux, Mulhouse ou Rennes cette année. Pour une demande n'hésitez à envoyé un mail à formation@fnek.fr

L'année dernière la FNEK a aussi lancé un groupe « **Réseau tutorats FNEK** » ou les tutorats d'années supérieures peuvent se poser des questions librement et échanger sur leurs fonctionnement ou leurs innovations pédagogiques.

TUTORAT

Il existe un **Week End Tutorat (WET)** organisé tous les ans par 5 fédérations de filière: ANEMF (médecine), ANEPF (Pharmacie), ANESF (sage femme), UNECD (dentaire), FNEK (kinésithérapie).

Le WET est un week end de formation, d'information et d'échanges regroupant les tutorats PACES mais aussi d'années supérieures des filières citées précédemment auxquelles, par conséquent, n'importe quel tutorat kiné d'années supérieures peut s'inscrire. En 2019 le WETbowl se déroulera à **Montpellier aux dates du 22 23 24 février**.



L'avenir ?

Le tutorat apporte en complément des cours une **pédagogie innovante** qui est très appréciée par les étudiants car elle est donnée par des étudiants qui sont proches de leurs problématiques d'apprentissage. De plus cet apprentissage par les pairs leur permet à leur tour d'**ancrer le savoir en le restituant**.

La FNEK avec l'aide de la **commission tutorat** veut continuer à améliorer son accompagnement de ses tutorats en continuant de faire toujours plus de tutorats tous, en publiant avant la fin du mandat un **dossier regroupant les informations importantes de l'état des lieux des tutorats** lancés cette année et en entamant un travail sur la **démocratisation des compensations auxquelles les tutorats pourraient accéder**.



Thomas Chauvin
Vice-Président en charge du
Tutorat
K3 Bordeaux

■ ■ **37 tutorats**
présents ou en
cours de création
cette année sur les
48 instituts existant
en France.



Programme préventif des entorses de cheville chez les jeunes joueuses de football : essai contrôlé randomisé par grappe



Ankle sprain prevention program in young female soccer players: Randomized controlled cluster study

Hugo Del Rabal^a
Brice Picot^b
Stéphane Moret^c
Antoine Dany^d
Alexandre Rambaud^{e,f}

^a8, avenue du Docteur-Paul-Durand, 26600 Tain l'Hermitage, France

^bFédération Française de Handball, France

^cCentre de kinésithérapie du Pôle Sportif, 42350, Talaudière, France

^dA 3797 Santé publique, Vieillesse, Qualité de Vie et Réadaptation des sujets fragiles, Salle d'Analyse du Mouvement, Pôle Autonomie et Santé, CHU de Reims, 51100 Reims, France

^eLaboratoire Interuniversitaire de Biologie de la Motricité (LIBM - EA 7424), Université Lyon, Université Jean Monnet, 42270 Lyon, France

^fCentre de kinésithérapie du Pôle Sportif, 42350 Talaudière, France

Reçu le 10 septembre 2017 ; reçu sous la forme révisée le 23 mai 2018 ; accepté le 18 juin 2018

RÉSUMÉ

Objectif. – L'entorse de cheville est la pathologie la plus fréquente en sport. Dans la littérature scientifique, des protocoles préventifs sont proposés sans pour autant faire consensus. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un protocole de prévention des entorses de cheville de 5 semaines, élaboré d'après les recommandations internationales et ne nécessitant pas de matériel.

Méthode. – Nous avons testé 36 sujets répartis en 2 groupes. Le groupe témoin a pratiqué une préparation de pré-saison classique. Le groupe intervention a effectué, durant la pré-saison, un protocole préventif de reprogrammation neuromusculaire ciblant les membres inférieurs en plus de la préparation classique. Nous avons évalué et comparé à court, moyen et long terme les effets produits grâce au Star Excursion Balance Test (SEBT) modifié. Le critère d'évaluation principal était le score composite (SC) au SEBT modifié.

Résultats. – L'analyse des résultats ne montre pas de différence significative au SEBT entre les 2 groupes après le protocole ($p = 0,23$), à 3 mois ($p = 0,23$) et à 10 mois ($p = 0,13$). Néanmoins, le groupe intervention a vu son score composite augmenter de manière significative après la période de protocole ($p = 0,03$), ce qui n'était pas le cas dans le groupe témoin ($p = 0,68$).

Conclusion. – Cette étude suggère que le protocole préventif de 5 semaines élaboré a permis d'améliorer de manière significative l'équilibre dynamique dans le groupe intervention. Ces résultats semblent expliquer le nombre moins important d'entorses de cheville survenues en cours de saison, par rapport au groupe témoin. Des paramètres clés semblent pouvoir favoriser l'efficacité de ce type de protocole : privilégier une grande fréquence des séances hebdomadaires, proposer un protocole court pour favoriser l'observance, intégrer les stratégies ne ciblant

MOTS CLÉS

Cheville
Entorse
Football
Prévention
Star excursion balance test

KEYWORDS

Ankle
Sprain
Soccer
Prevention
Star Excursion Balance Test

Auteur correspondant :

H. Del Rabal,
8, avenue du Docteur-Paul-Durand, 26600 Tain l'Hermitage, France.
Adresse e-mail :
hugodelrabal@hotmail.fr

Savoirs

pas spécifiquement la cheville (genou, hanche, tronc) en se rapprochant le plus des mouvements fonctionnels. Ces résultats devront néanmoins être confirmés sur une population plus importante.

Niveau de preuve. – 2 (essai contrôlé randomisé par grappe de faible puissance statistique).

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Introduction. – Ankle sprain is the most common pathology in sport. In the scientific literature, many prevention protocols have been described, but without consensus. The aim of this study was to assess the effectiveness of a 5-week ankle sprain prevention protocol, based on international guidelines and requiring no special equipment.

Method. – In total, 36 subjects, divided in 2 groups, were included. The control group underwent classic preseason preparation. In the intervention group, classic preseason preparation was associated to a prevention protocol with lower limb neuromuscular exercises. Short-, medium- and long-term effects were assessed and compared using the modified Star Excursion Balance Test (SEBT) modified. The main endpoint was modified SEBT composite score (SC).

Results. – Analysis of results found no significant differences in SEBT between the 2 groups, after the protocol ($P = 0.23$), at 3 months ($P = 0.23$) or at 10 months ($P = 0.13$). On intragroup comparison, however, SC increased significantly in the intervention group after the protocol period ($P = 0.03$), which was not the case in the control group ($P = 0.68$).

Conclusion. – This study suggests that the 5-week prevention protocol significantly improved dynamic balance in the intervention group. These results may explain the lower number of ankle sprains occurring during the season, compared to the control group. Key parameters seem to enhance the efficacy of this type of protocol: high frequency of weekly sessions, short protocol to encourage adherence, and inclusion of strategies not specifically targeting the ankle (knee, hip, trunk), optimally reproducing functional movements. These results are to be confirmed with a larger population.

Level of evidence. – 2.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

L'entorse de cheville est une des pathologies les plus fréquentes de l'appareil locomoteur. Elle représente 7 à 10 % des motifs de consultation en urgence hospitalière [1]. En France, on recense en moyenne 6000 nouveaux cas par jour [2]. Cette atteinte traumatique touche plus particulièrement les sportifs [3]. On retrouve une importante prévalence de l'entorse de cheville dans les sports qui nécessitent des sauts, des réceptions sur un pied ou des changements brusques de direction [4]. Les principales activités à risque sont les sports d'appuis tels que le volleyball (45,6 %), le football (23,7 %) et le basketball (15,9 %) [5].

Dans le football, 88 % des entorses de cheville ont lieu lors d'un contact avec un adversaire [6]. Une méta-analyse de McGuine et al. rapportent qu'il y a 3 fois plus d'entorses de chevilles durant les matchs que durant les entraînements [7]. Des facteurs de risque comme un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 et la fatigue augmentent d'autant plus le risque d'entorses de cheville [8,9]. Dans ce sport, la population féminine est le plus souvent touchée avec 15 à 31 % des cas suivant les études [10–12]. Ce risque accru peut s'expliquer par une plus grande laxité ligamentaire, l'effet des hormones féminines sur les tissus et un moins bon contrôle neuromusculaire dans certaines situations [13,14].

Dès 1965, Freeman suggère le lien entre un déficit proprioceptif et l'augmentation du risque d'entorses de cheville [15]. Ces travaux ont ouvert la voie à de nombreuses publications cherchant à prévenir et traiter ce type de blessures.

Il a été démontré que quelle que soit la population étudiée, un manque d'équilibre dynamique conduit à un risque accru

d'entorses [16]. Ce risque est d'autant plus grand si le sujet présente déjà un antécédent d'entorse de cheville [17].

Le contrôle du mouvement est conditionné par deux processus : le *feed-forward* et le *feed-back*. Le *feed-forward* correspond à l'activation d'une mémoire gestuelle permettant l'anticipation des mouvements. Le *feed-back* est un système de rétrocontrôle permettant de corriger le mouvement s'il n'est pas conforme à celui en mémoire. Néanmoins, il a été démontré que le *feed-back* n'est pas suffisamment rapide pour éviter à lui seul le mouvement traumatique. Pour la cheville, Thonnard et al. ont montré que le mécanisme lésionnel intervient en 30 ms alors qu'il faut 60 à 80 ms pour activer la boucle de rétrocontrôle du *feed-back* [18]. Nous savons aussi que ce temps de latence est augmenté suite à une première entorse [19]. C'est pourquoi les travaux récents suggèrent de privilégier l'amélioration du *feed-forward* par des exercices de reprogrammation neuromusculaire [20].

Plus spécifiquement pour les membres inférieurs, la pro-activation des muscles fibulaires développe une raideur active qui protège la cheville d'une éventuelle lésion. Ce phénomène s'améliore au fur et à mesure des stimulations en diminuant le temps de réaction des muscles fibulaires et en favorisant leur activation dynamique excentrique ce qui présente un intérêt préventif et rééducatif certain [21]. Pour cela, il est recommandé de provoquer chez le sujet des déstabilisations de cheville afin de stimuler et d'améliorer ces systèmes de protection [22].

Dans une méta-analyse portant sur 21 études, Mc Keon et al. [23] rapportent qu'un programme préventif permet de réduire de 20 à 60 % le risque d'entorse de cheville en prévention secondaire.

Ces bénéfices n'ont pas été démontrés en prévention primaire [24]. La littérature scientifique compile de nombreux programmes de prévention sans qu'il existe de consensus sur leurs différents paramètres tels que la durée, la fréquence et le contenu des séances. Parmi les programmes publiés, certains nécessitent du matériel (BOSU®, ballon de Klein, attelle Myolux®), d'autres doivent être pratiqués durant toute la saison, ce qui limite leur mise en pratique ou leur observance. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un protocole collectif de prévention de l'entorse de cheville, élaboré d'après les recommandations de l'*International Ankle Consortium* [25,26], ne nécessitant pas de matériel, chez les jeunes joueuses de football durant une saison. Pour cela, nous avons utilisé comme critère d'évaluation la mesure du score composite (SC) au *Star Excursion Balance Test* (SEBT) qui est un test d'équilibre dynamique validé présentant une excellente reproductibilité (ICC = 0,86–0,92) et une bonne fiabilité intra-examineur (ICC = 0,78–0,96) [27,28]. Il a été démontré qu'un protocole de reprogrammation neuromusculaire spécifique ciblant les membres inférieurs permet d'améliorer le SC au SEBT de manière significative [29]. Nous avons tout d'abord mesuré l'impact immédiat de ce programme préventif spécifique par rapport à une préparation classique, puis nous avons comparé l'évolution des résultats en post-protocole à 3 mois et à 10 mois.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Population

Les 36 sujets ont été répartis en 2 groupes par un échantillonnage en grappes. En effet, la population totale regroupe 2 équipes au sein du centre de formation. Suite à un tirage au sort, l'une des équipes a été désignée comme étant le groupe « témoin » et l'autre comme étant le groupe « intervention ». Ce choix était nécessaire pour éviter une contamination intergroupes. L'ensemble des sujets a signé une fiche d'informations et de consentement. Une déclaration a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (n° 1893218 v 1).

Le groupe témoin a pratiqué une préparation de pré-saison classique. Le groupe intervention a effectué, durant la pré-saison, le protocole préventif des blessures aux membres inférieurs en plus de la préparation classique.

Les critères d'inclusion précisaient que les sujets étaient de sexe féminin, âgés de 15 à 19 ans et pratiquaient le football en centre de formation à raison de 5 entraînements et 1 match par semaine. Les critères de non-inclusion exigeaient que les sujets n'aient pas subi de traumatisme d'un membre inférieur au cours des six derniers mois, qu'ils aient été rééduqués ou non. En effet, une blessure diminue le SC au SEBT [4]. Tous les sujets blessés au membre inférieur en cours d'étude ne leur permettant pas d'effectuer le test ont été également exclus. Seuls les sujets ayant effectué plus de 90 % du protocole ont été inclus afin que la population soit homogène dans l'exposition au protocole.

Protocole de reprogrammation neuromusculaire

Le protocole préventif a duré 5 semaines pendant les entraînements de pré-saison. À raison de 5 fois par semaine, les joueuses ont pratiqué 3 exercices spécifiques avec 1 minute de repos entre chaque (Tableau I). Ce programme s'est

déroulé sur le terrain d'entraînement, en début de séance afin d'éviter l'impact négatif de la fatigue sur le contrôle postural [9] et favoriser l'observance en mettant en place une routine de début de séance. Le contenu des exercices a pour objectif d'améliorer l'équilibre, la coordination et la proprioception au niveau des membres inférieurs et du tronc, en particulier en créant des déstabilisations intrinsèques et extrinsèques. Les exercices mettent les sujets en situation écologique en reproduisant les mouvements à risque pour favoriser l'amélioration du contrôle moteur et la reprogrammation neuromusculaire. D'une semaine à l'autre, les exercices ont progressé en passant par 5 niveaux de difficulté.

Test utilisé (SEBT)

Pour mesurer l'évolution de l'équilibre dynamique au cours du temps, l'ensemble des sujets a réalisé un SEBT avant la période de protocole, après les 5 semaines de protocole, puis à 3 mois et 10 mois post-protocole. Concernant le SEBT, la littérature scientifique décrit plusieurs protocoles et paramètres utilisables. Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Gribble et al. [27] et Plisky et al. [30] qui ont établi des recommandations pour le choix des paramètres de passation du SEBT. Nous avons choisi d'effectuer une version simplifiée et validée de ce test (i.e. SEBT modifié) en utilisant uniquement les branches antérieure (Ant), postéro-latérale (PL) et postéro-médiale (PM) du test [31]. Les tests ont été réalisés pour les 2 membres inférieurs. Ils ont été effectués par 2 évaluateurs sur 2 dispositifs identiques.

L'analyse des résultats au SEBT nécessite le calcul d'un score composite (SC). Le SC est la moyenne des meilleurs résultats obtenus, pour chacune des trois distances après trois essais, rapportée à la longueur du membre inférieur, multipliée par cent (Fig. 1). Le SC s'exprime alors en pourcentage. Nous avons analysé le SC moyen qui est la moyenne des résultats obtenus pour chacun des 2 membres inférieurs. La longueur du membre inférieur a été mesurée, en charge, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la partie la plus distale de la malléole médiale.

Le SC au SEBT permet d'identifier les athlètes ayant un risque accru de blessures aux membres inférieurs [32] avec une sensibilité satisfaisante [27]. Dans une étude portant sur 235 joueurs de basketball des 2 sexes, Plisky et al. [16] ont démontré qu'un score composite inférieur à 94 %, chez les filles, augmente de 6,5 le risque de blessures aux membres inférieurs. Ce seuil limite a servi d'indicateur dans notre étude pour observer dans quelle mesure, le protocole a eu un impact préventif.

Analyse Statistique

Pour les 4 mesures au SEBT modifié, nous avons vérifié que la distribution des valeurs ne s'écartait pas significativement d'une distribution normale avec un test de Shapiro–Wilk. Lorsque la distribution respectait ces conditions d'application, nous avons effectué un test de Student pour obtenir une comparaison intergroupe et un test de Student apparié pour effectuer une comparaison intragroupe. Quand les conditions d'application n'étaient pas respectées, nous avons utilisé un test non paramétrique de Wilcoxon. Ces tests nous ont permis de comparer les caractéristiques de la population et l'évolution des résultats au cours du temps. L'intervalle de confiance était de 95 % avec un seuil de significativité de $p < 0,05$.

Tableau I. Protocole préventif des entorses de cheville.

	Exercice 1 (5 min)	Exercice 2 (5 min)	Exercice 3 (5 min)
Semaine 1	<p>Alternier talon/pointe de pied en maintenant l'équilibre bipodal. Mains sur les hanches Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4.</p>	<p>Enchaîner une série de sauts unipodaux : sur place, vers l'avant, vers l'arrière, sur place, vers l'arrière, vers l'avant, etc. Mains sur les hanches. Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4.</p>	<p>Appui unipodal + faire, au sol, des passes au pied au partenaire. Mains sur les hanches. Ne pas toucher le sol avec le pied libre. Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4. Appui unipodal gauche, passe latérale. Appui unipodal droit, passe latérale. × 2. [à 2, avec ballon].</p>
Semaine 2	<p>Fente avant genoux tendus avec le pied antérieur sur le talon et le pied postérieur sur la pointe. Les mains tapent successivement devant, puis derrière. Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4. Changer de pied d'appui après chaque phase de repos.</p>	<p>Sauts unipodaux stabilisés dessinant un carré au sol : saut antérieur, latéral droit, postérieur, latéral gauche. Mains sur les hanches 1 minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4.</p>	<p>Appui unipodal + faire, au sol, des passes au pied au partenaire après avoir fait tourner le ballon au sol autour de soi Mains sur les hanches. Ne pas toucher le sol avec le pied libre. Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4 Appui unipodal gauche, passe latérale Appui unipodal droit, passe latérale × 2. [à 2, avec ballon].</p>
Semaine 3	<p>Fente avant genoux tendus avec le pied antérieur sur le talon et le pied postérieur sur la pointe. + yeux fermés Les mains tapent successivement devant, puis derrière. 1 minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4.</p>	<p>Sauts unipodaux vers l'avant stabilisés après 2 appuis. Mains sur les hanches Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4 Alternier pied droit, puis pied gauche.</p>	<p>Les 2 sujets sont face à face en appui unipodal, ils se renvoient un ballon. L'un envoie le ballon au pied, l'autre avec les mains. Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4. Changer les rôles entre chaque série. [à 2, avec ballon].</p>
Semaine 4	<p>Sauts groupés : sauter pieds et genoux joints, en amenant les genoux le plus haut possible. Les sauts se font sur place. Les membres supérieurs sont croisés sur la poitrine. 5 × 10 sauts. Vingt secondes de repos entre chaque série.</p>	<p>Sauts unipodaux vers l'avant stabilisés avec rotation de 90° : tourner vers la gauche, vers l'avant, vers la droite, vers l'avant, etc. Mains sur les hanches Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4</p>	<p>Les 2 sujets sont face à face en appui unipodal, ils se déstabilisent par des poussées au thorax. Gérer la poussée pour que le partenaire soit déstabilisé mais ne chute pas. Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4 [à 2].</p>
Semaine 5	<p>Squat unipodal : descendre jusqu'à plier le genou à 90°, puis remonter sans décoller le talon. 5 × 10 squats Vingt secondes de repos entre chaque série. Mains sur les hanches.</p>	<p>Sauts unipodaux vers l'avant stabilisés avec rotation de 90° : tourner vers la gauche, vers l'avant, vers la droite, vers l'avant, etc. + franchir un obstacle au sol à chaque saut. Mains sur les hanches Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4.</p>	<p>Les 2 sujets sont côte à côte en appui unipodal sur le membre inférieur le plus à l'extérieur. Ils se déstabilisent mutuellement en se poussant avec leur pied libre. Gérer la poussée pour que le partenaire soit déstabilisé mais ne chute pas. Une minute d'exercice, 15 secondes de repos × 4. [à 2].</p>

$$\text{Score composite} = \frac{((\text{Ant} + \text{PM} + \text{PL})/3)}{\text{Longueur MI}} \times 100$$

Figure 1. Formule du score composite au SEBT.

RÉSULTATS

L'âge moyen des 2 groupes présente une différence significative ($p < 0,01$). Aucune différence significative n'a été retrouvée pour les caractéristiques de poids ($p = 0,12$), de taille ($p = 0,20$), de fréquence d'entraînement, de durée d'entraînement et de match ([Tableau II](#)).

Suite aux tests initiaux, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les SC moyens obtenus par les 2 groupes ($p = 0,28$). C'est aussi le cas en post-renforcement ($p = 0,23$), à 3 mois ($p = 0,23$) et à 10 mois ($p = 0,13$) ([Tableau III](#)).

En comparaison intragroupe ([Tableau IV](#)), entre les tests initiaux et post-renforcement immédiat, les résultats obtenus ne présentent pas de différences significatives pour le groupe

témoin ($p = 0,68$), alors qu'il existe une différence significative au sein du groupe intervention ($p = 0,03$) qui a pratiqué le protocole de renforcement. Cette différence significative au sein du groupe intervention est maintenue à 3 mois ($p = 0,01$) et 10 mois ($p = 0,01$) alors que dans le groupe témoin les comparaisons ne sont pas significatives à 3 mois ($p = 0,27$) et 10 mois ($p = 0,14$). Dans le groupe intervention, nous avons mesuré une taille d'effet élevée en post-renforcement immédiat ($d = 0,92$), à 3 mois ($d = 1,17$) et à 10 mois ($d = 1,5$). Dans le groupe témoin, la taille d'effet est très faible en post-renforcement immédiat ($d = 0,14$), faible à 3 mois ($d = 0,45$) et modérée à 10 mois ($d = 0,53$).

Le taux d'exclusion en cours de l'étude est de 33,3 %, ce résultat est principalement dû à des blessures durant la pré-saison. Pour le groupe intervention, le taux d'observance du protocole est de 93,3 % pour les sujets non exclus à la fin du test post-renforcement. À 10 mois, on constate une plus grande incidence de survenue des entorses de cheville dans le groupe témoin comparé au groupe intervention ([Tableau V](#)). La survenue d'entorse de cheville est de 12,5 % dans le groupe témoin et de 8,3 % dans le groupe intervention, soit une diminution de 33,6 % du risque relatif. Le risque absolu est quant à lui diminué de 4,2 %.

Tableau II. Caractéristiques de la population.

Paramètres	Groupe témoin	Groupe intervention	p value
Âge (années)	1,60 ($\pm 0,54$)	17,6 ($\pm 0,67$)	$p < 0,01^*$
Taille (mètre)	1,63 ($\pm 0,05$)	1,66 ($\pm 0,05$)	$p = 0,20$ NS
Poids (kilogramme)	53,9 ($\pm 0,54$)	58,5 ($\pm 5,7$)	$p = 0,12$ NS

* $p < 0,05$: différence significative ; NS : différence non significative.

Tableau III. Comparaison intergroupe des résultats au SEBT.

Différents temps du test	Moyennes au SEBT (en %)		Comparaison intergroupe		Effectif (n =)	
	Groupe témoin	Groupe intervention	p value	Groupe témoin	Groupe intervention	
Test initial	94,8	92,8	$p = 0,28$ NS	18	18	
Test post-protocole	95,6	97,1	$p = 0,23$ NS	16	16	
Test à 3 mois	97,2	99,0	$p = 0,23$ NS	10	14	
Test à 10 mois	97,5	99,9	$p = 0,13$ NS	8	14	

NS : différence non significative.

Tableau IV. Comparaison intragroupe des résultats au SEBT.

Comparaisons entre les tests	Groupe intervention				Groupe témoin			
	Δ SC SEBT (%)	p	d	Taille d'effet	Δ SC SEBT (%)	p	d	Taille d'effet
T0 - T1	4,26	0,03	0,92	Elevée	0,81	0,68	0,14	Très faible
T0 - T2	6,25	0,01	1,17	Elevée	2,40	0,27	0,45	Faible
T0 - T3	7,09	0,01	1,5	Très élevée	2,73	0,14	0,53	Moyenne

Δ SC SEBT (%) : différence des moyennes du SEBT entre les 2 groupes exprimé en % ; p : valeur du p du T-test ; d : valeur du d de Cohen ; T0 : temps du test initial ; T1 : temps du test post-protocole immédiat ; T2 : temps du test à 3 mois ; T3 : temps du test à 4 mois.

Savoirs

Tableau V. Recueil des blessures à 10 mois.

Sujets évalués après la période de protocole	Exclusion suite à une blessure aux membres inférieurs	Exclusion suite à une entorse de cheville
12 sujets intervention	2	1 (8,3 %)
16 sujets témoin	4	2 (12,5 %)

Parmi les 6 sujets qui ont présenté une blessure aux membres inférieurs durant l'étude, 5 ont été préalablement identifiées comme étant à risque grâce au SEBT avec un score composite inférieur au seuil de 94 %. Dans le groupe intervention, 5 sujets parmi les 12 qui ont effectué le protocole de renforcement dans son intégralité avaient un SC au SEBT inférieur au seuil limite de 94 % pour les 2 membres inférieurs. Suite au renforcement, seulement 2 sujets conservent ce facteur de risque aux 2 membres inférieurs et 1 sujet à un seul membre inférieur. Les 2 derniers sujets ont vu leurs SC dépasser le seuil de 94 % aux 2 membres inférieurs. En comparaison, aucun sujet du groupe témoin ayant un SC inférieur à 94 % n'a vu ce score dépasser le seuil lors des 3 derniers tests.

DISCUSSION

Le but de cette étude était de développer et d'évaluer un protocole de prévention de l'entorse de cheville. Nous avons analysé, à court, moyen et long terme, les effets de ce protocole entre et au sein des 2 groupes. Le SEBT modifié a été utilisé pour quantifier l'équilibre dynamique chez les sujets.

Nous avons choisi de travailler avec une population homogène pour limiter les biais intragroupe, c'est pourquoi l'étude s'est portée sur un échantillon de jeunes joueuses de football pratiquant à haut niveau au sein de la même structure. Un même niveau de compétition tend à homogénéiser les résultats au SEBT dans une population [27]. La randomisation par grappe explique qu'il existe une différence significative entre l'âge moyen des 2 groupes. En effet, l'un des groupes évolue en U18 et l'autre en U19.

La comparaison intergroupe montre qu'il n'y a pas de différences significatives entre les résultats obtenus par les 2 groupes au cours du temps. Cependant, la moyenne du SC du groupe intervention était supérieure au groupe témoin en post-protocole, à 3 mois et à 10 mois.

Au cours du suivi, les exclusions et les perdus de vue ont sûrement fait diminuer la puissance statistique des résultats. Nous avons observé que le groupe intervention a vu son SC, et par extension son équilibre dynamique, augmenter de manière significative après avoir effectué les 5 semaines de renforcement spécifique. Cette augmentation importante du SC est quantifiable par une taille d'effet élevée. À l'inverse, le groupe témoin présentait une augmentation faible du SC et non significative en suivant une préparation de pré-saison « classique ». Les exercices de reprogrammation neuromusculaire effectués par le groupe intervention ont conduit à une amélioration de l'équilibre dynamique qui expliquerait le nombre moins important d'entorses dans ce groupe en fin de saison. Cependant, la diminution du risque relatif mesurée est à relativiser au regard de la population réduite dont nous disposions.

On constate que pour prévenir efficacement l'entorse de cheville, il est nécessaire d'effectuer une préparation avec des exercices spécifiques. Effectivement, nous pouvons observer qu'une préparation non ciblée sur la prévention est moins efficace. Egalement, le SEBT apparaît comme un test intéressant pour évaluer à tout moment dans la saison si une joueuse est à risque de blessure aux membres inférieurs ou si sa préparation a été efficace. Cela peut permettre de mettre en place des stratégies de prévention individualisées en appliquant le protocole que nous proposons.

Afin de montrer l'intérêt de nos travaux dans un contexte social et économique et au regard des autres études qui évaluent les programmes de prévention des entorses de cheville, on remarque que notre protocole présente une balance bénéfices/coût comparable aux autres études. En tenant compte de la population réduite de notre étude, nous avons comparé notre taux de réduction des entorses de cheville à ceux de la littérature. Avec un taux de diminution du risque d'entorses de chevilles de 33,6 %, nos résultats sont comparables à ceux de l'étude de McGuine et al. [17] portant sur une population de 765 sujets et qui a vu le risque d'entorse diminuer de 35 %. Leur programme, nécessitant du matériel, est constitué d'une phase de renforcement de 4 semaines et d'une phase d'entretien des capacités tout au long de la saison. Notre protocole ne contient pas cette 2e phase d'entretien, mais on constate que les scores au SEBT des sujets semblent continuer de progresser grâce à l'activité que procurent les entraînements et les matchs, indépendamment d'un programme spécifique. Dans notre étude, sans être significative, cette « inertie » suite au protocole est plus marquée pour le groupe intervention que pour le groupe témoin. On peut émettre l'hypothèse que plus le renforcement est efficace en pré-saison, plus l'« amélioration secondaire » liée aux entraînements et aux matchs sera importante.

D'autres protocoles nécessitant du matériel présentent un taux de réduction des entorses de cheville similaire au nôtre. Olsen et al. [33] ont évalué un programme préventif moins long (15 séances contre 25 séances dans notre étude), sur 958 sujets. Le taux de réduction des entorses de cheville est de 30 %. Idem pour Soligard et al. [34] qui ont étudié un programme se déroulant sur une saison entière avant les entraînements et les matchs. Ils notent une réduction des entorses de cheville de 28 % sur une population de 1892 joueuses de football. Le protocole de renforcement mis en place dans notre étude a pour caractéristique de ne pas nécessiter de matériel et de se pratiquer sur des temps courts afin d'être simple à mettre en place et accessible au plus grand nombre. De la même manière que nous, Filipa et al. [28] ont évalué sur 20 joueuses de football les effets d'un protocole de renforcement qui demande plus de temps (8 semaines, 2 h/semaine contre 5 semaines, 1h15/semaine) ainsi que du matériel (BOSU®, ballon de Klein). Leurs résultats rapportent une amélioration de 3 % du SC au SEBT à 3 mois, ce qui est inférieur aux 4,3 % de notre protocole. Ainsi, on constate, qu'un programme plus long et l'utilisation de matériel n'apporte pas nécessairement de meilleurs résultats. Une des clés de l'efficacité d'un tel protocole semble être la fréquence des exercices. En effet, notre protocole prévoit 5 séances par semaines contre 2 pour Filipa et al.

Le programme « FIFA 11+ », élaboré par la Fédération Internationale de Football Association (FIFA) a pour but de prévenir les blessures aux membres inférieurs dans le football. Malgré les bons résultats avancés par la FIFA, Steffen et al. [35] ont

démontré dans une étude portant sur 1091 joueuses de football que ce protocole n'est pas efficace pour réduire significativement les blessures au niveau des membres inférieurs ($p = 0,50$). Ces résultats sont corroborés par Soligard et al. [34] qui ont démontré que le programme FIFA 11+ ne permet pas de réduire significativement le risque d'entorse de cheville ($p = 0,56$). Néanmoins, leurs travaux contredisent ceux de Steffen et al. en montrant l'efficacité du FIFA 11+ pour prévenir significativement les blessures au niveau des genoux ($p = 0,05$). On constate ici la difficulté d'évaluer un seul et même protocole car de nombreux paramètres entrent en jeu. Malgré une population et un protocole similaire, un des facteurs avancés par les auteurs, pour expliquer la différence entre leurs résultats, est l'observance qui n'est pas la même entre leurs 2 études (52 % pour Steffen et al. contre 77 % pour Soligard et al.).

Tout comme le contenu des séances, l'observance est un facteur clé de l'efficacité d'un programme préventif. Dans notre étude, l'observance élevée (93,3 %) peut s'expliquer par la courte durée de notre protocole (5 semaines) en comparaison aux 2 programmes ci-dessus qui se sont déroulés sur une saison. Une durée courte semble permettre une meilleure observance des exercices.

Les exercices de reprogrammation neuromusculaire développés dans notre protocole stimulent la proprioception au niveau du tronc et des membres inférieurs (hanche, genou, cheville). L'étude de Kiers et al. [36] montre que les déstabilisations multidirectionnelles de cheville ne ciblent pas spécifiquement l'action protectrice des fibulaires, mais s'étendent jusqu'aux muscles para-vertébraux. D'autres études montrent l'intérêt des exercices de reprogrammation neuromusculaire aux membres inférieurs pour la prévention des troubles rachidiens [37]. Ces troubles représentent une part non négligeable de 8 % des blessures dans le football féminin [10]. Ceci montre l'intérêt de mettre en place des stratégies de prévention globales en tenant compte des situations fonctionnelles rencontrées dans les sports à risque.

La principale limite de cette étude est la population (36 sujets) qui a été réduite par un nombre important d'exclusion au cours du temps du fait de critères d'exclusion stricts (12 exclus). C'est pourquoi une étude similaire portant sur une population plus importante permettrait de préciser nos résultats.

CONCLUSION

Cette étude suggère que le protocole élaboré permet d'améliorer de manière significative l'équilibre dynamique dans le but de diminuer le risque de blessures aux membres inférieurs. Ces effets persistent sur une saison. On observe une « amélioration secondaire » de l'équilibre dynamique au cours du temps suite au programme préventif. Ces résultats et le recueil de blessure en faveur d'une diminution du risque d'entorse de cheville devront être précisés au regard de la puissance statistique de notre étude. Des paramètres clés semblent pouvoir optimiser l'efficacité de ce type de protocoles préventifs : privilégier une grande fréquence des séances dans la semaine, proposer un protocole court pour favoriser l'observance, intégrer les stratégies ne ciblant pas spécifiquement la cheville (genou, hanche, tronc).

Remerciements

À Jérôme Bonnet, Hervé Fundenberger.

Déclaration de liens d'intérêts

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

RÉFÉRENCES

- [1] Assurance maladie. Entorse de la cheville. [en ligne] <http://www.ameli-sante.fr/entorse-de-la-cheville/definition-entorse-de-la-cheville.html>. Consulté le 11/06/2015.
- [2] ANAES. Rééducation de l'entorse externe de la cheville 2015 [<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recosentors.pdf>, consulté le 11/06/2015].
- [3] O'loughlin PF, Murawski CD, Egan C. Ankle instability in sports. *Phys Sportsmed* 2009;37:93–103.
- [4] McCriskin BJ, Cameron KL, Orr JD. Management and prevention of acute and chronic lateral ankle instability in athletic patient populations. *World J Orthop* 2015;6:161–71.
- [5] Fong DTP, Hong Y, Chan LK. A systematic review on ankle injury and ankle sprain in sports. *Sports Med* 2007;37:73–94.
- [6] Andersen TE, Floerenes TW, Arnason A. Video analysis of the mechanisms for ankle injuries in football. *Am J Sports Med* 2004;32:69–79.
- [7] McGuine T. Sports injuries in high school athletes: a review of injury-risk and injury-prevention research. *Clin J Sport Med* 2006;16:488–99.
- [8] Tyler TF, Mchugh MP, Mirabella MR. Risk factors for non-contact ankle sprains in high school football players the role of previous ankle sprains and body mass index. *Am J Sports Med* 2006;34:471–5.
- [9] Gribble PA, Hertel J, Denegar CR. The effects of fatigue and chronic ankle instability on dynamic postural control. *J Athl Train* 2004;39:321–9.
- [10] Giza E, Mithöfer K, Farrell L. Injuries in women's professional soccer. *Br J Sports Med* 2005;39:212–6.
- [11] Faude O, Junge A, Kindermann W. Injuries in female soccer players a prospective study in the German national league. *Am J Sports Med* 2005;33:1694–700.
- [12] Faude O, Junge A, Kindermann W. Risk factors for injuries in elite female soccer players. *Br J Sports Med* 2006;40:785–90.
- [13] Wilkerson RD, Mason MA. Differences in men's and women's mean ankle ligamentous laxity. *Iowa Orthop J* 2000;20:46–8.
- [14] Cameron KL. Commentary: time for a paradigm shift in conceptualizing risk factors in sports injury research. *J Athl Train* 2010;45:58–60.
- [15] Freeman M, Dean M, Hanham I. The etiology and prevention of functional instability of the foot. *J Bone Joint Surg Br* 1965;47:678–85.
- [16] Plisky PJ, Rauh MJ, Kaminski TW. Star Excursion Balance Test as a predictor of lower extremity injury in high school basketball players. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006;36:911–9.
- [17] McGuine TA, Keene JS. The effect of a balance training program on the risk of ankle sprains in high school athletes. *Am J Sports Med* 2006;34:1103–11.
- [18] Thonnard JL, Plaghki L, Willems P. La pathogénie de l'entorse de la cheville : test d'une hypothèse. *Acta Belg Med Phys* 1986;9:141–5.
- [19] Benesch S, Pütz W, Rosenbaum D. Reliability of peroneal reaction time measurements. *Clin Biomech* 2000;15:21–8.
- [20] Holmes A, Delahunt E. Treatment of common deficits associated with chronic ankle instability. *Sports Med* 2009;39:207–24.
- [21] Delahunt E, Monaghan K, Caulfield B. Changes in lower limb kinematics, kinetics, and muscle activity in subjects with functional instability of the ankle joint during a single leg drop jump. *J Orthop Res* 2006;24:1991–2000.

Savoirs

- [22] Doherty C, Bleakley C, Delahunt E. Treatment and prevention of acute and recurrent ankle sprain: an overview of systematic reviews with meta-analysis. *Br J Sports Med* 2017;51:113–25.
- [23] Mckeon PO, Hertel J. Systematic review of postural control and lateral ankle instability, part II: is balance training clinically effective. *J Athl Train* 2008;43:305–9.
- [24] Eils E. The role of proprioception in the primary prevention of ankle sprains in athletes. *Int Sport Med J* 2003;4:1–9.
- [25] Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DT, et al. Evidence review for the 2016 International Ankle Consortium consensus statement on the prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. *Br J Sports Med* 2016;50:1496–505.
- [26] Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DT, et al. 2016 consensus statement of the International Ankle Consortium: prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. *Br J Sports Med* 2016;50:1493–5.
- [27] Gribble PA, Hertel J, Plisky P. Using the Star Excursion Balance Test to assess dynamic postural control deficits and outcomes in lower extremity injury: a literature and systematic review. *J Athl Train* 2012;47:339–57.
- [28] Hertel J, Miller S, Denegar C. Intratester and intertester reliability during the Star Excursion Balance Tests. *J Sport Rehabil* 2010;9:104–116.
- [29] Filipa A, Byrnes R, Paterno MV, Myer GD, Hewett TE. Neuromuscular training improves performance on the star excursion balance test in young female athletes. *J Orthop Sports Phys Ther* 2010;40:551–8.
- [30] Plisky PJ, Gorman PP, Butler J. The reliability of an instrumented device for measuring components of the star excursion balance test. *N Am J Sports Phys Ther* 2009;4:92–7.
- [31] Hertel J, Braham RA, Hale SA. Simplifying the Star Excursion Balance Test: analyses of subjects with and without chronic ankle instability. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006;36:131–7.
- [32] Hegedus EJ, McDonough SM, Bleakley C, Baxter D, Cook CE. Clinician-friendly lower extremity physical performance tests in athletes: a systematic review of measurement properties and correlation with injury. Part 2 – the tests for the hip, thigh, foot and ankle including the star excursion balance test. *Br J Sports Med* 2015;49:649–56.
- [33] Olsen OE, Myklebust G, Engebretsen L. Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:449–55.
- [34] Soligard T, Myklebust G, Steffen K. Comprehensive warm-up programme to prevent injuries in young female footballers: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008;337:95–9.
- [35] Steffen K, Myklebust G, Olsen O-E, Holme I, Bahr R. Preventing injuries in female youth football – a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Med Sci Sports* 2008;18:605–14.
- [36] Kiers H, Brumagne S, Van Dieen J. Ankle proprioception is not targeted by exercises on an unstable surface. *Eur J Appl Physiol* 2012;112:1577–85.
- [37] Eberle S, Scuderi MM, Blasimann A. Effet d'un entraînement de la musculature du tronc sur l'incidence des blessures chez les footballeurs adultes. *Kinésithérapie Rev* 2016;174:54.

Cet article est une re-publication réalisée avec l'accord des éditeurs de Kinésithérapie la Revue dans le cadre d'un accord passé entre la FNEK et Kinésithérapie la Revue.

Arnaud Cerioli, Xavier Dufour, Isabelle Morreale, Leïa Rousseau, Maxime Origas, Pierre Inchauspé, Stéphane Evelinger, Lombalgie et arthrose, existe-t-il un lien systématique ?, Kinésithérapie la Revue, Décembre 2017, Volume 17, n°192, p.46-50

Les Frais de Scolarité

Une thématique régionale, bientôt nationale ?

La gestion du financement des études de masso-kinésithérapie est une des missions que l'Etat a délégué aux régions de France en 2004. Il existe trois statuts d'IFMK: les Publics (systématiquement rattachés à un CHU) ; les privés à but non lucratif (associations ou fondations) ; et les IFMK privés à but lucratifs. Si la loi prévoit un financement des IFMK publics, on sait que ce n'est pas toujours respecté comme à Brest où les frais de scolarité s'élèvent à 6 170 euros par an. Le financement des IFMK privés, à but non lucratif et lucratif, est quant à lui laissé au choix des régions. La question du financement est donc une volonté politique des régions. C'est ainsi que l'IFMK privé à but non lucratif de Nancy est financé par la région de telle façon que les frais de scolarité y sont de 560 euros/an.

Tableau 1: Tableau regroupant les extrêmes de coût de formation en fonction des statuts.

Statut/ Frais de scolarité annuels	Prix Minimum	Prix Maximum
Public	170	6 170
Privés à But Non Lucratifs	560	8 880
Privés à But Lucratifs	8 900	9 130

Ces frais de scolarité ne sont pas garants d'une meilleure formation et mènent tous vers un même diplôme d'Etat, quelque soit l'IFMK d'origine. Ainsi, le coût de la formation annuelle d'un étudiant kiné est en moyenne de 6000€ en province et 8000€ en Ile-de-France.. La différence entre ce que doivent payer les étudiants d'un IFMK à l'autre, se fait essentiellement par l'investissement de la région dans la formation en kinésithérapie.

Ils posent en revanche différentes problématiques et ont des répercussions qui se ressentent tant sur le monde étudiants que professionnel :

1. La sélection par l'argent

A l'issue de la première année de sélection universitaire les étudiants peuvent se retrouver affectés, en fonction de leur classement, dans un IFMK public à frais universitaires à 170 euros par an ou un IFMK privé à but lucratif à 9200 euros par an. C'est le cas par exemple de la sélection à Bordeaux qui offre une orientation vers l'IFMK de Bordeaux et Bègles, dont les frais de scolarité s'élèvent respectivement à 1 055 euros et 6 800 euros/an).

2. La problématique territoriale

Au sein de mêmes territoires peut exister une disparité dans le coût de l'offre de formation. En Pays de la Loire, un néo-bachelier issu de l'université du Mans pourra effectuer sa ou ses années de sélection sur le site d'Angers avant d'intégrer l'IFMK de Laval à 2700€. A contrario, le néo-bachelier de Nantes après un parcours identique ne pourra intégrer que l'institut de Nantes, à 5670€. On a ici une sélection non par le mérite mais bien par le hasard géographique qui détermine l'affectation académique.

3. La précarité étudiante

Frais de scolarité élevés riment avec précarité. Un tel poids financier met l'étudiant dans une situation économique difficile. Les bourses servent, selon leur définition, à financer les frais de vie quotidienne. Les frais de scolarité sont donc un poids supplémentaire qui est à charge de la famille et/ou de l'étudiant. Ajouté à cela, l'absence totale ou partielle d'accès aux services universitaires (CROUS, SIUMPPS [Médecine Préventive], SUAPS) ostracise les étudiants d'un système conçu pour offrir des garanties de qualité de vie à la population étudiante.

4. L'endettement

En IFMK privés à but non lucratif non financés, ce sont entre 27 et 31% d'étudiants qui contractent un emprunt bancaire pour financer leurs études, contre 3% en IFMK à frais universitaires. Quand l'étudiant ne s'endette pas, c'est la famille qui paye dans l'immense majorité des cas.

5. L'orientation professionnelle

Les chiffres montrent qu'un étudiant endetté s'orientera majoritairement vers une activité libérale de remplacement, activité la plus lucrative. Il est donc très difficile de se tourner vers une activité salariée, aux salaires moindres. Il est également inenvisageable pour l'étudiant de poursuivre des études, par exemple vers une filière de recherche. De la même manière, il lui est impossible d'investir dans l'installation en zone sous dotée, et répondre ainsi à une problématique de santé publique. Certains étudiants signent, parfois très tôt dans leur formation, des contrats de fidélisation qui les lient à des structures hospitalières pendant au moins une année après le diplôme en échange du financement d'une année d'études. Cet enchaînement de l'étudiant se fait au détriment de l'attractivité de la structure et engendre un fort turn-over. Ainsi, ce système montre ses limites pour l'étudiant mais aussi pour le patient qui voit la qualité de prise en charge altérée.

Que fait la FNEK pour enclencher le mouvement ?

Une campagne de sensibilisation est menée au national. Le bureau de la FNEK a ainsi pu rencontrer différentes personnalités politiques comme les cabinets des ministres de l'enseignement supérieur, et de la santé, ainsi que plusieurs députés. Nombre d'éléments sont ressortis de ces rencontres, notamment le manque de connaissance de la problématique du financement de notre formation, mais aussi l'impossibilité de financer les formations privées à but lucratif. L'état ne peut en effet pas apporter de fonds vers un organisme qui a pour but de générer des bénéfices à des actionnaires, bien qu'il dispense une formation en kinésithérapie.

En parallèle, l'annonce de l'augmentation de 1,5 milliards du budget de la formation (budget dont nous dépendons) alloué aux régions par l'état, ou encore une récente allocution de la Ministre de l'enseignement supérieur abordant la question des frais de scolarité, sont des éléments encourageants quant au financement de notre formation.

La FNEK montre son investissement dans ce combat et n'a de cesse d'être force de proposition sur ces questions. Les positions de la FNEK demandent un financement intégral et inconditionnel de la formation en kinésithérapie, au même titre que toutes les autres formations universitaires. Cela suit par ailleurs le grand mouvement d'universitarisation de notre formation, dont l'actualité est aujourd'hui plus que dense. Cependant dans le corpus des positions que la FNEK a déjà adopté, la position vis-à-vis des IFMK privés à but lucratifs reste en suspens.

Ces instituts génèrent, grâce à leurs frais de scolarité exorbitants, des profits importants pour leurs actionnaires, au détriment des étudiants en formation. Étant souvent dirigés par des entreprises, il est impossible pour les pouvoirs publics de les subventionner. Une position claire doit être adoptée à leur encontre, mais elle ne doit en aucun cas impacter la formation des étudiants dans les IFMK concernés. Cette motion se veut cohérente avec nos valeurs et sera cadrée, sécurisée, ambitieuse et source de proposition pour les étudiants concernés. Ceci afin de permettre à la FNEK de remplir sa mission de défense des droits des étudiants en kinésithérapie.

Et vous, Que pouvez-vous faire ?

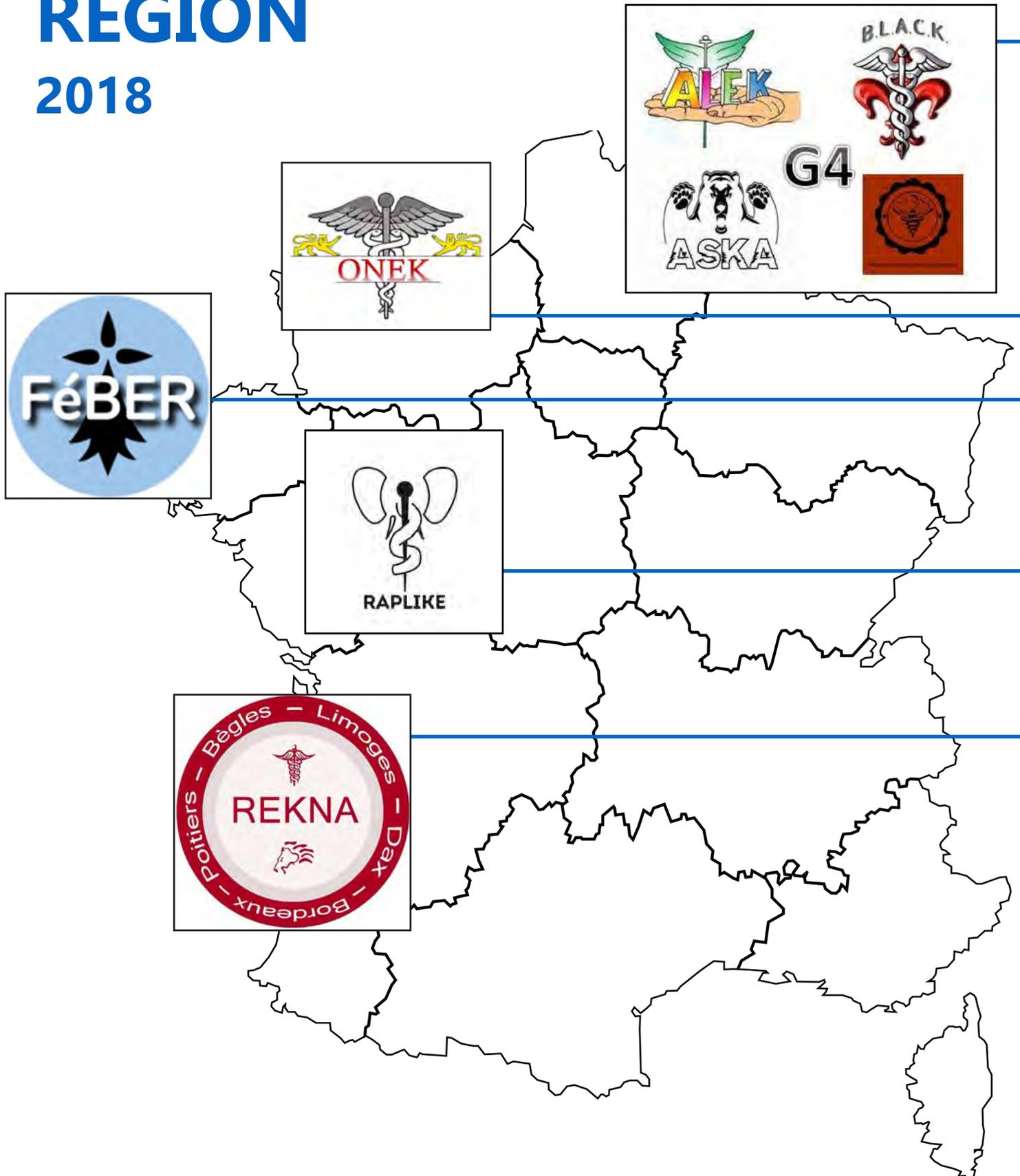
Depuis quelques années, des étudiants dans plusieurs régions de France ont décidé d'agir face à cette situation alarmante. Ils se sont rassemblés au sein d'une même région, pour porter la voix des étudiants auprès des acteurs locaux et régionaux, et ce, malgré leur différence de frais de scolarité ou même de statut. On parle de **projets régions**. Il est primordial de soutenir ces projets dans leurs actions et leurs communications pour que leur démarche soit la plus efficace possible !

Ce type de rassemblement n'existe pas dans ta région ? Ces problématiques t'intéressent ? Lance-toi ! **Le Guide du Projet Région** sera disponible dès le mois de janvier pour te donner les clés pour réaliser ce projet. Au sein de la FNEK, le pôle en charge de la Stratégie du Financement de notre Formation (S2F) est aussi là pour t'accompagner !

S2F

CARTE DES PROJETS REGION

2018



G4 : Hauts de France

Normandie : ONEK

FéBER : Bretagne

RAPLIKE : Pays de la Loire

REKNA : Nouvelle Aquitaine



Paul Harscouet & Carl Abidji
Vice-Président S2F & Chargé de Mission S2F
K3 Berck & K3 Nantes

Michel Dufour

Toute l'anatomie

pour vos études
en kinésithérapie



Anatomie de l'appareil locomoteur
Tome 1. Membre inférieur
Tome 2. Membre supérieur
Tome 3. Tête et tronc
Anatomie des organes et viscères
Tête, cou et tronc

115 €
au lieu de
188,40 €
les 4 volumes



ELSEVIER



NOUVEAU

Génération Elsevier Etudiants Kiné

Elsevier Masson

Toute l'anatomie

pour vos études en kinésithérapie

Ces quatre manuels constituent les **références indispensables pour tout étudiant en kinésithérapie**. Premiers ouvrages tenant compte de **l'ensemble du programme d'anatomie** des études de kinésithérapie, ils mettent d'emblée l'accent sur la compréhension et la finalité du savoir. Leur **conception pédagogique** facilite l'acquisition des connaissances.

- **Plus de 2000 figures.** L'auteur a conçu plus de 600 figures en couleurs pour chaque tome, placées en regard du texte, selon une approche originale où fonctionnalité et intelligibilité de l'information priment.
- **1600 pages.** La structure des chapitres et les tableaux synthétiques favorisent la mémorisation logique.
- **Toute l'anatomie.** Pour chaque structure anatomique, des indications palpatoires et patho-mécaniques renforcent les connaissances et soulignent les intérêts pratiques.

Ces ouvrages de référence offrent au lecteur une **anatomie complète : ostéologie, arthrologie, myologie, neurologie, angiologie, morpho-topographie**. Ils sont enrichis d'une auto-évaluation par QROC et de planches régionales issues du célèbre atlas de Frank Netter.



Tomes 1, 2 et 3 : toutes les connaissances de l'appareil locomoteur (membre inférieur, membre supérieur, tête et tronc)



le complément indispensable consacré à l'étude des viscères, organes et régions topographiques de la tête, du cou et du tronc

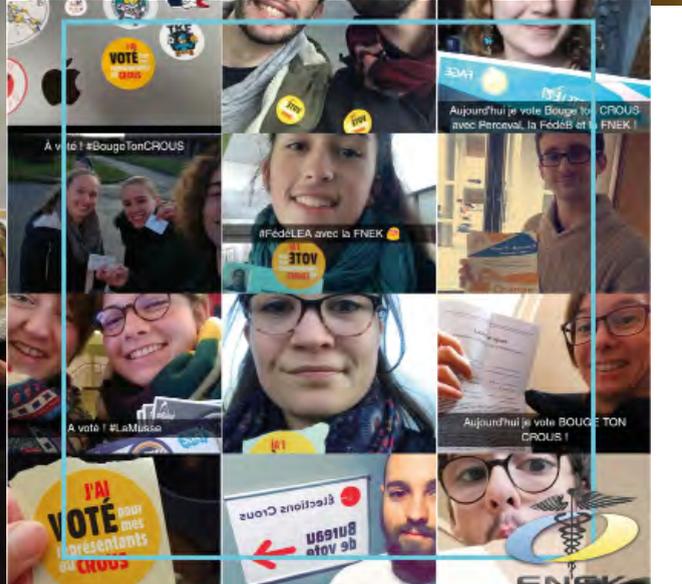
115 € au lieu de 188,40 € les 4 volumes

ISBN 978-2-294-76325-0

9 782294 763250

EN IMAGES

LA FNEK, C'EST VOUS !





MERCI
POUR CETTE FIN
D'ANNÉE 2018





Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre

RECRUTE UN(E) MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE

à temps plein ou à temps partiel, activité libérale possible
pour son service de rééducation fonctionnelle.

Présentation de l'Établissement :

Le CASH de Nanterre remplit une double mission avec un pôle hospitalier composé de 450 lits et places regroupant une offre de médecine (122 lits), d'obstétrique (25 lits), de SSR (39 lits), de psychiatrie (59 lits et places), une USLD (80 lits) et un EHPAD (102 lits), ainsi qu'un pôle d'accueil, d'hébergement et de réinsertion sociale notamment pour les personnes sans abri (550 lits et places).

En 2017 l'établissement a réalisé 11 791 séjours sur ses pôles MCO.

Établissement partie au GHT Sud Val d'Oise, Nord Hauts de Seine, le CASH est concerné par la mise en œuvre concrète de la mutualisation de la fonction achat au niveau du territoire. Les changements organisationnels et de pratiques induits sont un enjeu important pour les prochains mois. En parallèle le CASH est lui-même dans un contexte de forts changements passés et à venir qui suppose un travail important de sécurisation de son circuit de la commande et de ses approvisionnements en parallèle d'objectifs d'économies sur les achats inscrits dans le cadre de son plan d'actions COPERMO.

Description :

Activités principales :

- Accueil et prise en charge des personnes (agents, patients, usagers, etc.), dans son domaine.
- Accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, d'étudiants, stagiaires...).
- Bilan clinique d'un patient, spécifique au domaine (entretien/examen, recueil d'information, travail de synthèse, restitution...).
- Conseil et éducation thérapeutiques, relatifs à son domaine d'activité.
- Élaboration du projet de soins et du plan de traitement du patient, de la personne.

- Établissement/actualisation et mise en œuvre de procédures, protocoles, consignes, spécifiques à son domaine.
- Réalisation d'études et de travaux de recherche dans son domaine.
- Réalisation de soins spécifiques à son domaine d'intervention.
- Rédaction de compte-rendu relatifs aux observations/aux interventions, dans son domaine d'activité.
- Surveillance de l'état de santé des personnes (patients, enfants, etc.), dans son domaine d'intervention.
- Veille spécifique à son domaine d'activité.

Compétences :

- Concevoir et conduire un projet de soins, dans son domaine de compétence.
- Définir et mettre en œuvre les soins et activités thérapeutiques adaptés au patient, relatifs à son domaine de compétence.
- Éduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet de soins.
- Élaborer et formaliser un diagnostic santé de la personne, relatif à son domaine de compétence.
- Évaluer les pratiques professionnelles de soins dans son domaine de compétence.
- Stimuler les capacités affectives, intellectuelles, psychomotrices et sociales d'une personne.
- Transférer un savoir-faire, une pratique professionnelle.
- Travailler en équipe/en réseau.
- Utiliser des matériels, des outils de diagnostic, de travail ou/et de contrôle spécifiques à son métier.

Profil du candidat recherché :

Diplôme d'État de masseur kinésithérapeute.



Contact : Merci de créer votre dossier de candidature sur le lien suivant : <http://recrutement.ch-nanterre.fr/offre-emploi-24.html-o=5>



Vous pouvez envoyer votre lettre de motivation et votre CV à l'attention de Madame PASTEAU BELLOT, Chargée de Recrutement, à l'adresse suivante : chm-135916@cvmail.com

Le Centre Hospitalier du Mans recrute des Masseurs-kinésithérapeutes, à temps plein ou temps partiel

Le Centre Hospitalier du Mans emploie près de 4500 professionnels, dont plus de 450 médecins. Il est l'un des plus importants Centres Hospitaliers non universitaires de France. Situé à moins d'une heure de Paris, il dispose de toutes les spécialités médicales et chirurgicales (sauf la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque) et d'un plateau technique complet. Le CHM est un établissement qui s'engage en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Vous serez intégré(e) à une équipe dynamique pluridisciplinaire de Médecine Physique et de Réadaptation, composée de masseurs-kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et d'orthophonistes.

En tant que masseur-kinésithérapeute, vous aurez la possibilité d'exercer auprès de patients aux profils variés en lien étroit avec les équipes médicales. Vous aurez accès à des plateaux techniques de rééducation dans l'ensemble des lieux d'intervention.

Le CH du Mans étant un établissement en pleine évolution, vous aurez la possibilité de participer à la mise en place de projets innovants en matière de rééducation (Réhabilitation améliorée après chirurgie, programmes d'éducation thérapeutique, projet de recherche paramédicale...).

Profil : kinésithérapeute diplômé, débutant accepté.

Recrutement par voie de mutation, détachement ou contractuel. La rémunération sera indexée sur la grille des Masseurs-Kinésithérapeutes et selon l'expérience professionnelle acquise.



En région PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, dans les ALPES DU SUD à Briançon Serre-Chevalier 05100 – HAUTES-ALPES

La Fondation Edith Seltzer

RENSEIGNEMENTS

Site : www.fondationseltzer.fr
ou la Directrice des Soins - 04 92 25 31 67
ou la Responsable des Ressources Humaines
04 92 25 31 55

Envoi candidatures par email à : direction@fondationseltzer.fr
ou par courrier à : Fondation Edith SELTZER
05107 BRIANÇON

Recrute
**UN MASSEUR
KINESITHERAPEUTE**
(h/f)
en CDI à temps plein ou partiel

En SSR Polyvalent et Spécialisé (Personnes Agées, diabète, gastro, addictologie, soins palliatifs), en coordination avec les médecins, les équipes de soins, le MK assurera une prise en charge efficace et régulière, individuelle ou collective, des personnes qui lui seront confiées.

Formation requise : Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute.
Salaire selon la CCN FEHAP de 1951 et ancienneté.



Le groupe MGEN protège 3,8 millions de personnes dans tous les domaines de la santé : assurance maladie obligatoire, complémentaire, prévoyance, autonomie, prévention, soins. Acteur mutualiste engagé, à but non lucratif, il emploie 10 000 salariés dans 115 centres de services et 33 établissements de soins.

En rejoignant MGEN vous participerez au développement d'une entreprise au service du bien vivre, qui allie puissance et innovation en s'appuyant sur les valeurs humanistes qui l'ont fondée.



»DEUX POSTES DE MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE H/F - TEMPS PLEIN

sont à pourvoir au sein d'un de ses Etablissements, l'Etablissement SSR DE LA MENAUDIERE (41), certifié sans réserve ni recommandation.

Il se situe à 16 km d'Amboise, 31 km de Blois et 45 km de Tours (avec possibilité de logement et restauration sur place).

Titulaire du diplôme d'Etat MK, vous travaillerez en équipe pluridisciplinaire (Médecins, infirmières, aides-soignantes, kinés, ergos, APA, orthophoniste, assistante sociale, psychologue, prestataires d'appareillages).

L'établissement compte un service de 44 lits de rééducation (locomoteur, neurologie, polytraumatisme, orthopédie...), 5 lits d'hôpital de jour mais également une unité SSR de 50 lits (20 lits de SSR Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, réadaptation nutritionnelle, 5 lits de SSR Affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance et de 25 lits de soins de suite polyvalents).

La Convention Collective appliquée est la CCN51 _ FEHAP. En terme de rémunération vous bénéficierez en sus d'un complément métier MGEN de 45 points et vous accéderez aux prestations du CCE UES MGEN (CESU, chèques vacances, Frais de rentrée scolaire, séjours, coupons sport,...).



Contact : Madame FORTIN Dorine - dfortin@mgen.fr - 02 54 71 18 00

CENTRE HOSPITALIER DE TROYES (AUBE)

URGENT RECRUTE MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES DIPLÔMES D'ÉTAT (H/F)



1124 lits – pôle hospitalier du département de l'Aube et plateau technique conséquent de la région Champagne-Ardenne. (Proximité Paris 1h30 en train).

Missions

- Réaliser des actes de rééducation curatifs, préventifs et d'éducation sur prescription médicale ayant pour objectif de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, concourir à leur maintien, de les rétablir ou d'y suppléer.

→ dans les unités de soins.

→ sur le plateau technique de rééducation.

- Contribuer à l'éducation des patients et de son entourage.

- Participer à la vie de l'unité, du pôle et de l'établissement : réunions – groupes de travail – certification.

Exigences du poste

Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute.

Activité sur l'ensemble des différents pôles de l'établissement : Polyvalence.

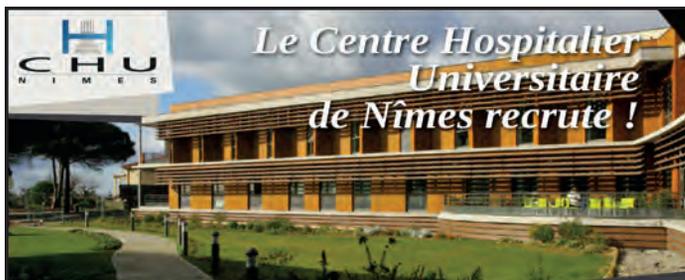
Exercice à temps plein.

Les candidatures (CV + Lettre de motivation) sont adressées à :

Monsieur le Directeur - Centre hospitalier - CS 20718

101 avenue Anatole France - 10003 TROYES cedex - direction@ch-troyes.fr

Pour tout renseignement contacter : Mme PETRUSIC-CARRE - FF Cadre supérieur de santé
03 25 45 92 08 - bojana.petrusic@ch-troyes.fr



Masseurs-kinés (H/F), votre profil nous intéresse !

2 sites de rééducation :

Nîmes : rééducation cardiovasculaire, gériatrique, unité de rééducation des cérébrolésés, programme d'éducation thérapeutique...

Grau du roi : rééducation en addictologie, en RR neurologique, en RR de l'appareil locomoteur et maladies de la nutrition...

Points forts

Forte implication dans les projets de recherche en soins (PHRC, PHRIP)

Des équipes pluridisciplinaires dynamiques

Tutorat organisé – Plateaux techniques dotés d'équipements performants

Nîmes : bassin de vie 400 000 hab, 35 minutes de Montpellier, 2h50 de Paris en TGV, offre culturelle exceptionnelle, cité romaine, tradition festive. Entre Cévennes et plages de Méditerranée.

www.chu-nimes.fr

Pour candidater, adressez votre CV et votre lettre de motivation à Monsieur le Directeur général - Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes
Place du Pr Robert Debré - 30029 Nîmes cedex 9
Par mail : recrutement.soins@chu-nimes.fr





CONCEPTION TABLE ELECTRIQUE FABRICATION
D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



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

Conception: Larche et la Snyssi - 03 86 71 05 85



Réseau
PRO
Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR

INSCRIPTION GRATUITE

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR



ADERF
BDE EKP



Alençon
TAD E I



Amiens
ASKA



APHP
KAPS



ASSAS
GOKA



AVH
KRO



Bègles
BARAK



BDEKEB
Berck
BDEKEB



Besançon
AEBK



Bordeaux
BAKE



Brest
KUBE



Kiné
CEERRF
AEEK



Dax
DAX
DAKE



Dijon
ADEK



AVEKE
EFOM
AVEKE



La Réunion
KinéPei



Kinésithérapeute
GRENoble
AEMKG



Guinot
GETEK



La Musse
AELM



Laval
E-KLaC



Liège
Le Belge



Lille Catho
BLACK



Lille Etat
ALEK



Limoges ILFOMER
BRAKIAL



Limoges CR
AEMKL



Lyon
ADEMKEL



Marseille
KIMASSE



Meulan-Les-Mureaux
OKLM



Montbéliard
AMEKI



Montpellier
AEKM



Mulhouse
FEMUR



Nancy
CoKiNE



Nantes
BANK



Nice
CEKN



Orléans
KINERGY



Poitiers
EKIP



Reims
CEMKR



Rennes
BARKE



Rouen
ROUKINE



Saint-Etienne
AEMKS



Saint Maurice
EEKSM



Saint Michel
SMAK



Strasbourg
AEKS



Toulouse
ATEK



Vichy
AKTEEV

Étudiants,

Etudiez, pratiquez, nous assurons

Bénéficiez d'offres adaptées à votre statut



Offerte : la carte la médicale Plus

Responsabilité Civile Professionnelle

Protection Juridique

Capital Invalidité Professionnelle



Des tarifs préférentiels

Assurances Automobile, Habitation et Complémentaire Santé



Une offre performante pour assurer vos crédits

Pour tous vos emprunts privés ou professionnels (voiture, logement ...)



Contactez-nous :



lamedicale.fr et



applications iPhone et Android

N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON SURTAXE

La Médicale

Entreprise régie par le Code des assurances

S.A. au capital entièrement libéré de 2 160 000 euros

Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris

Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul

75499 Paris Cedex 10 - 582 068 698 RCS Paris

iPhone est une marque déposée par Apple Inc. Apple Store : service de téléchargement proposé par Apple Inc., titulaire de la marque enregistrée App Store.

Android est une marque déposée par Google Inc. - Google play : service de téléchargement proposé par Google Inc, titulaire de la marque Google Play.



La médicale

assure les professionnels de santé