



LA RÉÉDUCATION

ORO - MAXILLO - FACIALE:

Présentation de votre nouvelle rubrique mensuelle

PARTIE ANATOMIE DU MOIS :

Les ligaments du genou

LE POINT SUR LES TECHNIQUES DE LEVÉES DE TENSION

MUSCULO - APONÉVROTQUES

" Une thérapie manuelle bien conduite permet de libérer les articulations qui souffrent des tensions musculaires "

L' ÉVOLUTION DE LA FORMATION INITIALE EN MASSO - KINÉSITHÉRAPIE

"La nouvelle génération devra passer par une première année universitaire suivie de 4 ans d'études pour se présenter au D.E"

S.O.S KINÉ DU SPORT

Découvrez une association qui permet aux kinésithérapeutes du sport d'être contactés pour participer à différents événements sportifs.



Equipement
Medical
International

EMI 2.1
Appareil
à ondes
de choc



- **Un prix défiant toute concurrence**
- **Schémas anatomiques**
- **30 programmes/pathologies préenregistrés**
- **Ecran tactile**
- **Transportable**

PRIX SALON
REEDUCA :
6990 €
seulement

CONTACTEZ NOUS
POUR TOUS RENSEIGNEMENTS

www.emi-medical.com

emi2.1med@gmail.com

Tél.: 0177476538 / 0633009186

Participants à ce numéro :

Julien PLAUCHUT
Shotaro TACHIBANA
Gilles BARETTE
Fabrice BARILLEC
Rubens A.DA SILVA
Francis CLOUTEAU
Frederique BIGOT
Michel HADJADJ
Dr Guy MARTI
L'équipe de «SOS Kiné du Sport»
Julien ENCAOUA

Graphiste :

Grégory Cohen
gregorycohen@sfr.fr

Annonces :

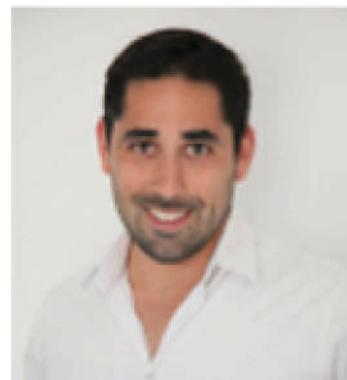
Equipement Médical International,
Eco light service

Pour vous inscrire
à la revue

«De Kiné à Kiné»,
envoyez nous un mail
à l'adresse suivante:
kineakine@bezeqint.net

« C'est parti ! »

Ce n'est pas sans fierté que nous vous proposons ce numéro 2 de notre revue Kiné à Kiné. Mais avant cela, nous devons vous faire partager notre joie suite au succès rencontré lors de la mise en ligne du numéro 1. En effet plus de 4000 lecteurs se sont connectés pour lire la revue !



La qualité du numéro 2 et de ceux à venir devrait encore améliorer ce record. Des auteurs passionnés nous font l'honneur de lancer leur rubrique, ces auteurs écriront régulièrement au sein de la revue.

Nous aurons donc le plaisir de lire dans ce numéro un article, premier d'une longue série, de Gilles Barette et de ses confrères, auteurs que l'on ne présente plus tant leurs publications sont nombreuses.

Francis Clouteau, formateur en rééducation Oro-Maxillo-Faciale et son équipe de spécialistes OMF (kinésithérapeutes, chirurgiens, stomatologues, orthophonistes...) nous présentent leur rubrique qui promet d'être passionnante et de très haute qualité.

Shotaro Tachibana, kinésithérapeute formateur en IFMK, et passionné par la démarche pédagogique nous apportera régulièrement son point de vue sur l'évolution de notre profession. Julien Plauchut, formateur en IFMK et ostéopathe nous proposera une série de bilans indispensables pour réaliser un diagnostic kinésithérapique dans les règles de l'art.

Enfin, notre avocat consultant, Maître Ridray, nous tiendra informés des différentes évolutions en matière de droit dans notre profession et est disposé à répondre aux questions des lecteurs. Je tiens à rappeler que toutes ces personnes sont bénévoles et que leur seule motivation est de transmettre leur savoir et de faire avancer notre belle profession : profitons en !

Julien ENCAOUA



LA RÉÉDUCATION ORO - MAXILLO - FACIALE.

Présentation de votre nouvelle rubrique

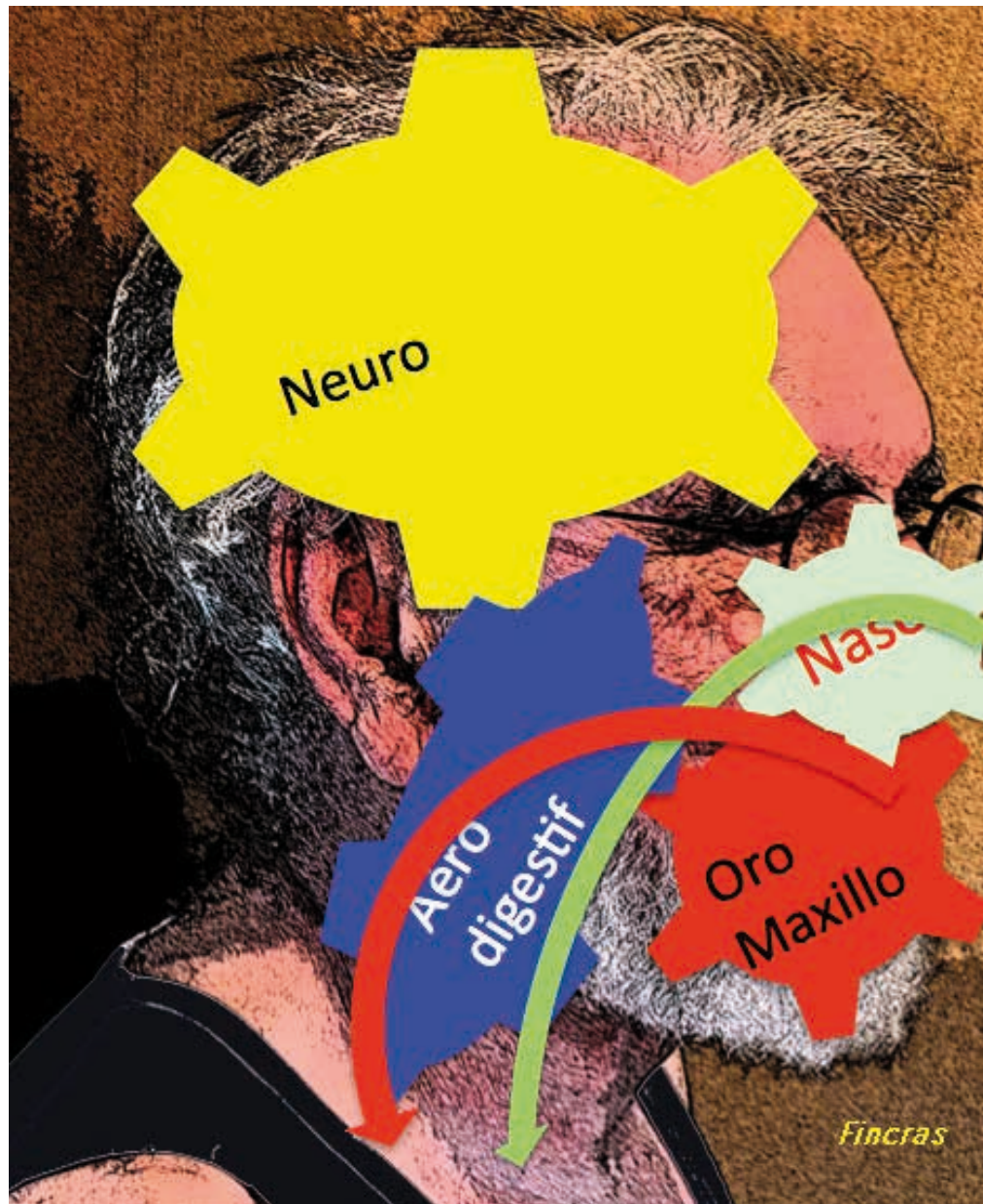
Voici une rubrique qui va accompagner les parutions de cette nouvelle revue
Numéro après numéro de cette revue nous essaierons de vous présenter le domaine de la rééducation Oro-maxillo-faciale avec une progression dans les articles techniques et scientifiques.
Ces articles seront soumis à un comité de lecture de praticiens spécialisés dans ce domaine.

Qu'est ce que la Kinésithérapie Oro-maxillo-faciale telle que nous la concevons?

La Kinésithérapie Oro-maxillo-faciale est par essence une rééducation globalisante, flexible et adaptative, basée sur des connaissances analytiques précises. Cette rééducation s'enrichit dans des domaines aussi variés que l'évolution, les neurosciences, les techniques pédagogiques et sciences de l'éducation, la physiologie respiratoire ou bien sûr les domaines tels que la stomatologie, l'orthodontie, la neurologie etc.

Elle se veut le plus scientifique possible et essaie de s'affranchir des pratiques empiriques soit en les excluant soit en cherchant à vérifier et démontrer leur bien fondé et l'intérêt de leurs apports à cette rééducation.

Elle est la propriété de tous, elle ne fait pas l'objet de consensus et ne connaît pas de méthode miracle. Elle présente une approche particulière liée à un ensemble d'éléments du corps humain très spécifiques, faisant partie de la sphère intime du patient.



Nous sommes en présence d'un système complexe, au sens scientifique du terme, qu'est la tête et le cou.

Cette zone n'existe pas ex nihilo en dehors des contraintes liées au fonctionnement du reste du corps. Néanmoins nous pouvons cibler, le plus souvent, un champ d'action plus limité qui dans la plupart des cas se réduit à la zone faciale, orale et cervicale.

Cette rééducation entre totalement dans la nouvelle définition de la masso-kinésithérapie du 10 Avril 2015 « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement* » :

1 Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne

2 Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination. Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité. »

La kinésithérapie Oro-maxillo-faciale s'inscrit dans ce cadre, elle n'est pas une technique supplémentaire mais c'est une spécialité Kinésithérapique qui permet de prévenir ou de traiter différentes formes d'affections. Cet ensemble de concepts définit parfaitement l'exercice de cette rééducation particulière:

C'est une discipline de santé.

Elle est centrée sur l'examen clinique du mouvement et de l'activité de la personne.

Cette rééducation fait partie du domaine d'application de la kinésithérapie.

Faute d'enseignants compétants elle n'est pas véritablement enseignée dans la formation initiale.

Elle se développe de façon autonome et parallèlement aux progrès et recherches des professions médicales concernées par les pathologies de la tête et du cou.

Elle est une nécessité dans les équipes pluridisciplinaires où l'action thérapeutique est peu en rapport avec le médicament.

La Kinésithérapie Oro-Maxillo-Faciale s'inscrit dans les domaines très variés comme le montre cette liste non exhaustive: l'Odontologie, la Neurochirurgie, la Stomatologie, l'Otorhinolaryngologie, l'Orthodontie, l'Orthophonie, la Pédiatrie, la Dentisterie, l'Algologie, la Pneumologie, les pathologies du Sommeil, les Sciences de l'éducation, les Neurosciences, les Chirurgies traumatiques, Carcinologiques, Esthétiques, Orthognathiques ou réparatrices, la Physiologie, l'Orthoptie, la Phoniatrie etc.

Elle participe aux soins et aux traitements de l'ensemble

des pathologies de la face, comme nous venons de le voir de la douleur, de la traumatologie à la carcinologie en passant par les pathologies neurologiques.

Cette rééducation est un domaine partagé avec les Orthophonistes avec des différences:

Exclusivités du Kinésithérapeute:

- usage du massage
- usage de la physiothérapie
- connaissance de la biomécanique
- connaissance du geste moteur

Exclusivités de l'Orthophoniste:

- la voix
- le langage oral ou écrit
- la parole

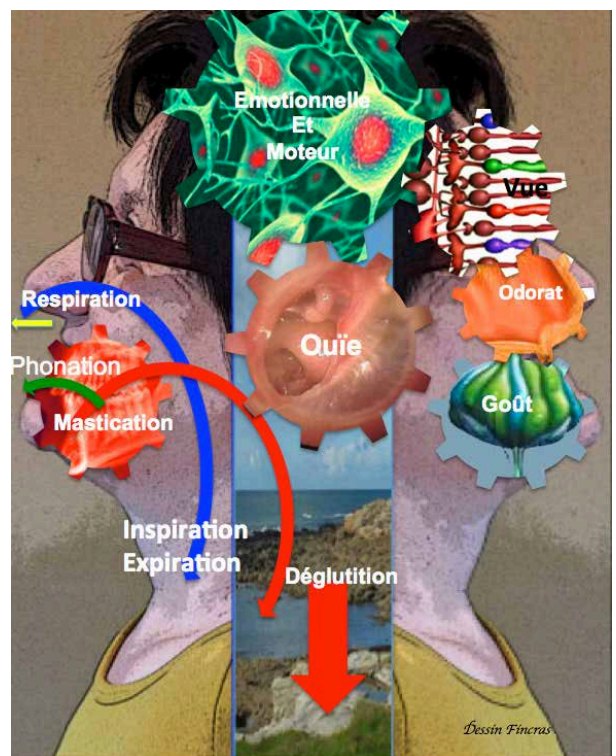
La problématique élémentaire de cette rééducation est le fonctionnement de la zone orale, bouche «ce bricolage de l'évolution «selon F. Jacob.

Evidemment il faut comprendre le mot bouche au sens d'orifice: orifice du corps vers l'extérieur, vers l'intérieur, comprenant les zones nasale, buccale, pharyngée, laryngée et œsophagienne, et leur contenant la tête et le cou.

La problématique de cet orifice est le croisement des fonctions vitales: respirer/s'alimenter, auxquelles s'ajoute une fonction propre à l'homme la phonation.

La face est donc la zone de l'expression orale ou faciale, de la respiration, de la déglutition.

La rééducation oro-maxillo-faciale au centre d'un travail pluridisciplinaire abordera la douleur. Celle-ci est l'expression des dysfonctionnements de l'ensemble des paramètres de cette zone.





La douleur est la première cause de consultation, dans le cadre des syndromes de la face, qu'ils soient d'origine articulaire ou musculaire, de dysmorphoses d'origine génétiques ou fonctionnelles.

Dans un cadre neurologique comme les paralysies faciales, c'est la perte de l'expression faciale qui sera à l'origine de l'atteinte de l'intégrité physique et morale du patient.

Cette rééducation met en cause le praticien.

Elle nécessite patience et humilité.

Elle rend incontournable la maîtrise des connaissances en anatomie dynamique, physiologie, biomécanique, dans un environnement 3D.

Elle nous oblige, nous rééducateurs, à regarder par un autre prisme que celui de la chirurgie, ou de l'orthodontie, en privilégiant un abord kinésithérapique, c'est à dire du mouvement de la fonction.

Nous serons confrontés aussi bien à des pathologies atteignant tous les âges de la vie du nourrisson à la gériatrie.

Tous les âges sont concernés d'une façon ou d'une autre, avec des points communs à toutes, de la pathologie du handicapé au malade atteint d'une affection carcinologique en passant par l'apnée du sommeil, la prévention, les troubles de croissance, la neurologie.

Troubles de la déglutition, de la ventilation, des ATM, séquelles d'une croissance dysfonctionnelle seront le lot quotidien.

Les affections ORL, les troubles posturaux en rapport avec les dysfonctionnements bucco-faciaux, seront aussi très fréquents.

Le rééducateur devra s'adapter, muter, pour traiter zones et fonctions, abords inconnus dans sa formation de base.

L'essentiel des traitements repose sur la pédagogie, cette rééducation est adaptative, sensorielle, essentiellement éducative, auto-rééducative.

Le praticien utilise également des techniques de maso-kinésithérapie traditionnelles comme le massage,

même s'il présente à ce niveau quelques particularités, la physiothérapie, le mouvement, et moins traditionnel, le feedback visuel.

Par son rôle il devra permettre au patient de modifier ses comportements dysfonctionnels, causes de ses affections. Toutes les pathologies faciales n'entrent pas dans le cadre de la rééducation.

Le Kinésithérapeute établira à la première consultation un examen suffisamment complet appelé bilan, pour lui permettre de réaliser un diagnostic kinésithérapique indispensable à la base de travail de l'équipe pluridisciplinaire et au contrôle de l'évolution des traitements.

Ce sera d'ailleurs le sujet d'une prochaine rubrique où sera exposé le bilan actuellement utilisé par de nombreux kinésithérapeutes spécialisés.

Le résultat pédagogique d'enseignement au patient, d'élaboration du traitement et les résultats en dépendent.

Ce bilan sera remis et commenté au patient, qui prendra une part importante à ses résultats.

En expliquant ce bilan et le traitement proposé, le praticien établira une relation de confiance avec le patient, qui permettra à ce dernier de s'investir dans l'action curative.

Les résultats en dépendent.

Dans la prochaine revue nous exposerons ce bilan si spécifique, nous détaillerons et présenterons ce qui justifie sa complexité

Francis CLOUTEAU MK ROMF
Président du CERROF

Pour cet article le comité de lecture comprenait :

Mme Frédérique BIGOT Kinésithérapeute spécialisée Rééducation Oro-Maxillo-Faciale PARIS.

M. Michel HADJADJ Kinésithérapeute spécialisée Rééducation Oro-Maxillo-Faciale ANTONY.

Dr Guy MARTI Chirurgien Maxillo-facial Directeur de Recherche Johns Hopkins USA.

Dans le n°3 Michel HADJADJ MK spécialisé en rééducation Oro-Maxillo-Faciale abordera le bilan spécifique à cette Rééducation. Instrument scientifique de recherche, de diagnostic, d'analyse clinique, le bilan est un incontournable outil de promotion de la rééducation. Mais si nous voulons progresser professionnellement faut-il encore s'interroger sur ce que recouvre pour chaque praticien le terme de bilan en rééducation Oro-Maxillo-Faciale.



LES LIGAMENTS DU GENOU*

«La partie anatomie
est décrite de
façon simple afin
d'être accessible
et mémorisable
facilement, elle n'a
pour but d'être autre
qu'un simple rappel»

FACE ANTÉRIEURE DU GENOU



FACE POSTÉRIEURE DU GENOU



1- Ligament Latéral Interne (LLI)

Bande large et plate qui prend naissance en haut sur le condyle médial et en bas sur la face interne du tibia en arrière des tendons de la patte d'oie.

2- Ménisque Interne

Coussinet fibro-cartilagineux en forme de « C ». Sa corne antérieure s'insère sur la partie antéro-médiale de l'aire intercondyloire antérieure. Sa corne postérieure s'insère sur l'aire intercondyloire postérieure près de l'éminence intercondyloire.

3- Ménisque Latéral

Coussinet fibro-cartilagineux en forme de « O ». Ses cornes antérieures et postérieures s'insèrent sur les aires correspondantes près de l'éminence intercondyloire.

4- Ligament Antéro – Latéral (LAL)

Il prend naissance sur le condyle latéral du fémur et se termine sur la partie latérale et proximale du tibia, postérieurement au tubercule de Gerdy.

5- Ligament Latéral Externe (LLE)

Faisceau fibreux résistant qui prend naissance en haut sur le condyle externe du fémur et en bas sur la face supérieure de la fibula.

6- Ligament Croisé Antérieur (LCA)

Il prend naissance sur la face médiale du condyle latéral du fémur. Sa terminaison distale s'insère dans la cavité glénoïde médiale, en arrière de la corne antérieure du ménisque médial.

7- Ligament Croisé Postérieur (LCP)

Il prend naissance dans la partie antérieure latérale du condyle médial. Il se termine au niveau de la corne postérieure du ménisque latéral et dans la fosse intercondyloire postérieure du tibia.

LE POINT SUR LES TECHNIQUES DE LEVÉES DE TENSION MUSCULO-APONÉVROTQUES®

Gilles Barette,

Physiothérapeute, Thérapeute manuel, Ergonome Européen, Enseignant en IFMK

Fabrice Barillec,

Physiothérapeute, Thérapeute manuel, Enseignant en IFMK

Rubens A. da Silva,

Physiothérapeute, Docteur en Sciences de la réadaptation,

Directeur au programme de recherche en Réadaptation à l'Universidade Norte do Paraná (UNOPAR, Brésil).

Les techniques de levées de tension dont l'utilisation remonte à de nombreuses années répondent à une approche activo-passive de la dysfonction musculaire et de ses conséquences sur la dysfonction articulaire. Elles se rapprochent de la famille des techniques appelées MET (Muscle Energy Technique) mises au point, entre autres, par Mitchell Sr, et reprises et améliorées par son fils. Un nombre grandissant d'études montre un effet positif après l'utilisation des MET. Ces études montrent une plus grande capacité d'extensibilité (étirement) du muscle et permettant une mobilité articulaire améliorée. Elles justifient son utilisation chez des patients ayant une restriction articulaire ou musculaire, même s'il n'y a que peu d'études sur son évaluation clinique. Les deux seules études publiées en anglais montrent une diminution de la douleur après l'utilisation des MET. Le manque de preuve spécifique n'est pas étonnant, car les MET sont généralement utilisées en combinant d'autres techniques.

Lorsque l'on parcourt la littérature surtout anglo-saxonne, on s'aperçoit aussi que de nombreuses techniques se retrouvent sous cette terminologie. Pour l'étudiant ainsi que pour le physiothérapeute à la clinique, cela devient source de confusions sur l'utilité, l'application et la mise en route pratique. Les levées de tension rentrent dans ce que nous nommons les techniques de « tissus mous » en opposition aux techniques articulaires pures de type HVLA ou autres. Elles ont pour but de jouer sur les tensions musculaires afin de réduire ces dernières, permettant de redonner de la mobilité articulaire. D'emblée, comparées aux techniques de Mitchell, elles ont une action centrée sur le muscle. Les techniques de Mitchell utilisent la contraction musculaire dans le cadre d'une correction articulaire. Les notions neurophysiologiques et physiopathologiques qui les sous-tendent sont basées sur des travaux parfois anciens.

Une mise à jour de ces connaissances nous semble nécessaire.

La dysfonction musculaire prend différents aspects. Elle peut être de type inflammatoire comme dans les diverses myosites, elle peut être déficitaire comme dans les sciatiques lors de problèmes lombaires, ou bien peut traduire une pathologie réactionnelle de voisinage s'objectivant par une hypertonie ou une contracture. Nous utilisons préférentiellement le terme de contracture musculaire plutôt que le terme d'hypertonie, employé plus fréquemment en neurologie centrale. Le terme de tension a même été choisi pour s'éloigner un peu plus de cette généralité neurologique.

Approche physiopathologique

La contracture musculaire peut se définir comme une réponse univoque à de nombreux stimuli au cours de différents processus pathologiques : inflammatoires, dégénératifs, posturaux.

Considérée comme une réaction de défense, elle peut parfois dépasser son but et devenir plus gênante que la pathologie qui en est à l'origine. Elle est aussi le point de départ de réactions de voisinage qui aboutit à des chaînes de dysfonction et d'adaptation, expliquant les atteintes à distance rencontrées en thérapie manuelle. C'est la notion de chaîne dysfonctionnelle que nous préférons au terme de chaîne lésionnelle qui sous-entend une atteinte de la structure et non pas seulement de la fonction. Les travaux d'Irvin Korr qui sous-tendent ces techniques semblent, à ce jour, critiquables. Gary Fryer considère, en cas de reprise de ces travaux à la lumière des moyens d'investigation moderne, ne pas être assuré de retrouver des résultats identiques. Il précise à ce sujet qu'il est important aussi de redonner en plus de la liberté articulaire, une information neurologique ou neurosensitive, indispensable au fonctionnement de l'articulation, et donc de l'individu dans son ensemble. Il semble donc nécessaire et

urgent de pouvoir valider ces techniques à la lumière des moyens modernes d'étude. Nous allons dans un premier temps redonner les bases de compréhension de ce qu'est pour nous la contracture musculaire, puis nous reviendrons sur les moyens de traitement de cette dernière, en fonction des résultats du diagnostic différentiel. Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le fait que ces bases demandent à être validées. Néanmoins la pratique quotidienne nous semble aller dans le sens des propos envisagés.

La contracture peut se définir comme la perte de la régulation du tonus. Il faut néanmoins distinguer la contracture rencontrée en neurologie, se traduisant par la perte de l'inhibition supra-segmentaire, de la contracture rencontrée en thérapie manuelle, se traduisant par une exagération de l'activation périphérique. Cette exagération de l'activation périphérique porte sur tous les types de récepteurs, qu'ils soient articulaires, tendineux ou musculaires.

Au sujet des mécanismes thérapeutiques, à ce jour, il n'existe pas de preuve sur la physiologie des MET, par rapport à leurs résultats. Les théories fondatrices ont été mises à mal par la recherche moderne, mais les autres modèles n'ont pas encore été prouvés. Les effets qui ont été découverts sont : l'hypoalgésie, un changement de la proprioception et du contrôle moteur local et des changements dans les fluides des tissus environnants. En clair nous connaissons les effets mais nous n'avons pas la totalité des explications.

Des études EMG ont montré que les MET augmentent la tonicité musculaire, mais améliorent également sa capacité d'étirement. Il semble néanmoins qu'il puisse exister une origine myométabolique à la contracture rencontrée. En effet, en neurologie, il existe une activité myoélectrique dans les contractures, alors qu'elle semble absente dans les contractures rencontrées en rhumatologie. Une explication peut se trouver dans l'existence, lors d'une contraction musculaire, d'un accrochage des ponts d'actine-myosine ne disparaissant pas au repos. Ce type de contracture n'entraînant pas de dépense énergétique peut alors être maintenu sans difficulté, entraînant des attitudes antalgiques suivies de modifications posturales, s'organisant sur des systèmes de chaîne musculaire facilement reconnaissable à l'examen palpatoire. Ce type de contracture justifie l'emploi de techniques de « contracter-relâcher » qui vont permettre à la fois de relancer l'activité électrique dans le muscle concerné et de l'étirer suffisamment pour

lui permettre de retrouver une extensibilité normale ou proche de la normale. Elle permet aussi d'envisager les limites de cette technique lorsque le praticien est face à une contracture qui ne répond pas à ce traitement, voire empire. Une approche plus fonctionnelle de type inhibitrice semble alors s'imposer.



Les circonstances d'apparition de la contracture suivent à peu près toujours le même schéma. Au départ, c'est une banale réaction de protection qui, pour les raisons évoquées plus haut, va persister et devenir un phénomène parasite auto-entretenu. Les facteurs de déclenchement sont nombreux et l'on peut dire que toute pathologie de l'appareil locomoteur peut la déclencher. Il suffit en fait d'une épine irritative pour entraîner le phénomène. Les muscles concernés sont au départ ceux qui sont les plus proches de l'articulation mais les réactions posturales qui suivent, vont entraîner une atteinte des muscles éloignés de la zone perturbée. Ce type de signe est rencontré chez le sujet présentant un lumbago associant des contractures des muscles profonds de l'axe, retrouvées après libération des contractures des muscles superficiels qui limitent les amplitudes vertébrales. Il est souvent retrouvé de véritables chaînes de tension pérennisant les attitudes antalgiques développées par le patient.



Les tensions musculaires sont donc des contractures qui peuvent présenter deux origines possibles :

- soit une contracture de protection qui est une tension active maintenant l'articulation en position antalgique. Si on lève cette tension de protection et qu'elle réapparaît rapidement, cela signe une épine irritative qu'il faut respecter ;

- soit une contracture de fixation (ce sont des contractures qui pérennisent une déformation ou une position qui est parfois ancienne). Ces contractures qui peuvent s'installer sur les différents muscles de la région sont des facteurs gênant la mobilité articulaire. Il faut les

réduire avant de mobiliser.

Dans tous les cas, nous allons devoir d'abord traiter le muscle en première intention, afin de réaliser la libération articulaire. Les cas de traitement articulaire direct existent mais demandent d'avoir un patient suffisamment libre musculairement pour les supporter. L'avantage de ce type de technique est de pouvoir faciliter le temps mobilisateur articulaire.

Les techniques que nous utilisons reposent sur le contracter-relâcher, voire le tenu-relâcher. Selon les travaux de Korr, nous aurions une action sur le fuseau neuromusculaire en relançant une activité diminuée, à son niveau. Une étude randomisée fait par Sady SP, Wortman M, & Blanke D, a étudié trois techniques différentes pour améliorer l'extensibilité des muscles de l'épaule, du tronc chez des étudiants. Quarante-trois sujets ont été répartis dans quatre groupes : un groupe d'étirement balistique, un groupe d'étirement statique, un groupe utilisant les techniques de PNF (contracter-relâcher) et un groupe témoin. Les résultats montrent une amélioration de la flexibilité des muscles dans tous les groupes d'étirement, comparés au groupe témoin avec les meilleurs résultats pour la PNF. Ils ont conclu que la PNF peut être la technique préférée pour améliorer la flexibilité d'un muscle.

Pour Gary Fryer, l'étude entreprise sur le mécanisme de modification de la flexibilité par étirement du muscle triceps sural, en utilisant la MET chez des sujets asymptomatiques, constate que cette technique produit une augmentation immédiate d'extension passive de genou par une tolérance accrue à l'étirement mais aucun changement viscoélastique n'est trouvé. Il envisage que

ces techniques vont modifier les informations au niveau des éléments conjonctifs et donc permettre d'obtenir un relâchement musculaire. Cela permet aussi d'envisager une technique articulaire plus aisée du fait de ce gain de relaxation. Ces différentes études nous montrent que le simple contracté-relâché ne joue pas uniquement sur la structure musculo-aponévrotique mais aussi sur l'information péri-articulaire nécessaire au gain articulaire. La contracture entrave le libre jeu des mouvements et entraîne une augmentation des contraintes permanentes ou aggravant le processus pathologique.

Les MET extrapolées aux techniques de levées de tension informées par les preuves génèrent :

1- Une augmentation de l'extensibilité du muscle : plus efficace qu'un étirement seul. La partie étirement du MET devrait durer de 15 à 60 secondes, en fonction de la chronicité du problème (aigüe = court ; chronique = long).

2- Des MET vertébrales :

- En cas de douleur aigüe ces techniques encouragent l'hypoalgésie, la proprioception et la circulation des fluides avec des contractions isométriques dans la zone non-douloureuse

- Pour les cas chroniques les MET devraient être appliquées à la barrière de la mobilité, avec de longs étirements.

3- Des MET sur le bassin : il est conseillé de considérer une dysfonction des sacro-iliaques comme étant en hypomobilité, ou en hypermobilité, comme chez la femme enceinte, hyperlaxe afin de considérer les changements éventuels dans le contrôle moteur.

Diagnostic différentiel

Sans revenir sur les principes rencontrés en thérapie manuelle, reposant sur le diagnostic d'exclusion, puis différentiel, notre approche va rechercher les signes suivants :

Signes fonctionnels :

- Outre la douleur, motif de consultation du patient, due à l'anoxie tissulaire et aux dysfonctions musculaires elles-mêmes, il existe une attitude particulière du patient qui accompagne une sensation de raideur ou de blocage, imprécise, indépendante de la pathologie articulaire sous-jacente ou intriquée avec elle.

- Un patient qui présente une cyphose dorsale avec enroulement des

épaules va associer des tensions de maintien sur les enrouleurs d'épaule et sur les basculeurs de l'omoplate. Cette attitude est à son tour génératrice d'une dysfonction articulaire qui va porter sur le rachis, positionnant les vertèbres thoraciques en flexion accompagnées par les côtes. En fonction de l'ancienneté des dysfonctions, il ne sera pas rare de retrouver une problématique lombaire ou cervicale.

A ce stade de l'approche diagnostique, nous nous appuyons sur la palpation.



Palpation musculaire

On retrouve deux signes importants :

- Une rénitence douloureuse associée à une impression de dureté impénétrable. La rénitence correspond à la sensation de dureté lors de la palpation transversale du corps musculaire en situation de repos. Cette rénitence est alors douloureuse. Cette dernière est mise en évidence par une palpation transversale du muscle, celui-ci étant placé dans une situation de repos. Il convient donc de faire ce bilan avec un patient couché, car la position érigée entraîne l'existence de tensions posturales. En pratique faire, un rapide tour des tensions musculaires visibles et palpables debout permet d'orienter la palpation couchée. Leur maintien ou leur disparition permet d'orienter vers une tension rénitente ou vers une tension posturale ;

- La diminution de l'extensibilité musculaire. Elle est caractéristique des tensions musculaires rencontrées chez nos patients. Elle traduit aussi l'ancienneté de la perturbation, car elle est souvent pauvre chez

le sujet en crise aigüe et beaucoup plus riche chez le sujet chronique.

- La douleur et son évaluation ne rentrent pas directement dans notre approche, son expression étant variable d'un individu à l'autre.

Cet examen est bien entendu de type comparatif et va s'intéresser aux différents muscles du rachis et des ceintures. Chaque muscle doit être palpé de façon spécifique. Pour les muscles superficiels la technique est simple, pour les muscles profonds, il faut pouvoir y accéder parfois à travers les muscles superficiels, préalablement détendus. Cette approche nécessite de la part du praticien, une connaissance de l'anatomie musculaire parfaite et non approximative.

Au total :

Si la contracture est au départ une réaction utile, son passage à une certaine chronicité est un obstacle à la récupération articulaire et musculaire. Son traitement est donc impératif.

TRAITEMENT

Pour le praticien, la thérapie manuelle est absolument indispensable si l'on veut récupérer la juste tension et la bonne longueur.

Les techniques que nous employons sont nombreuses et diverses. Elles ont été mises au point par G. Péninou dans les années 80 et n'ont cessé de s'enrichir depuis grâce à d'autres auteurs. A ce sujet, Chaitow (5) montre qu'il existe un grand nombre de techniques et essaie d'en faire le catalogue en mettant en évidence les différences les plus souvent rencontrées. On évolue entre le PIR (Post-Isometric Relaxation) et le RIR (Reciprocal Inhibition Relaxation). Cette diversité est due au souci de s'adapter à chaque patient et à ses réactions.

Selon les travaux cités au-dessus, la technique qui semble la plus intéressante est le contracter-relâcher de type Kabat ou bien de type Sherrington.

Dans la première technique, on place le muscle dans la position d'étirement maximal supportée et on demande au sujet de pousser contre la main du praticien, ce qui réalise la mise en tension du muscle. Après avoir demandé au sujet d'arrêter de pousser et laissé un temps de latence (6 à 7s), on étire le muscle concerné. Au niveau de la durée de la contraction, il semble que les études menées par certains auteurs mettent en évidence des temps plus courts allant de 3 à 5 secondes.

Néanmoins les études sont menées souvent sur des populations trop faibles pour faire autorité. Ce qui ressort, par contre, est que la contraction doit être installée de manière progressive et maintenue sur le temps choisi. Et que le relâchement doit se faire sur un rythme équivalent. Le geste est répété deux ou trois fois jusqu'à obtention du relâchement. Souvent si les premières séances trois contractions sont nécessaires, une à deux sont la plupart du temps suffisantes dès que le patient connaît la technique.

Dans la seconde approche, le praticien place le muscle dans la même position,

mais demande au patient une contraction des antagonistes homolatéraux du muscle concerné ou des agonistes homolatéraux. Dès l'arrêt de la contraction, on réalise immédiatement l'étirement. On retrouve une manière de faire proche de celle rencontrée en MET de type Mitchell, mais ici, c'est le muscle qui est visé et non la correction articulaire. Tous les muscles rénitents sont ainsi traités.

Accompagnant les tensions musculaires, on trouve assez souvent des tensions sur les tissus d'enveloppe musculaire ainsi qu'au niveau de la peau. Il faut appliquer à ces zones

des techniques spécifiques pour les libérer. Il est parfois nécessaire, pour compléter ces techniques, de «libérer» l'articulation elle-même par des techniques de glissements spécifiques, redonnant une mobilité normale. Cette rééducation spécifique peut être poursuivie par un travail soigneusement programmé des muscles agonistes/antagonistes, permettant de récupérer leur bon équilibre, garantie de la position correcte de la région.



Conclusion :

Dans les tensions rencontrées dans les dysfonctions rachidiennes ou rhizoméliques, une thérapie manuelle bien conduite permet de libérer les articulations qui souffrent des tensions musculaires environnantes, et de permettre le passage à une rééducation plus active de maintien des acquis. Cette rééducation a un caractère très spécifique et met en jeu des techniques très précises. Il ressort de ce qui précède qu'un certain nombre d'études doivent être menées pour valider et améliorer ces techniques. Nous avons participé depuis plus de trente ans à leur mise en place. Les propositions reçues dernièrement, nous permettent d'envisager un certain nombre de travaux de recherche. Nous allons donc nous consacrer à ces travaux afin de pouvoir appuyer nos techniques sur des validations scientifiques. Nous ne manquerons pas de vous tenir au courant.

Bibliographie indicative

1. Jeremy S Lewis, Christine Wright, Ann Green. Subacromial impingement syndrome: the effect of changing posture on shoulder range of movement. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2005; 35:72-87.
2. Jeremy S Lewis, Rachel E Valentine. The pectoralis minor length test: a study of the intra-rater reliability and diagnostic accuracy in subjects with and without shoulder symptoms. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2007; 8:64.
3. John D Borstad. Resting position variables at the shoulder: Evidence to support a posture-impairment association. *Journal of the American Physical Therapy Association*. 2006 April; 86(4):549-557.
4. Toni S Roddey, Sharon L Olson, Susan E Grant. The effect of pectoralis minor muscle stretching on the resting position of the scapula in persons with varying degrees of forward head/rounded shoulder posture. *The Journal Of Manual and Manipulative Therapy*. 2002; 10(3):124-128.
5. Leon Chaitow *Muscle Energy Techniques*. 3rd ed.: Churchill Livingstone Elsevier ; 2006.
6. Sharman, Melanie J, Cresswell, Andrew G, Stephan. Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Stretching: Mechanisms and Clinical Implications. *Sports Medicine*. 2006 March; 36(11):929-939.
7. Wai Yin Wong, Man Sang Wong, Kam Ho Lo. Clinical applications of sensors for human posture and movement analysis: A review. *Prosthetics and Orthotics International*. 2007; 31(1):62-75.
8. Patricia Grigel Morris, Keith Larson, Krissann Mueller Klaus, Carol A Oatis. Incidence of common postural abnormalities in the cervical, shoulder and thoracic regions and their association with pain in two age groups of healthy subjects. *Journal of American Physical Therapy Association*. 1992 June; 72(6):425-431.
9. Borstad JD, Ludwig PM. The effect of long versus short pectoralis minor resting length on scapular kinematics in healthy individuals. *The Journal Of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2005; 35(4):227-238.
10. Che-Hsiang Wang, Philip McClure, Neal E Pratt, Robert Nobilini. Stretching and strengthening exercises: Their effect on three dimensional scapula kinematics. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999 February; 80(8):923-929.
11. Sady SP, Wortman M, Blanke D. Flexibility training: Ballistic, Static or Proprioceptive neuromuscular facilitation? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1982; 63(6):261-263.
12. Fiona Ballantyne, Gary Fryer, Patrick McLaughlin. The effect of muscle energy technique on hamstring extensibility: the mechanism of altered flexibility. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2003; 6(2):59-63.
13. G. Barette, G. Péninou. Libération des tensions musculo-aponévrotiques chez l'opéré thoracique. coll. *Journées de médecine physique et de rééducation* ; 1995. Expansion scientifique française. Paris, France.
14. G. Barette, G. Péninou. Rôle mécanique et pathomécanique des haubans : scaleni et levator scapulae. coll. *Journées de médecine physique et de rééducation* ; 1996. Expansion scientifique française. Paris, France.
15. G. Barette, G. Péninou. Trapèze et dorsalgie: coll. *Journées de médecine physique et de rééducation* ; 1997. Expansion scientifique française. Paris, France.



L'ÉVOLUTION DE LA FORMATION INITIALE EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE :

Tout d'abord, un grand bravo à Julien Encaoua, ancien camarade d'études, confrère rééducateur, et avant tout un homme de conviction à qui je dois mes remerciements pour sa proposition. Sa passion pour la communication, contagieuse et efficace, a convaincu de nombreux professionnels reconnus dans notre domaine dès le lancement du projet. C'est donc un grand honneur et un immense plaisir de pouvoir rédiger un article pour cette nouvelle revue « Kiné à Kiné ».

Coïncidence ou évidence, la formation initiale française a connu un changement historique ces derniers mois. Entre la fin d'année scolaire et la nouvelle rentrée, nombreux Instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) se trouvaient dans une situation délicate entre la réorganisation des études et l'attente des décrets et arrêtés du nouveau programme.

Heureusement, le bulletin officiel a été publié le 15 septembre 2015, très tôt après le début des cours, pour confirmer la quatrième année de formation dans toutes les écoles. Désormais, la nouvelle génération devra passer par une première année universitaire suivie de 4 ans d'études pour se présenter au diplôme d'état (DE). Est-ce une victoire ? Pas tout à fait.

Rappelons qu'initialement la masso-kinésithérapie, est issue de 2 courants « gymnique » et « médical ». Voici un schéma provenant des cahiers du centre de recherches historiques, résumant l'origine de notre profession :

En 1946, la reconnaissance de notre statut par un DE, a permis la création de nombreux IFMK que nous connaissons aujourd'hui. Cependant, les études en formation initiale se déroulaient en 2 ans, et il existait une possibilité d'obtenir une équivalence selon certaines professions.

Il faudra attendre le « Décret du 29 mars 1963 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du DE de masseur-kinésithérapeute » pour avoir le squelette du programme que nous avons tous connus. C'est à dire, les douze modules et les 3 années en IFMK qui auront régnés plus d'un demi-siècle avant d'atteindre une véritable évolution.

Mais voilà que nous nous retrouvons face à une nouvelle ère, revendiquée par plusieurs organismes et confrères depuis des années, pour l'ascension de notre science vers un modèle universitaire.

Nous épargnerons ici nos chers lecteurs du contenu des unités d'enseignement et d'intégration (32 au total avec les options), dont les détails sont dans l'annexe 1 des décrets et arrêtés du 2 septembre 2015. En résumé, les études se feront en 2 cycles de 2 ans, équivalant à 240 European Credit Transfer System (ECTS), en plus (et à part) des 60 ECTS validés en première année d'université avant d'intégrer un IFMK.

Mais attention ! Il s'agit d'une attribution de crédits et non d'un master 2 en « masso-kinésithérapie » comme on pourrait le comprendre. Pour les plus courageux, il faudra suivre une formation complémentaire afin d'obtenir un Bac+5 en Sciences humaines

et sociales (ou autres spécialités sous réserve de l'accord universitaire dans lequel on souhaite s'inscrire).

Ce n'était pas tout à fait ce qu'attendaient les dirigeants syndicaux, la fédération nationale des étudiants en masso-kinésithérapie (FNEK) et les professionnels souhaitant développer la recherche ou leurs compétences à l'étranger.

On se pose maintenant beaucoup de questions :

Peut-on choisir son IFMK après la validation de la première année universitaire ?

Le coût des études va-t-il changer ?

Peut-on réaliser une partie de ses études (ou stages) à l'étranger ?

Est-ce que les anciens diplômés bénéficieront de cette réforme ?

Pourquoi le gouvernement a séparé en 2 les études préparatoires et la formation initiale ? Pourquoi le refus du Master 2 ?

Comment va être revalorisé notre métier ? En salarié ? Et en libéral ?

Qu'attend-on de nos nouvelles compétences ? Pour les patients ? et au sein de la société (exemple en santé publique) ?

Est-ce que les rapports entre les médecins et les autres professions vont changer ? Et avec la caisse d'assurance maladie et les mutuelles ?

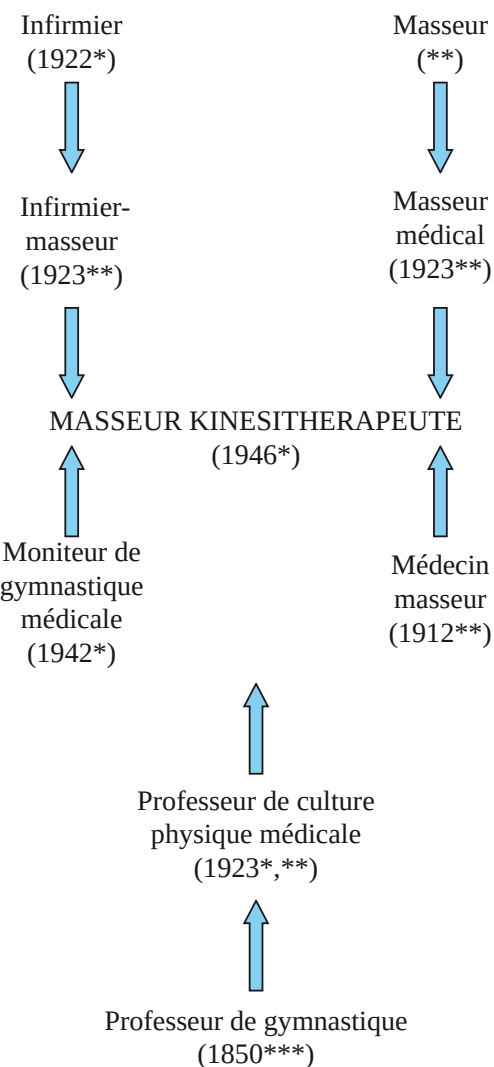
Sera-t-il possible de mener des recherches scientifiques à plus grande échelle ?

La formation continue (et/ou le DPC) pourrait-elle être modifiée ?

Si Voltaire disait que « Le mieux est l'ennemi du bien », Épicète soulignait que « Tout est changement, non pour ne plus être mais pour devenir ce qui n'est pas encore ». La réforme ne consiste pas à faire quelque chose de mieux, mais à réaliser de nouveaux projets s'alignant aux normes internationales et répondant aux besoins de notre société. Je souhaite donc suivre et poursuivre de près le changement et l'adaptation de notre profession en tant que praticien, enseignant et surtout comme futur patient qui pourrait bénéficier d'une prise en charge « néo-kinésithérapique ».

Shotaro TACHIBANA

Chargé de cours à l'IFMK du CEERF et de ASSAS



* Création officielle
 ** Compétence
 *** Introduction de la gymnastique dans les écoles primaires

Schémas des professions ayant donné naissance à la kinésithérapie

PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION



L'aventure SOS kiné du sport a commencé il y a maintenant 3 ans. A son origine, une bande d'amis et collègues, désirant promouvoir la kinésithérapie du sport. Nous avons envie de combiner la pratique de la kinésithérapie et participer, ponctuellement, à des événements sportifs. C'est ainsi qu'est né notre concept de mise en relation :

- D'un côté, il permet de répondre à des besoins ponctuels de clubs et d'organiseurs d'événements sportifs qui cherchent des kinés, n'ayant pas les moyens d'embaucher à la saison,

- De l'autre, d'offrir l'occasion à des kinés du sport d'être partie prenante dans un événement sportif, sans pour autant en faire une activité à temps plein.

Pour mener à bien notre projet, nous avons décidé de créer l'association SOS kiné du sport, avec :

A sa tête, **le président Didier Raoult**

Kinésithérapeute au CERS de St-Raphaël, kinésithérapeute de l'équipe de football de Fréjus St-Raphaël (l'EFC), Directeur pédagogique du Cercle d'Etudes de Kinésithérapie du Sport (CEKS) et attaché d'Enseignement à la Faculté de Nice.

La secrétaire Johanna Devos,

ergothérapeute au CERS St Raphaël et expert auprès des tribunaux

La trésorière Agnès Mulot

ergothérapeute au CERS St Raphaël.

La responsable communication Florence Amory

Kinésithérapeute du sport au CERS de St-Raphaël,
Anciennement kiné de l'équipe de volley-ball de Cannes (championne de France).

Et le responsable web et partenariat Fabien Grandjean

Kinésithérapeute du sport au CERS de St-Raphaël,
Anciennement kiné de l'équipe de rugby de Fréjus (CARF)

Pour faire le buzz autour de notre projet et de la kiné du sport, nous avons investi la toile via les réseaux sociaux comme Facebook (<https://www.facebook.com/SOSMKDS>, plus de 3 500 likes), Twitter (<https://twitter.com/soskinedusport> avec 500 twit), LinkedIn, Google+ et Youtube...

Toute l'équipe s'est aussi attelée au challenge de la création du site internet : www.soskinedusport.com, sur lequel repose la mécanique de mise en relation. Celui-ci voit le jour en janvier 2015.

Notre Site de mise en relation...

Les kinés du sport de toute la France, tout comme les clubs, fédérations ou organisateurs d'évènements sportif peuvent s'inscrire gratuitement.

Nous nous assurons que seuls les kinés ayant obtenu le diplôme de kiné du sport ou ayant une expérience probante dans le milieu sportif puissent adhérer.

Il appartient au kiné inscrit de s'engager, ou non, sur les événements sportifs proposés sur le site.

Le «recruteur», à la recherche d'un kiné, a le choix d'ouvrir son événement à tous les inscrits ou de choisir son/ses kinés parmi une liste, en fonction des critères de son choix (le secteur géographique, le profil du kiné...).

La mise en relation débouche alors sur un contrat où sera notamment indiquée la rémunération de la prestation*.

Après chaque intervention, le kiné est noté par un dispositif d'évaluation (gage de qualité et propice à l'instauration d'un climat de confiance chez le «recruteur»).

Depuis la création de notre site web, plus de cinquante kinés sont inscrits et une douzaine d'évènements proposés, et ce n'est que le début !

La vie de l'association SOS Kiné du Sport

Nos actions de communication ne s'arrêtent pas à la toile.

Nous avons participé à des congrès médicaux (Journée Raphaëloise de médecine, rhumatologie et traumatologie du sport).

Nous avons été présents bénévolement sur des événements sportifs tels que Break The Floor, une compétition internationale de Break Dance, qui a lieu tous les ans depuis 2007 au palais des festival de Cannes, ou encore le Trail du Val d'Allos. Aujourd'hui, nous avons six sponsors (Artificiel, la BNP, Indiba France, Laboratoire Kleire, Medi-Pro et Thuasne) qui nous ont aidé à concrétiser le projet. Dorénavant, ils nous suivent dans cette belle aventure.

Nous croyons en notre projet, et espérons qu'il en sera de même pour vous.

Si notre site « SOS kiné du sport » vous intéresse, rejoignez nous ! Nous serions fiers de vous compter parmi nous !

Sportivement,
L'équipe de SOS Kiné du Sport

Break The Floor 2013 | © Homardpayette



Nos compétences au service de votre performance !

SOS Kiné du sport - Résidence Les Marguerites
1689 route de la Corniche d'or
83700 SAINT RAPHAEL - FRANCE
Numéro SIRET : W 831003585
Website : www.soskinedusport.com
Email : sosmkds@gmail.com



ECO LIGHT SERVICE

FOURNISSEUR EN LAMPES ET LUMINAIRE LED PRO

Grossiste
en matériels
LED PRO

**Jusqu'à 90%
d'économie
sur vos
factures EDF**
(Sur consommation luminaires)

Produits
garantie
2 ans

**Catalogue et prix
envoyés par mail sur demande :
ecolightservice@gmail.com**

- Large gamme de sources LED en ampoules, tubes, rubans, plafonniers et projecteurs.
- Innovation constante : une gamme enrichie régulièrement de nouveautés pour répondre aux besoins du marché.
- Une qualité de fabrication reconnue et portée par une garantie sur toutes les gammes.

CONTACTEZ-NOUS

06.65.69.94.58
ecolightservice@gmail.com